

**INFORME
DE LA
COMISIÓN
CIUDADANA
POR LA
VERDAD
EN LAS
RESIDENCIAS
DE MADRID**





ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
1.	La Comisión Ciudadana por la Verdad en las Residencias de Madrid	4
2.	Cómo ha trabajado la Comisión: metodología de elaboración del informe	5
II	RESUMEN EJECUTIVO	7
III	ANTECEDENTES	11
1.	Excepcionalidad de lo ocurrido en las Comunidad Autónoma de Madrid	11
2.	Ausencia de investigación e interés por parte de las autoridades	19
3.	Petición de las familias de las víctimas.	20
IV.	LAS JORNADAS DE COMPARENCIAS: PLANTEAMIENTO Y PARTICIPANTES	22
V.	LO OCURRIDO EN LAS RESIDENCIAS	26
1.	Las residencias de Madrid: situación previa	27
2.	La gestión de las residencias durante la pandemia	34
	A. Decisiones organizativas	35
	B. Información y contacto con los familiares	48
	C. Medicalización de las residencias	54
	D. Derivaciones hospitalarias	69
	E. Hospital de campaña en Ifema	91
	F. Hospitales privados	96
	G. Otros recursos	99
VI.	DERECHO A LA VERDAD	103
1.	El derecho a la verdad: de las víctimas, de los familiares, de la sociedad	103
2.	La (no) investigación del Ministerio Público	105
3.	La vulneración del derecho a la verdad y a un juicio justo	110
4.	Un comentario a la Memoria de la Fiscalía de Madrid	117
5.	Algunas conclusiones sobre el derecho a la verdad y la actuación del Ministerio Público	125
VII.	CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES	129
1.	Conclusiones	129
2.	Recomendaciones	135
VIII.	FUENTES UTILIZADAS	140

I. INTRODUCCIÓN

I.1. LA COMISIÓN CIUDADANA POR LA VERDAD

A petición de familiares de personas fallecidas durante la pandemia del COVID-19 en las residencias de la Comunidad de Madrid, agrupados en las plataformas **Marea de Residencias y Verdad y Justicia en las Residencias de Madrid**, el 13 de abril de 2023 se constituye la Comisión Ciudadana por la Verdad en las Residencias de Madrid. Su creación tiene la finalidad de investigar las muertes de 7.291 personas que fallecieron en dichos centros sin recibir atención sanitaria adecuada. Para ello, la Comisión ha recopilado información de diverso tipo, información que ha proyectado luz y respuestas sobre muchos de los interrogantes que las familias de las víctimas se plantean en torno a la gestión de las residencias durante las primeras semanas de la pandemia. Este proceso de recopilación culminó los días 15 y 16 de septiembre, con la celebración de dos “Jornadas de Comparecencias”, durante las que la Comisión obtuvo el testimonio de residentes, familiares, trabajadoras, periodistas, miembros de organizaciones sociales y representantes públicos que vivieron en primera persona lo sucedido o dedicaron mucho tiempo a investigarlo. A partir de toda la información recogida se ha elaborado el Informe que aquí se presenta.

La Comisión que lo ha elaborado se compone de los siguientes miembros:

- **José Antonio Martín Pallín.**
Presidente de la Comisión. Magistrado emérito del Tribunal Supremo.
- **Fernando Flores Giménez.**
Redactor del informe. Profesor del Instituto de Derechos Humanos de la Universidad de Valencia (IDH) y profesor de Derecho Constitucional en la misma universidad.
- **María Victoria Zunzunegui Pastor.** Doctora en epidemiología por la Universidad de California. Profesora jubilada de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Montreal.
- **Fernando Lamata Cotanda.**
Médico, experto en Gestión y Administración Sanitaria, ha ocupado diversos cargos en el Ministerio de Sanidad. Ha sido miembro del Panel de Expertos de la Comisión Europea en políticas sanitarias.
- **Anna Freixas Farré.**
Escritora. Profesora jubilada de la Universidad de Córdoba. Ha hecho importantes aportaciones sobre el envejecimiento de las mujeres.
- **Cristina Monge Lasierra.**
Socióloga y Politóloga y profesora asociada de Sociología en la Universidad de Zaragoza.
- **Eduardo Ranz Alonso.**
Abogado y profesor de la Universidad Carlos III. Especialista en memoria histórica.



1.2. CÓMO HA TRABAJADO LA COMISIÓN: METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL INFORME

La Comisión ha celebrado seis reuniones plenarios (13 de abril -constitutiva-, 6 de junio, 7 de agosto y 6 de septiembre de 2023, y 3 de febrero y 2 de marzo de 2024; en esta última se aprueba el Informe) y numerosos encuentros de carácter informal entre sus distintos miembros. En estas reuniones se ha configurado el trabajo previo dirigido a concretar el objeto del Informe, la metodología de su elaboración, su finalidad y la aprobación del mismo.

El **objeto** de este Informe es la investigación por la Comisión Ciudadana por la Verdad de lo ocurrido en las residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid en los meses de marzo y abril de 2020, las primeras semanas de la crisis sanitaria de la COVID-19. Se buscó identificar las decisiones normativas, organizativas y funcionales que se adoptaron por las personas e instituciones competentes, conocer su naturaleza y objetivos, y comprobar asimismo cuáles fueron sus consecuencias. En concreto, saber qué impacto tuvieron esas decisiones en los derechos fundamentales de las personas residentes y de sus familias, así como de las personas trabajadoras en los centros. También es objeto de este informe conocer el alcance y la eficacia de las investigaciones que, ante un suceso de tal gravedad, han llevado a cabo las instituciones competentes en la protección y garantía de los derechos de la ciudadanía.

La **finalidad** de este Informe es conocer la **verdad** de lo sucedido, premisa inexorable para obtener **justicia**; contribuir a poner las bases para alcanzar la **reparación** por el daño ocasionado, si hubo **responsabilidades** en el mismo; y, siempre, tratar de **que no se repita** aquella parte de la tragedia que pudo ser evitada. Con todo ello, este documento quiere honrar la **memoria** de quienes fallecieron en las residencias e impedir que queden en el olvido. También quiere ser un sincero agradecimiento a **los familiares**, por el tesón y la dignidad con los que luchan por sus derechos, porque su lucha nos defiende a todos.

Este informe es el resultado del análisis de abundante información sobre aspectos esenciales de lo ocurrido en las residencias de la Comunidad de Madrid al comienzo de la pandemia, recogida a partir de fuentes diversas. Las fuentes que la Comisión ha considerado de primer nivel, rigurosas y dignas de ser tenidas en cuenta son, entre otras, son las siguientes¹:

- Información oficial de la Comunidad de Madrid.
- Informes más relevantes elaborados por organizaciones civiles (Amnistía Internacional, Médicos sin Fronteras...)
- Informes institucionales (Fiscalía de Madrid, Defensor del Pueblo, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Experta independiente para las personas mayores de Naciones Unidas, Comisaría de Derechos Humanos del Consejo de Europa...).
- Artículos académicos de investigación (epidemiológicos, antropológicos, jurídicos...).
- Declaraciones de familiares, supervivientes de las residencias de mayores, trabajadoras de

¹Para el detalle véase el capítulo 'Fuentes', al final del Informe.

residencias, autoridades, periodistas, profesionales sanitarios, miembros de organizaciones sociales, recogidas en las sesiones que tuvieron lugar ante la Comisión de forma presencial los días 15 y 16 de septiembre de 2023.

- Declaraciones de testigos efectuadas ante la Comisión de Investigación sobre la situación provocada por la COVID-19 en los centros residenciales de personas mayores, constituida en la Asamblea de Madrid, que fueron realizadas bajo juramento o promesa.
- Declaraciones judiciales del Sr. Carlos Mur, responsable de la coordinación sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Información obtenida por los abogados José Luis González del Moral y Carlos Vila, quienes explicaron la situación jurídica a partir de 400 querellas.

El Informe que aquí se presenta recoge lo descrito en estas fuentes de forma sintética, analiza y contrasta la información que se deriva de todas ellas, y ofrece a partir de su contenido unas conclusiones precisas sobre lo objetivamente ocurrido: la desprotección del derecho a la vida y a la salud de miles de personas mayores en las residencias durante la crisis sanitaria. A partir de esas conclusiones, también incluye una serie de recomendaciones a tener en cuenta.



II. RESUMEN EJECUTIVO

En abril de 2023 se constituyó la Comisión Ciudadana por la Verdad en las Residencias de Madrid. En **su origen** está la falta de interés y voluntad por parte de las autoridades públicas –políticas y judiciales– para averiguar, analizar e informar sobre lo que sucedió a las personas mayores confinadas en las residencias durante las primeras semanas de la pandemia.

En los dos primeros meses de la crisis sanitaria perdieron la vida en las residencias 7.291 personas mayores, el 21,5% de las que allí ocupaban plaza. Uno de cada cinco residentes. Madrid fue la comunidad autónoma con mayor número de residentes fallecidos con COVID-19 y fue, de lejos, la región que tuvo un mayor exceso de mortalidad en toda Europa. Sin embargo, **a pesar de la excepcionalidad** de estos y otros datos, a pesar del número de muertes que revelan, a pesar del sufrimiento que tras ellos se adivina, a pesar de la reclamación de transparencia e información por parte de las víctimas, sus familiares y las trabajadoras de las residencias; a pesar de todo ello, la **respuesta institucional** ha sido **decepcionante**. Por eso nace esta Comisión, a instancia de los familiares, y por eso se elabora este informe.

El **objeto** de este documento es presentar la investigación por la Comisión Ciudadana por la Verdad de lo ocurrido en las residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid en los meses de marzo y abril de 2020, las primeras semanas de la crisis sanitaria de la COVID-19. Dicha **investigación se lleva a cabo a partir de** los datos oficiales de la Comunidad de Madrid, de los informes más relevantes elaborados por organizaciones públicas y de la sociedad civil, de artículos académicos que desde distintos campos han investigado lo sucedido en aquellos meses, de las declaraciones de los comparecientes en la Comisión de la Asamblea de Madrid, de resoluciones judiciales, de artículos periodísticos, y de lo relatado ante esta Comisión de forma presencial por familiares, supervivientes de las residencias de mayores, trabajadoras de residencias, autoridades, periodistas, profesionales sanitarios y miembros de organizaciones sociales. Las comparecencias ante la Comisión de la Verdad, además de constituir un primer acto de reparación a las víctimas, familiares y trabajadoras –hasta ahora no han sido recibidas por las autoridades– han proporcionado una información irremplazable, y por ello ocupan un espacio esencial en este Informe.

El Informe se hace las siguientes **preguntas**:

- Cuál era la situación estructural de las residencias (medios materiales y personales) cuando llegó la pandemia.
- Qué decisiones organizativas se adoptaron por las autoridades y los centros para hacer frente a la crisis sanitaria.
- Qué información –y con qué frecuencia– se proporcionó a residentes, familiares y trabajadoras durante las primeras semanas de confinamiento.
- En qué consistió la llamada ‘medicalización’ de las residencias.
- Qué justificó y con qué criterios se implantó el bloqueo a las derivaciones hospitalarias de las personas residentes, impidiendo su acceso a la protección de la salud.

- Qué papel jugó y pudo jugar en realidad el hospital de campaña en IFEMA.
- Por qué los hospitales privados, que se encontraban bajo el paraguas del ‘mando único’, no acogieron a personas residentes sin seguro privado.
- Qué otros recursos pudieron ser utilizados, o serlo más eficazmente, para dar atención sanitaria a las personas mayores residentes.
- Cómo se explica la ausencia de una investigación diligente por parte de las autoridades políticas y por parte del Ministerio Público, ante unos hechos de tanta gravedad y con tanto impacto sobre derechos fundamentales de personas en situación de vulnerabilidad.

Los **centros residenciales** de mayores en España son en general obsoletos, y están **a la espera de un cambio de modelo** que ya está en marcha en otros países europeos. Un planteamiento organizativo institucionalizado, con carencias regulatorias evidentes, mercantilizado, sin suficientes dotaciones presupuestarias, con personal de escasa formación y en condiciones laborales precarias, en un contexto caracterizado por falta de medios materiales adecuados y por deficiencias básicas en el sistema sanitario de apoyo. Este escenario, especialmente en Madrid, es el que en no pocos casos encontró la llegada de la pandemia, lo que provocó un desbordamiento que hubiera sido menor si el modelo hubiera mostrado, además de músculo suficiente, un enfoque basado en los derechos de las personas residentes.

En un contexto de crisis como el que este informe analiza, se entiende la dificultad de adoptar **decisiones organizativas** perfectas, más aún sobre la base de un modelo con múltiples carencias. Sin embargo, de la información recabada se deduce que el número y nivel de los errores cometidos resulta inadmisibles. La coordinación por parte del Gobierno autonómico –competente en la materia– de las áreas implicadas y de los medios, públicos y privados, a su disposición resultó en muchas ocasiones fallida. La distribución de recursos técnicos (equipos de protección, respiradores) destinados a preservar la vida de residentes y trabajadoras fue limitadísima y, como se ha sabido, a un precio desproporcionado. Los planes de contingencia y la organización interna de las residencias se mostraron, en demasiadas ocasiones, ineficaces, cuando no contraproducentes. La gestión de las personas fallecidas prolongó la angustia y el dolor de los familiares hasta extremos inaceptables.

Por lo que respecta a la **información** que debió darse a los residentes, y sobre todo a sus familiares (sobre el estado, el tratamiento y la evolución de aquéllos), la documentación y las comparencias ante la Comisión muestran que en muchos casos, y más allá de las dificultades del contexto, **se produjo una enorme falla de gestión**. Las carencias organizativas de las residencias repercutieron en la posibilidad de que los residentes contactasen con sus familiares, provocando con ello un mayor aislamiento, mayor incertidumbre y sufrimiento de unos y otros. Existió un desequilibrio claro entre la voluntad comunicativa encubridora del Gobierno de Madrid y de algunos centros, y la dificultad de muchas familias de mantener el contacto o, sencillamente, saber cómo estaban los residentes.

A pesar de las afirmaciones de la presidenta y el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, **la denominada ‘medicalización’ de las residencias –ordenada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid– no se llevó a cabo de ningún modo**. La llamada Operación Bicho, en principio dirigida a procurar la medicalización, fue un fiasco de enorme envergadura, tal y como demuestran las declaraciones de su responsable ante la Comisión



de la Asamblea de Madrid. Todos los informes consultados, todas las declaraciones escuchadas (incluidas las del responsable de coordinación sanitaria de la Comunidad, señor Carlos Mur) apuntan hacia la misma dirección: los centros residenciales de personas mayores no fueron dotados de un mínimo personal sanitario que diese cuenta de lo indicado por el TSJ y que justificase la negativa a derivar a los hospitales a aquellos residentes que lo necesitaban.

Sin embargo, mediante una serie de **protocolos** enviados desde la consejería de Sanidad, se implantó el bloqueo a las derivaciones hospitalarias de las personas residentes, impidiendo su acceso a la protección de la salud. **Dicho cierre se produjo únicamente para los residentes pero no para las personas con seguro privado**, tal como muestran los datos de la propia Comunidad de Madrid. Que, además, **los criterios para las derivaciones no fueron clínicos sino planificados para un grupo de personas, discriminatorios por edad, discapacidad y enfermedad**, es algo que se deduce sin dificultad de las decenas de declaraciones de personas que desde sus diferentes responsabilidades fueron testigos de la aplicación de aquellos protocolos.

En este contexto, ¿pudo jugar el **hospital de campaña en IFEMA** un papel importante para proteger la salud y la vida de las personas mayores? Sin duda, pero no lo jugó. Esta instalación arrebató muchos trabajadores a unas residencias que no estaban medicalizadas, y absorbió buena parte de los profesionales sanitarios de la Atención Primaria, que podrían haber servido para reforzar esas mismas residencias. El IFEMA llegó a ocupar solo 1.300 camas de las más de 5.000 que se publicitaron, se reservó exclusivamente para 'personas salvables', y solo recibió a 23 residentes. **El hospital de IFEMA no fue el 'hospital milagro que sorprendió al mundo', sino un hospital propaganda que arrebató a muchos ancianos su opción por la vida o, al menos, por una muerte digna.**

Tampoco los sesenta y ocho **hospitales privados** sirvieron para aliviar el sufrimiento de los residentes. A pesar de que se publicitó que el sistema público-privado unificado 'funcionaría como un solo hospital' que salvaría muchas vidas, lo cierto es que entre ellas no se encontraban las de las personas mayores sin seguro privado. Salvo aquellas personas que contaban con seguro privado, **ni una sola persona fue trasladada desde una residencia a un hospital privado**. Y es sabido que en muchos de estos hospitales no se cubrieron todas las camas.

Además de todo lo anterior, un análisis detenido de otros recursos que estuvieron disponibles para hacer frente a la pandemia —la gestión de los hoteles medicalizados, los efectivos del SAMUR, los profesionales sanitarios de Médicos Sin Fronteras y Médicos del Mundo, la eficacia en el uso de las instalaciones propias...— muestra la más que la deficiente gestión de las herramientas con las que el Gobierno autonómico ejerció para paliar el impacto de la crisis, sobre todo entre aquellos que más duramente la padecieron, las personas mayores que vivían en residencias.

Por último, este informe se pregunta cómo, ante unos hechos de tanta gravedad y tan costosos para los derechos fundamentales, puede explicarse **el nulo interés de quienes tienen la obligación de averiguar la verdad de lo sucedido**. Más allá de las situaciones inevitables de sufrimiento y muerte que muchas personas padecieron a causa de las excepcionales circunstancias que la pandemia provocó en su primera etapa, también han sido numerosos los relatos que han revelado **decisiones no profesionales, irresponsables y dudosamente lícitas**, de personas y entidades, públicas y privadas, cuyos actos estaban vinculados de una u otra forma a los centros residenciales para mayores. Los medios han dado cuenta de unos cuantos, y son fácilmente consultables los informes de organizaciones rigurosas que los han constatado.

La gravedad de los hechos ocurridos, la importancia de los derechos fundamentales vulnerados (a no ser discriminado, a la vida, a la protección de la salud, a intimidad familiar, a la integridad física y moral), la vulnerabilidad de las víctimas, la relación de especial sujeción con las instituciones cuidadoras, la dificultad de los familiares para obtener información, la obligación positiva de los Estados en intervenir en estos de forma especialmente diligente, son todos ellos argumentos que justifican una **valoración especialmente negativa** de la actuación del **Ministerio Público**.

Para terminar, en lo general, lo aquí expuesto exige una revisión a fondo del modelo residencial y de cuidados de las personas mayores y de las personas con discapacidad e insta a impulsar un **cambio cultural y social** de fondo sobre la relación que la comunidad debe tener con las personas mayores, una relación que rechace de plano la discriminación edadista instalada invisiblemente entre nosotros. En lo particular —objeto preciso de este informe—, se urge al Gobierno de la Comunidad de Madrid y a las autoridades del ámbito judicial, especialmente al Ministerio Fiscal, a que cumplan escrupulosamente con su deber de transparencia y de protección activa de los derechos fundamentales de las personas, investigando lo sucedido, determinando los responsables si los hubiere y acordando los resarcimientos a que hubiera lugar.

Realizando **el derecho a la verdad**, con todas sus consecuencias.



III. ANTECEDENTES

La decisión de impulsar la Comisión Ciudadana por la Verdad en las Residencias de Madrid y la elaboración de este informe sobre lo sucedido en ellas se explica por dos contundentes realidades:

- Por la **excepcionalidad** de lo ocurrido en la Comunidad de Madrid.
- Por la **ausencia de investigación e interés** por parte de las autoridades por esclarecer los hechos, a pesar de la excepcional gravedad de lo sucedido.

III.1. EXCEPCIONALIDAD DE LO OCURRIDO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

En este punto se ofrece una breve explicación, a partir de referencias objetivas, de por qué Madrid es un caso excepcional que merece un Informe específico como el presente. Los datos son los siguientes:

a. Datos oficiales de defunciones en las residencias geriátricas de la Comunidad de Madrid

El Gobierno de la Comunidad de Madrid facilitó, en respuesta a una solicitud de información a través del Portal de Transparencia, todos los datos de personas fallecidas en las residencias geriátricas de la Comunidad de Madrid durante los meses de marzo y abril de 2020. Lo hizo de forma desglosada, especificando cuántas personas habían fallecido con COVID-19 o síntomas compatibles y cuántas por otras enfermedades. También indicó si el fallecimiento se había producido en la residencia o en el hospital. La **información más relevante** es la siguiente:

- En esos dos meses fallecieron 9.470 residentes.
- Del total de personas muertas, 5.795 tenían COVID-19 o síntomas compatibles y en 3.675 no figura referencia a dicha enfermedad.
- Del total de decesos, **7.291 se produjeron en la residencia** y 2.179 en el hospital.

Hay que realizar aquí dos precisiones importantes. La primera es que el freno a la atención sanitaria de los residentes se produjo con independencia de la causa de su enfermedad. No fueron derivados a los hospitales **porque vivían en residencias**, con independencia de la enfermedad que tuvieran. De hecho, en el Protocolo de no derivación hospitalaria se indican siempre instrucciones “ante una infección respiratoria” y “ante otra patología”.

La segunda es que, del total de fallecidos, con toda seguridad **el número de muertos con COVID-19 es mayor que los 5.795 que constan en la información oficial**. En las primeras semanas de la pandemia, especialmente, no había en las residencias forma de realizar una PCR a los enfermos para saber si estaban contagiados. Iñaki Rubio-Mengual y Álvaro Villar (2022, pág. 470) indican lo siguiente en un artículo publicado en el *Medical Anthropology Quarterly*:

“ El recuento de defunciones en las instituciones geriátricas de la Comunidad de Madrid dejó fuera numerosos casos de personas fallecidas por COVID-19 que no se reflejan en las estadísticas oficiales. Un trabajador administrativo de una residencia de ancianos se refirió a estos como casos que permanecían ‘en tierra de nadie’. Se generó una brecha de muertes no contabilizadas. Esta brecha no puede medirse a pesar de los esfuerzos de organizaciones no gubernamentales como Médicos Sin Fronteras ”

Se trata de un tema que también salió en las declaraciones de varios comparecientes en las Jornadas organizadas por esta Comisión, y que **obliga a plantearse la pregunta de si dichos certificados médicos, al omitir la causa de los defunciones, han incurrido en algún tipo de irregularidad.**

A principios de marzo de 2020, estaban **operativas en la Comunidad de Madrid 475 residencias**, que contaban en total con **52.452 plazas**. Si tenemos en cuenta que **los fallecidos**, según la propia información de la propia Comunidad, **fueron 9.470**, significa que **en esos dos primeros meses perdieron la vida, al menos, casi uno de cada cinco residentes.**

En realidad, el porcentaje es mayor porque no todas las plazas estaban ocupadas. En la mayoría de las comunidades autónomas no se conoce públicamente el dato exacto de ocupación. Tampoco en Madrid. Pero sí hay un informe que ofrece una cifra, realizado por Javier Martínez-Peromingo y José Antonio Serra-Rexach, y publicado en la revista *American Journal of Geriatrics Society*. Según estos autores, vivían en los centros residenciales “aproximadamente 44.000 personas mayores”. Si tomamos como referencia este dato, **en esos dos primeros meses perdieron la vida el 21,5% de las personas que estaban en residencias.**

Esta información de Martínez-Peromingo y Serra-Rexach tiene fiabilidad para esta Comisión por dos motivos. En primer lugar, en su publicación cifran el número de residentes fallecidos entre el 8 de marzo y el 19 de abril en 8.300. Esta cifra es plenamente congruente con los datos facilitados por el Gobierno madrileño a través del Portal de Transparencia, que contabiliza 9.470 entre el 1 de marzo y el 30 de abril.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta que Martínez-Peromingo jugó un papel fundamental en aquellos momentos en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Fue designado geriatra de enlace en el Hospital Rey Juan Carlos, pero, sobre todo, coordinó la elaboración de los diferentes Protocolos que se aprobaron en aquellos momentos. De hecho, el 13 de mayo de 2020, fue nombrado director de Coordinación Sociosanitaria del Gobierno de Ayuso, en sustitución de Carlos Mur, que había sido el firmante del Protocolo de no derivación hospitalaria de los residentes. En consecuencia, por el cargo que ocupó, Martínez-Peromingo tuvo acceso a todos los datos relevantes sobre el impacto de la pandemia en las residencias.

En su escrito en la revista señalada, los dos autores afirman lo siguiente en relación a los datos de esos primeros meses de la pandemia en la Comunidad de Madrid:



“ Esta región se vio afectada por primera vez por la pandemia de COVID-19 a principios de marzo de 2020, con una rápida propagación y un aumento exponencial del número de contagios y muertes, sobre todo en adultos mayores que vivían en centros de cuidados de larga duración [LTFC por las iniciales en inglés de “long term care facilities”]. En el momento del inicio de la pandemia, Madrid contaba con aproximadamente 480 LTFC, que albergaban a unos 44.000 adultos mayores. Los pacientes mayores que vivían en estos centros en Madrid fueron claramente la población más vulnerable durante la pandemia. Entre el 8 de marzo y el 19 de abril de 2020, el 19% de los pacientes mayores (n ~ 8.300 casos) que vivían en estos centros fallecieron, con un aumento de seis veces en comparación con el mismo periodo de los últimos años² ”

Además de la información sobre ocupación de las residencias y defunciones totales, hay una tercera cifra muy relevante y que no se ha publicado en otros estudios: el incremento de muertes se multiplicó por seis en relación con el mismo periodo de años anteriores. Este dato adquirirá toda su relevancia cuando, en el capítulo sobre derivaciones hospitalarias, veamos que los traslados a los hospitales no solo no se multiplicaron, sino que se hundieron en aquellos meses de marzo y abril.

En definitiva, de los datos oficiales aportados por el Gobierno de la Comunidad de Madrid y por uno de los principales cargos de la Consejería de Sanidad, se pueden extraer las siguientes **conclusiones**:

- 1^a. En marzo y abril fallecieron 9.470 residentes, de ellos 7.291 sin ser derivados a un hospital.
- 2^a. Uno de cada cinco residentes perdieron la vida en aquellos dos meses.
- 3^a. La cifra de muertes se multiplicó por seis en comparación con el mismo periodo de años anteriores.

²El texto original en inglés es el siguiente: «The Autonomous Community of Madrid is a Spanish region with a population of 6,662,000 people. It has one of the highest longevity rates in Europe, with 17.5% and 5.5% of its total population aged 65 years and older and 85 years and older, respectively. This region was first hit by the COVID-19 pandemic at the beginning of March 2020, with a rapid dissemination and an exponential increase in the number of contagions and deaths, particularly in older adults living in long term care facilities (LTCFs). At the time the pandemic started, Madrid had approximately 480 LTCFs, housing approximately 44,000 older adults. Older patients living in LTCFs in Madrid were clearly the most vulnerable population during the pandemic. From March 8 to April 19, 2020, 19% of older patients (n-8,300 cases) living in these facilities died, with a six fold increase compared with the same period in the last years».

b. Mortalidad por COVID-19 en las residencias

Los datos anteriores dejan clara la excepcionalidad de lo ocurrido en Madrid, pero es bueno situar esa información en un **contexto** estatal y europeo.

Procede, antes de nada, denunciar la **falta de datos** en relación con lo que pasó durante la pandemia en las residencias de España y sobre el sistema residencial con carácter general, tal y como ha subrayado el Defensor del Pueblo en varios informes recientes.

Por su parte, el Informe del grupo de trabajo COVID-19 y residencias, del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, reconoce que no se han recopilado a nivel nacional datos homogéneos referidos a contagios, letalidad o tasas de ataque. Y el informe de Amnistía Internacional se hace eco de la general falta de transparencia y datos oficiales sobre defunciones en residencias, así como de mecanismos eficaces para recopilarlos.

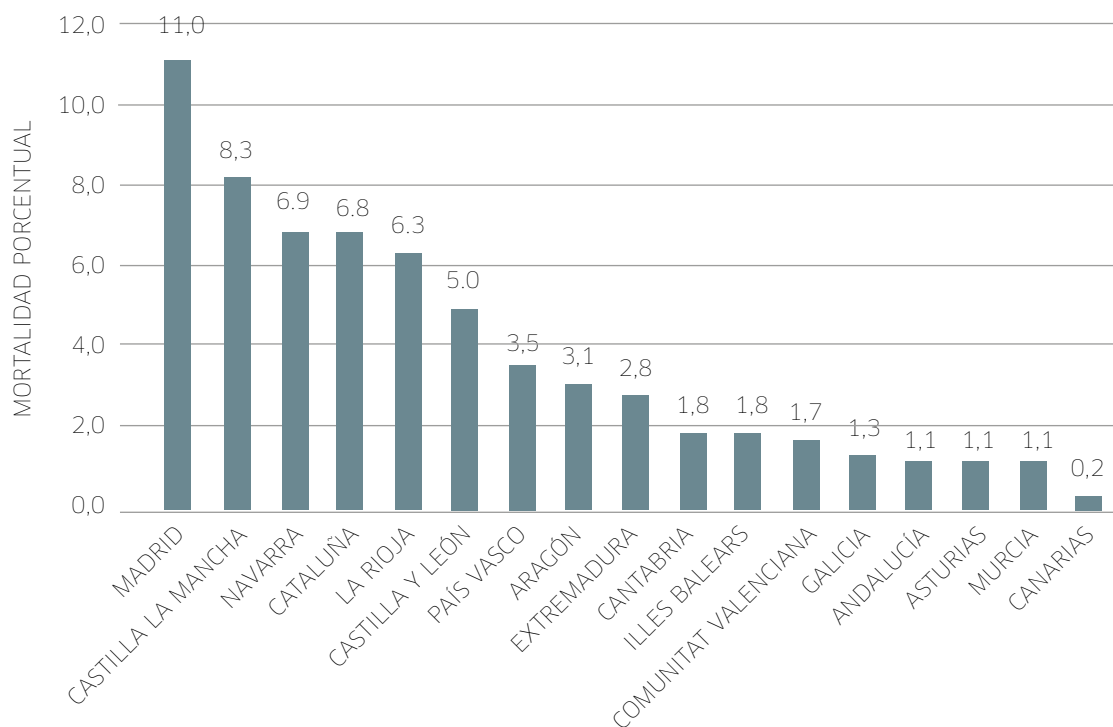
No existen datos sobre el total de defunciones producidos en las residencias de todas las comunidades autónomas en marzo y abril de 2020. Esa información consta en algunas regiones, como Madrid, pero no en otras. El único dato que existe para todas las comunidades es el de muertes por COVID-19 o con síntomas compatibles, facilitado de forma oficial por los gobiernos autonómicos y forales vascos a través de los respectivos Portales de Transparencia. En total, fallecieron en esos dos meses 18.102 personas con COVID-19 o síntomas compatibles

El análisis de los datos muestra que Madrid fue la Comunidad con mayor número de residentes fallecidos con COVID-19, un 11,0% del total, teniendo en cuenta siempre el número de plazas disponibles (5.795 decesos sobre 52.452 plazas). Como se ha indicado, el porcentaje es mayor si se calcula sobre las plazas realmente ocupadas, pero no se puede hacer en todas las comunidades porque no es público el dato sobre ocupación.

Hay que insistir en que, en lo que respecta a Madrid, la negativa de asistencia sanitaria afectó a todos los residentes con falta de movilidad y dependencia, sin importar cuál fuera su enfermedad (COVID-19 u otras patologías). De hecho, los datos oficiales sólo atribuyen COVID-19 o síntomas compatibles al 61% de las personas fallecidas (5.795 sobre un total de 9.470).

Como muestra la Figura 1, tras Madrid se sitúan Castilla-La Mancha (8,3% del total de residentes fallecidos con COVID-19 o síntomas compatibles), Navarra (6,9%) y Cataluña (6,8%). La media de España se situó en el 4,8%. En términos porcentuales la cifra fue en Madrid un 25% superior a Castilla-La Mancha, un 37% mayor que en Navarra y Cataluña, y un 56% más que la media en España.

FIGURA 1. Porcentaje de fallecidos por COVID-19 en residencias, marzo y abril de 2020



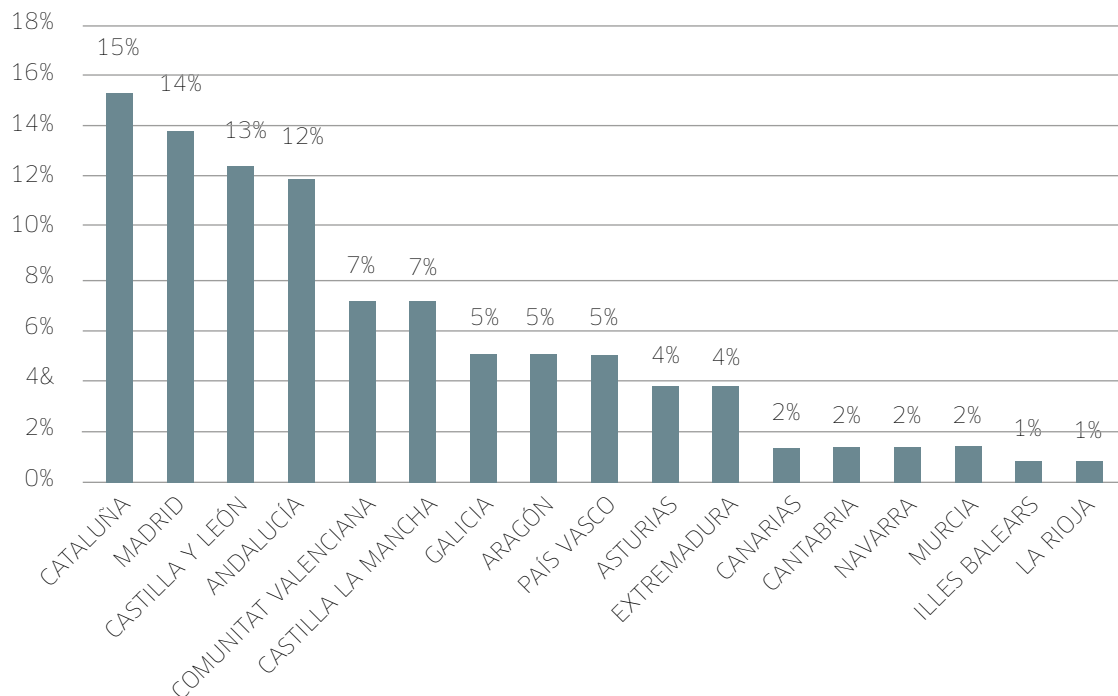
Fuente: Portales de transparencia de CCAA y Diputaciones forales vascas.

c. Mortalidad por COVID-19 en relación con el número de plazas residenciales

Los datos autonómicos de mortalidad por COVID-19 permiten realizar otra comparación: el porcentaje de fallecidos en cada comunidad en relación con el porcentaje de plazas residenciales. Puesto que la Comunidad de Madrid tenía el 14% de las plazas disponibles en el conjunto de España, se esperaría observar en sus residencias el 14% del total de los 18.102 decesos.

En la Figura 2 se muestra la distribución por territorios de las 375.473 plazas operativas que existían en España a principios de 2020.

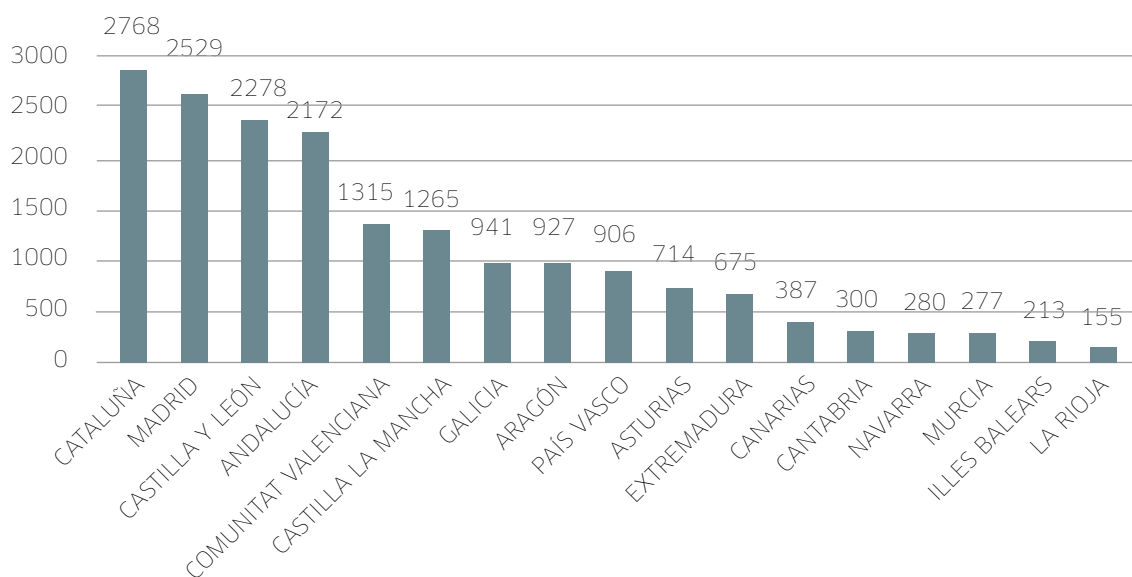
FIGURA 2. Porcentaje de plazas residenciales según CCAA, en febrero de 2020



Fuente: Portales de transparencia de CCAA y Diputaciones forales vascas.

En la Figura 3 se muestra, en números absolutos, los defunciones que se esperaba observar por COVID-19 en cada comunidad si estos fuesen proporcionales al número de plazas operativas.

FIGURA 3. Número de defunciones esperados en proporción a plazas disponibles por CCAA

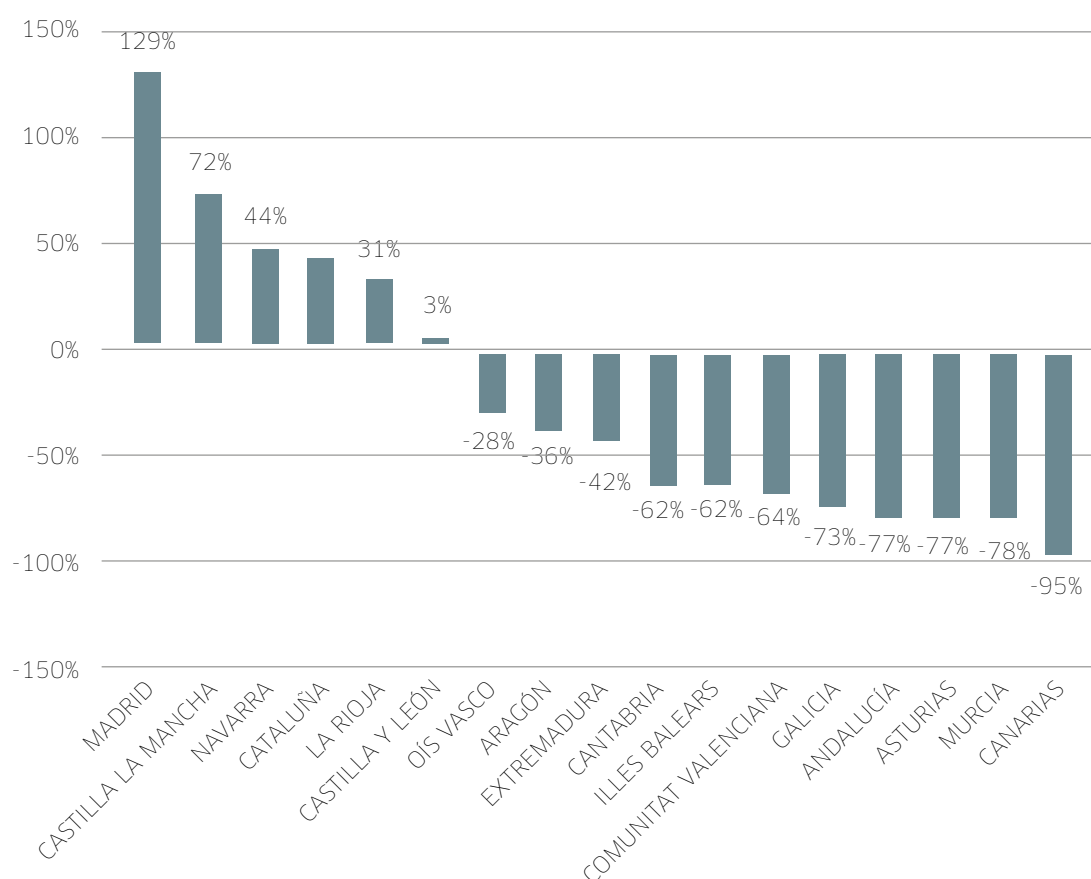


Fuente: Elaboración propia a partir de datos oficiales sobre defunciones y plazas.



La **comparación entre el valor esperado de mortalidad por COVID-19 y el realmente producido sitúa de nuevo a la Comunidad de Madrid en primer lugar**, muy por delante de cualquier otra región. En lugar del valor esperado de 2.529 muertes (14% de los 18.102 decesos totales), se produjeron en esos dos meses 5.795 decesos. Un 129% más de muertes que las esperadas según el número de plazas residenciales. Como se observa en la Figura 4, el siguiente territorio fue Castilla-La Mancha, con un 72%.

FIGURA 4. Diferencia porcentual entre el valor observado de defunciones y el valor esperado en proporción de plazas residenciales



Fuente: Elaboración propia a partir de datos oficiales sobre defunciones por COVID-19 y plazas.

d. Exceso de mortalidad en regiones de Europa

El Comité Europeo de las Regiones, órgano consultivo de la Unión Europea, publicó los datos de exceso de mortalidad por COVID-19 en los diferentes territorios europeos (*Annual Region and Local Barometer 2021*). **La Comunidad de Madrid es la región que tuvo un mayor exceso de mortalidad en toda Europa:** un 44% más en 2020 que en el periodo 2016 a 2019.

Aunque con mucho menor impacto que en Madrid, entre las diez regiones europeas figuran también Castilla-La Mancha (34% de exceso de mortalidad), Castilla y León (29%) y Cataluña (27%), como se muestra en la siguiente tabla (Tabla 1).

TABLA 1. Ranking de exceso de mortalidad en regiones europeas

	REGIÓN	Exceso de mortalidad. Cambio porcentual (%) comparado con el periodo 2016-2019
1.	Comunidad de Madrid	44%
2.	Lombardía	39%
3.	Castilla La Mancha	34%
4.	TA di Trento	32%
5.	Mayotte	32%
6.	Castilla y León	29%
7.	Vall d'Aosta	28%
8.	Cataluña	27%
9.	Podkarpackie	26%
10.	Piemonte	25%

Hay que señalar que el dato sobre exceso de mortalidad del Comité Europeo de las Regiones alude las defunciones totales y no solo las ocurridas en los centros residenciales. No obstante, en esos dos primeros meses de pandemia, la mayoría de las defunciones se produjeron en las residencias. Así lo destaca la propia Comunidad de Madrid en su informe titulado *Impacto del COVID-19 en los indicadores demográficos de la Comunidad de Madrid y su estructura de edad* (pág. 22):

“En la primavera de 2020, algunos municipios alcanzaron un exceso de mortalidad semanal por encima del 750% respecto a la media de defunciones del período 2016-2019. Fue el caso de localidades como Alcalá de Henares, Colmenar Viejo, Coslada, Leganés o San Fernando de Henares. Destacan también municipios como Majadahonda, Parla, Pinto o Pozuelo de Alarcón en los cuales hay una sobremortalidad en la primavera de 2020 pero se sitúa por debajo de la media regional. Algunos de estos municipios afectados en buena medida por la presencia de Residencias de Personas Mayores muy afectadas durante la primera ola de la pandemia”



III.2. AUSENCIA DE INVESTIGACIÓN E INTERÉS POR PARTE DE LAS AUTORIDADES

El 6 de junio de 2020 se constituyó en la Asamblea de Madrid la “Comisión de investigación sobre la situación provocada por el COVID-19 en los centros residenciales de personas mayores de la Comunidad de Madrid y la gestión que hizo el Gobierno regional de la misma durante los meses de febrero a junio de 2020”. Dicha Comisión, tras haber realizado ocho sesiones, quedó en suspenso por la convocatoria de elecciones anticipadas para el 4 de mayo de 2021. El 11 de junio, Más Madrid, PSOE y Unidas Podemos pidieron la reapertura de la citada comisión, pero esta fue denegada por el PP y Vox. Estos dos partidos negaron a lo largo de la legislatura sucesivos intentos de reabrir la.

La importancia de lo revelado en las escasas sesiones de comparecencias que protagonizó la Comisión autonómica debería haber sido un argumento suficiente para recuperarla en la nueva legislatura, salvo que se pretendiera esconder la verdad de lo sucedido. A lo largo de este informe aparecerán algunos extractos de lo allí hablado, como por ejemplo lo relativo a la llamada ‘Operación Bicho’, la acción de la Consejería de Sanidad que teóricamente iba a llevar a cabo la obligatoria medicalización de las residencias; medicalización exigida por el Tribunal Superior de Justicia como alternativa a la no derivación de los residentes a los hospitales. Lo que se dijo allí (puede verse en el punto V.2.c. de este Informe) debería haber servido, por sí solo —más allá de las responsabilidades políticas que en un país democrático deberían de haberse producido— para seguir investigando toda la gestión de las residencias durante la pandemia. Tal es la incompetencia desvelada solo en ese punto.

Pero no solo **se bloqueó la reinstauración de la Comisión de investigación**, sino que por parte de importantes altos responsables políticos del Gobierno madrileño se han realizado **afirmaciones de una falta de respeto inaceptable** contra quienes reclamaban dicha Comisión: que “los familiares ya han superado” la tragedia de lo vivido en aquellos días, que detrás de la Comisión “sólo existe un interés electoral” (vicepresidente Ossorio)³ o que “investigar lo sucedido es ahondar en un dolor innecesario” (presidenta Díaz Ayuso)⁴. Una interpretación desapasionada de dichas declaraciones revela no solo una grave y reprochable desconsideración hacia ciudadanos y ciudadanas que han sufrido lo indecible y que reivindican legítimamente sus derechos, sino que descubre precisamente lo que se desea evitar, y es que se sepa la verdad de lo sucedido. El reciente recurso del Gobierno madrileño ante el TSJ contra la orden del Consejo de Transparencia que obliga a publicar las actas de la Policía Municipal de las visitas a los geriátricos en la primera ola de la pandemia⁵ no hace más que subrayar lo que este informe concluye, la **aversión y rechazo del Gobierno de la Comunidad de Madrid por la verdad** y por las responsabilidades políticas y jurídicas, que se puedan derivar de ella.

³ Infolibre, “El ‘número dos’ de Ayuso, sobre los ancianos muertos en residencias: ‘Los familiares ya lo han superado’”, Infolibre, 5 de octubre de 2022.

⁴ Antena 3, “Isabel Díaz Ayuso, sobre la investigación de las muertes por coronavirus en residencias: ‘No quiero ahondar en un dolor innecesario’”, en El Hormiguero, 10 de noviembre de 2021.

⁵ Carrasco, Lara, “Familiares de víctimas en las residencias exigen conocer los atestados policiales que Ayuso se niega a publicar”, Infolibre, 5 de febrero de 2024.

Por otra parte nos encontramos con la **sorprendente posición de la Fiscalía** en relación con la actuación obligada por sus competencias estatutarias. Sin duda, la Fiscalía ha llevado a cabo un seguimiento de la situación de las personas mayores que viven en centros residenciales, seguimiento que ha dado lugar, entre otras, a la apertura de numerosas diligencias penales, consecuencia de denuncias interpuestas por familiares y trabajadores de los establecimientos. Durante el primer año de la pandemia, la Fiscalía abrió cerca de 500 diligencias preprocesales, de las que una treintena dieron lugar a denuncia o querrela. A ellas se sumaron algunas más, pero muy pocas quedan vivas en los tribunales.

A pesar de lo declarado por la Fiscalía, la lectura de los decretos que acuerdan el archivo de muchas de las denuncias muestra que **no han sido fruto de una verdadera investigación**, sino que se han basado, fundamentalmente, en los informes (naturalmente exculpativos) de las propias residencias. En este sentido, debe recordarse que si bien el Tribunal Supremo, en un auto de 8 de octubre de 2020, declaró que resulta “necesario que existan datos objetivos que permitan imputar los concretos resultados lesivos producidos en cada caso y sobre cada persona afectada” —es decir que exista (como argumenta la Fiscalía en sus decretos de archivo) una “relación de causalidad directa, completa e inmediata, eficiente y sin interferencias entre el hecho denunciado y su pretendida consecuencia”—, no es menos cierto que el Supremo también ha exigido una **“evaluación, aunque sea provisional, de las circunstancias concretas en la que estos resultados se produjeron”,** y que **“tendrá que indagarse en el origen y autoría de resoluciones prohibitivas** que impidieron que esas personas fueran trasladadas a los centros sanitarios, anticipando así un prematuro estado de necesidad...”. Y dicha evaluación e indagación, debe decirse, ha brillado por su ausencia. En el apartado VI de este Informe, relativo al ‘Derecho a la Verdad’, nos ocuparemos con más detenimiento de este asunto.

III.3. PETICIÓN DE LAS FAMILIAS DE LAS VÍCTIMAS

Al no recibir la atención debida por las instituciones obligadas, las familias entendieron que debían organizar una Comisión de la Verdad propia. La gravedad de lo ocurrido a personas tan cercanas y queridas no podía caer en el olvido sin antes tratar de poner un poco de luz sobre cómo se gestionó la pandemia en las residencias durante la crisis.

Anteriormente se habían realizado intentos sucesivos para que se reabriese la llamada “Comisión de Investigación” creada en la Asamblea de Madrid. Como ya se ha dicho, esta Comisión había sido clausurada por la convocatoria anticipada de elecciones autonómicas realizada por la presidenta de la Comunidad para el 4 de mayo de 2021. Pasadas las elecciones, y aprovechando que las mismas otorgaron una mayoría absoluta a la suma de escaños del Partido Popular con Vox, **tal clausura se convirtió en definitiva** a pesar de no haber terminado sus trabajos ni emitir resolución alguna.

Ello hizo que familiares de personas fallecidas se pusiesen en contacto con los partidos que el día 11 de junio de 2021 habían defendido la reapertura de la citada Comisión —Más Madrid, Psoe y Unidas Podemos—, para solicitarles que no desistiesen en exigir esa reapertura, pues la Comisión era el único órgano que, hasta entonces, había intentado arrojar luz sobre los hechos. Posteriormente, estos tres partidos presentaron mociones en varias ocasiones en la Asamblea de Madrid, sin lograr que fuesen aprobadas, pues ni el Partido Popular ni Vox cambiaron de posición. A iniciativa de los familiares, fueron aprobadas mociones en 15 Ayuntamientos de la Comunidad, en las que se pedía a la Asamblea la



reapertura de la Comisión de Investigación. Los Ayuntamientos en los que se aprobaron estas mociones representaban a la mayoría de la población de la Comunidad, y fueron los siguientes: Madrid, Alcalá, San Fernando, Coslada, San Sebastián de los Reyes, Becerril, San Lorenzo del Escorial, Móstoles, Alcorcón, Leganés, Getafe, Ciempozuelos, Pinto, Parla y Fuenlabrada. A pesar de ello, las peticiones de los gobiernos municipales mencionados tampoco lograron que la Comisión reiniciase sus trabajos.

Paralelamente, las actuaciones de algunos jueces y -sobre todo- fiscales estaban llenando de preocupación a aquellos familiares cuyas querellas se habían empezado a archivar, ya que observaban que en ninguno de estos procesos se estaban practicando diligencias de investigación, especialmente las dirigidas a los aforados, por las posibles responsabilidades penales derivadas de las decisiones políticas adoptadas en su gestión de la pandemia en las residencias de la Comunidad de Madrid.

La percepción de que **no se producía ningún avance hacia el conocimiento de lo ocurrido, ni a través de la Asamblea de Madrid ni de los juzgados**, llevó a que las plataformas *Marea de Residencias y Verdad y Justicia en las Residencias de Madrid* fomentasen la creación de la Comisión Ciudadana que ha elaborado este informe. Como se ha dicho al inicio, el único propósito de este trabajo es conocer la verdad, reclamar justicia y trabajar para que no vuelva a suceder.

Esta Comisión, que de alguna manera es reflejo de la sociedad civil, no tendría lugar si no existiera el desamparo institucional que hemos verificado hasta el día de hoy, y que no es digno de una sociedad que se dice 'democrática' y un Estado que se proclama 'de Derecho'.

IV. LAS JORNADAS DE COMPARECENCIAS

IV.1. PLANTEAMIENTO Y PARTICIPANTES

Las Jornadas de Comparecencias han sido el punto culminante del trabajo de la Comisión. Su importancia se relaciona con dos **objetivos** del trabajo planteado:

- 1º.** Obtener la **información de primera mano** de quienes vivieron en directo lo sucedido en las residencias, familiares, trabajadoras y sanitarias. También a los periodistas que siguieron de cerca los acontecimientos y que los han investigado con rigor.
- 2º.** Cumplir la obligación social –desatendida hasta ahora– de **escuchar a las víctimas**, que tienen derecho a ser oídas. Para ello era necesario crear el espacio y la oportunidad para permitir que narrasen públicamente lo que pasaron, lo que sufrieron, lo que piensan. Es un primer acto de reparación que la Comisión estaba decidida a propiciar.

Aunque la iniciativa de crear la Comisión se implementó en el mes de abril de 2023, sus miembros estuvieron unánimemente de acuerdo en que las Jornadas debían celebrarse después de las elecciones autonómicas (28 de mayo) y generales (23 de julio), para evitar contaminar su trabajo y desterrar el riesgo de que se considerase politizado. Finalmente, las Jornadas se llevaron a cabo los días 15 y 16 de septiembre de 2023, en Madrid.

En cuanto a la metodología de las sesiones, esta fue muy sencilla: cada persona entrevistada relató su experiencia en una breve introducción de alrededor de 15 minutos. Finalizada esta, los miembros de la Comisión realizaron las preguntas y pidieron las aclaraciones que consideraron oportunas⁶.

⁶ Las comparecencias pueden verse en estos enlaces:
Comisión Ciudadana por la Verdad en las Residencias de Madrid.

Parte 1: <https://www.youtube.com/watch?v=ce149IGAvcs>

Parte 2: <https://www.youtube.com/watch?v=WucQ4ceA8gU>

Parte 3: https://www.youtube.com/watch?v=M_ZqIY9gxd4



Viernes, 15 de septiembre. Primera jornada de comparecencias

■ **Objeto**

La primera jornada tuvo lugar el día 15 de septiembre, viernes, en dos sesiones: por la mañana desde las 10.00 hasta las 13:55 horas, y por la tarde desde las 16.00 hasta las 20:48 horas. En ellas, dieciséis comparecientes de catorce residencias distintas establecieron el marco y el contenido principal de lo sucedido y lo vivido por los directamente afectados: las residentes, sus familiares y las trabajadoras de los centros.

■ **Comparecientes**

De las 16 personas que declararon el viernes, dos eran residentes, siete eran familiares y otros siete trabajadores de centros geriátricos (seis gerocultoras o Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, TCAEs y un técnico de mantenimiento).

▶ **Sesión de la mañana**

- 1ª. M.ª Ángeles Maquedano. Trabajadora de la residencia Parque Coimbra. Sindicalista de la CGT.
- 2ª. Isabel Hernández. Familiar de residente fallecida en la residencia Montehermoso.
- 3ª. Rosa Ana Castillo. Familiar de residente fallecida en la residencia Montehermoso.
- 4ª. Nandi Gutiérrez. Trabajadora de la Gran Residencia. Sindicalista del MATS.
- 5ª. Elvira García. Trabajadora de la Gran Residencia. Sindicalista del MATS.
- 6ª. María Jesús Valero. Familiar de residente fallecido en la residencia Usera.
- 7ª. Mercedes Huertas. Familiar de residente fallecido en la residencia Adolfo Suarez.

▶ **Sesión de la tarde**

- 8ª. Pilar Torres. Trabajadora de la residencia Parque de los Frailes. Sindicalista de CCOO.
- 9ª. Paula Rivera. Residente de la residencia Vitalia de Leganés.
- 10ª. Concha Quirós. Familiar de residente fallecida en residencia Manoteras.
- 11ª. José Antonio Torres. Trabajador de mantenimiento en la residencia DomusVi de Leganés.
- 12ª. Rosario Fernández, residente de la residencia Orpea de Alcobendas, y Esther Ortega, hija de Rosario Fernández.
- 13ª. María Paz Villanueva Sanz. Familiar de residentes fallecidos (padre y madre) en la residencia Doctor González Bueno.
- 14ª. Ramona Carvajal. Familiar de residente fallecida en la residencia Vitalia Griñón.
- 15ª. Rosa Serna. Trabajadora de la residencia Ensanche de Vallecas. Sindicalista de CCOO.
- 16ª. Esther Fernández. Trabajadora de la residencia Alcorcón. Sindicalista del MATS.

Todas las personas citadas a declarar comparecieron ante la Comisión, excepto la madre superiora de la Residencia de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados de Carabanchel, sor Josefina López Laguna, por incompatibilidad horaria con unas jornadas de su congregación⁷.

⁷ Sor Josefina López Laguna aceptó dos visitas a su residencia en diciembre de 2021, con entrevistas sobre las prácticas de cuidados de su residencia durante los primeros meses de la pandemia. La residencia destacó por su baja mortalidad en comparación con la observada en otras residencias de Carabanchel en la primera ola. Durante estas visitas, Sor Josefina declaró que durante marzo y abril de 2020 los residentes habían sido abandonados por las autoridades y profesionales sanitarias de la Comunidad de Madrid, que habían fallecido 16 residentes sin posibilidad de traslado al hospital, que solo habían logrado la hospitalización de un residente de 72 años, que la mayoría de las trabajadoras externas estuvieron de baja laboral o desistieron de su trabajo y que 30 de las 35 hermanas de la congregación habían sido ingresadas en el hospital por infección covid en 2020.

Sábado, 16 de septiembre. Segunda jornada de comparecencias

■ **Objeto**

La sesión del día 16 de septiembre comenzó en la mañana, a las 10.00 horas, y se prolongó hasta las 15:40.

En esta sesión se abordaron los aspectos más relevantes de la gestión de la pandemia en las residencias. Comparecieron el consejero de Políticas Sociales de la Comunidad de Madrid en las primeras semanas de la crisis sanitaria, el entonces alcalde de Leganés y el diputado autonómico que presidió la efímera Comisión de investigación de la Asamblea de Madrid. También declararon la responsable del excelente informe de Amnistía Internacional, una representante de Médicos Sin Fronteras implicada directamente en la respuesta a la pandemia en las residencias de Madrid, y dos facultativos (un médico de una unidad de cuidados paliativos y un neumólogo y epidemiólogo clínico). Por último, prestaron su testimonio tres de los periodistas que recibieron el premio de la Asociación de la Prensa de Madrid al “Periodista Especializado en Madrid 2020” por su investigación sobre lo ocurrido en las residencias.

■ **Comparecientes**

- 1^a. Alberto Reyero. Consejero de Políticas Sociales de la Comunidad de Madrid hasta el 2 de octubre de 2020.
- 2^a. Carmen Miquel. Responsable del Informe de Amnistía Internacional.
- 3^a. Santiago Llorente. Alcalde de Leganés durante la crisis sanitaria.
- 4^a. Francisco Pozo Rodríguez. Neumólogo y epidemiólogo clínico.
- 5^a. Miriam Alía. Responsable de respuesta a epidemias de Médicos sin Fronteras. Coordinadora (de marzo a mayo) de la respuesta de MsF en Madrid.
- 6^a. José Ángel Chamorro. Exdiputado autonómico. Presidente de la Comisión de investigación de la Asamblea de Madrid, que se cerró sin finalizar en 2021.
- 7^a. Manuel González. Médico de cuidados paliativos. Trabaja en un equipo de soporte de atención domiciliaria.
- 8^a. Elena Jiménez. Periodista de la Cadena Ser.
- 9^a. Fernando Peinado. Periodista de El País.
- 10^a. Manuel Rico. Periodista de infoLibre y autor del libro Vergüenza: el escándalo de las residencias.

■ **Personas citadas que no comparecieron**

Las siguientes personas citadas a comparecer en la Comisión en calidad de testigos o expertas declinaron comparecer o no contestaron a la invitación:

- ▶ Natalia de Andrés. Entonces alcaldesa de Alcorcón.
- ▶ Lidia Sánchez. Directora de la residencia de Amavir de Alcorcón.
- ▶ Ignacio Fernández-Cid. Presidente de la Federación Empresarial de la Dependencia.
- ▶ Antonio Burgueño (Ex Director de Hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid).
- ▶ Óscar Álvarez (Gerente de la Agencia Madrileña de Atención Social).



Ninguno de los geriatras de enlace, designados en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, respondió a la invitación de la Comisión. Son los siguientes:

- ▶ 12 de Octubre: Elena García Gómez
- ▶ Alcorcón: Pilar Sáez López
- ▶ Clínico San Carlos: Marta Vígara García
- ▶ Cruz Roja: Javier Gómez Pavón
- ▶ El Escorial: Esther Lueje Alonso
- ▶ Fuenlabrada: Alejandro Pérez Martín
- ▶ Getafe: Leocadio Rodríguez Mañas
- ▶ Gregorio Marañón: Eugenio Marañón
- ▶ Infanta Cristina: María Pilar Cubo Romano
- ▶ Infanta Leonor: María Alcatud Ibáñez
- ▶ Infanta Sofía: Rafael Bielza
- ▶ Jiménez Díaz: Ana Isabel Hormigo Sánchez
- ▶ La Paz: Teresa Alarcón
- ▶ La Princesa: Diana Prada Cotado
- ▶ Móstoles: Francisco Javier Cid Abasolo
- ▶ Puerta de Hierro: Cristina Bermejo
- ▶ Ramón y Cajal: Beatriz Montero
- ▶ Rey Juan Carlos: Francisco Javier Martínez Peromingo
- ▶ Severo Ochoa: María Jesús Molina
- ▶ Sureste: Miriam Ramos Cortes
- ▶ Tajo: Jimmy Gonzales Turín
- ▶ Torrejón: Manuel Mirón Rubio
- ▶ Villalba: Nuria El Kadaoui Calvo

Las siguientes funcionarias de la Dirección General de Salud Pública no aceptaron la invitación:

- ▶ Yolanda Fuentes. Directora general de Salud Pública cuando se inició la pandemia.
- ▶ María José Esteban Niveiro. Subdirectora general de Epidemiología.
- ▶ Elena Rodríguez Baena. Jefa de la Unidad Técnica de Salud Pública del Área 1.
- ▶ Felicitas Domínguez Berjón. Jefa de servicio de Informes de Salud y Estudios en la Subdirección General de Epidemiología.

Ninguno de los altos cargos siguientes respondió a la invitación:

- ▶ Isabel Natividad Díaz Ayuso. Presidenta de la Comunidad de Madrid.
- ▶ Enrique Ruiz Escudero. Consejero de Sanidad durante la pandemia.
- ▶ Enrique López López. Consejero de Interior, Justicia y Víctimas del Terrorismo durante la pandemia.
- ▶ Ana Dávila. Viceconsejera de Asistencia Sanitaria durante la pandemia.
- ▶ Pablo Busca Ostolaza. Director Gerente del SUMMA112.

El director general de Coordinación Sociosanitaria en los primeros meses de la pandemia, Carlos Mur de Víu, presentó justificante de que la carta de invitación de la Comisión Ciudadana para comparecer el 16 de septiembre le había llegado tarde a su despacho en Andorra, por un error de la oficina de correos.

V. LO OCURRIDO EN LAS RESIDENCIAS

En este punto se recoge la parte sustantiva del Informe. Aquí la Comisión expone su análisis de lo sucedido a partir de la documentación previa recogida (informes, artículos académicos, investigaciones periodísticas, datos...) y las declaraciones vertidas por las personas que participaron en las Jornadas de Comparecencias y por las que participaron en la Comisión de investigación de la Asamblea de Madrid.

El informe parte de la **necesidad de conocer y diferenciar las características y carencias estructurales** del sistema residencial de la Comunidad de Madrid –y los problemas de desbordamiento (graves) que con la pandemia se asociaron directamente a aquéllas–, **de las decisiones organizativas y funcionales** que se adoptaron de modo consciente y planificado por las autoridades y las direcciones de los centros residenciales. Decisiones que, pudiendo ser diferentes, vulneraron gravemente los derechos fundamentales de las personas mayores y sus familiares. **María Ángeles Maquedano**, trabajadora en la residencia Parque de Coimbra, declaró ante la Comisión:

“ Se murieron de una forma horrible, horrible. A mí me gustaría que la gente supiera cómo se murieron por no recibir atención médica. Murieron de una manera horrible. Ahogadas. Asfixiadas. Deshidratadas. Por falta de atención médica. [...] Ya no es que le des la mano [al morir], es que no teníamos ni siquiera un mórfo para ponerles, para que se relajaran y se fueran tranquilos. Es que se morían agarrados a las barandillas de la cama intentando respirar ”.

Para abordar lo ocurrido en las residencias respondiendo a la mencionada necesidad, este capítulo se divide en **dos apartados**:

- En el primero se ofrece una breve visión del **escenario** que encontró la pandemia a su entrada en las residencias madrileñas.
- En el segundo se desgranán las cuestiones más relevantes relacionadas con **la gestión** de la crisis sanitaria por parte de las autoridades autonómicas y la dirección de los centros geriátricos.



V.1. LAS RESIDENCIAS DE MADRID: SITUACIÓN PREVIA

“ *Todo el maltrato que vivimos con la pandemia no empezó con la pandemia. La pandemia destapó lo que estábamos viviendo día a día, mes a mes, los familiares. Nos hemos cansado de hacer reclamaciones a la Comunidad Autónoma de Madrid, de hacer reclamaciones a las direcciones de las residencias, sin ningún éxito ni respuesta* ” **Esther Ortega**

Este punto debe comenzar dejando constancia de que la gestión de los servicios de salud pública, de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud y de los Servicios Sociales en el ámbito de la provincia de Madrid, son competencia del Gobierno de la Comunidad de Madrid. Este Gobierno tiene competencias en todo lo que concierne a la regulación, orientación, gestión e inspección de los centros sociosanitarios, residencias de mayores y de personas con discapacidad.

Partiendo de aquí, y hablando en primer lugar con carácter general, debe consignarse que la llegada de la pandemia a España se encontró con **un modelo residencial** que adolecía (y sigue adoleciendo) de **importantísimas y graves limitaciones**. Estas limitaciones son, en Madrid, especialmente agudas.

También es importante subrayar la ausencia de información sobre las estadísticas vitales y sanitarias, indicadores de calidad de la atención, incluyendo recursos humanos o nivel de ocupación en las residencias de personas mayores en el conjunto del Estado. Incluso ahora no se conocen las características sociodemográficas ni de salud de quienes viven en residencias de personas mayores y no existen estadísticas sobre las defunciones o las causas de defunción de los mayores que viven en las residencias.

Partiendo de estas premisas, debe consignarse que algunas de las limitaciones más relevantes del modelo residencial son las siguientes⁸:

1º. Fallos regulatorios

Existe una enorme fragmentación entre las instituciones públicas que tienen que regular y velar por la aplicación de normativas y la calidad; también las instituciones y empresas que proveen servicios son muy heterogéneas, privadas (grandes grupos frente a centros pequeños) o públicas. Las carencias regulatorias son debidas, entre otras causas, a la deficiente delimitación de competencias entre los tres niveles de la Administración (Estado, CC.AA., corporaciones locales) y a la infrafinanciación estructural de la atención a la dependencia que se acució con los recortes de gasto en servicios sociales llevados a cabo a partir de la crisis de 2008 y en especial, en 2012.

En la Comunidad de Madrid, la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales (modificada el 29/12/2014) es una **norma institucionalizadora**, que prioriza la organización. No incorpora ni siquiera de forma inicial elementos que pongan a la persona en el centro, que tengan

⁸ Se sigue en este punto el esquema del Informe de GTM para el Ministerio Ciencia e Innovación, 2020, pp.14-16.

como objetivo la autonomía del usuario, las relaciones personales y familiares, o cualquier otro principio vinculado al modelo de cuidados. Se trata de una norma claramente superada por la reciente Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales la Comunidad de Madrid, que incorpora ya algunos tímidos aspectos desinstitucionalizadores.

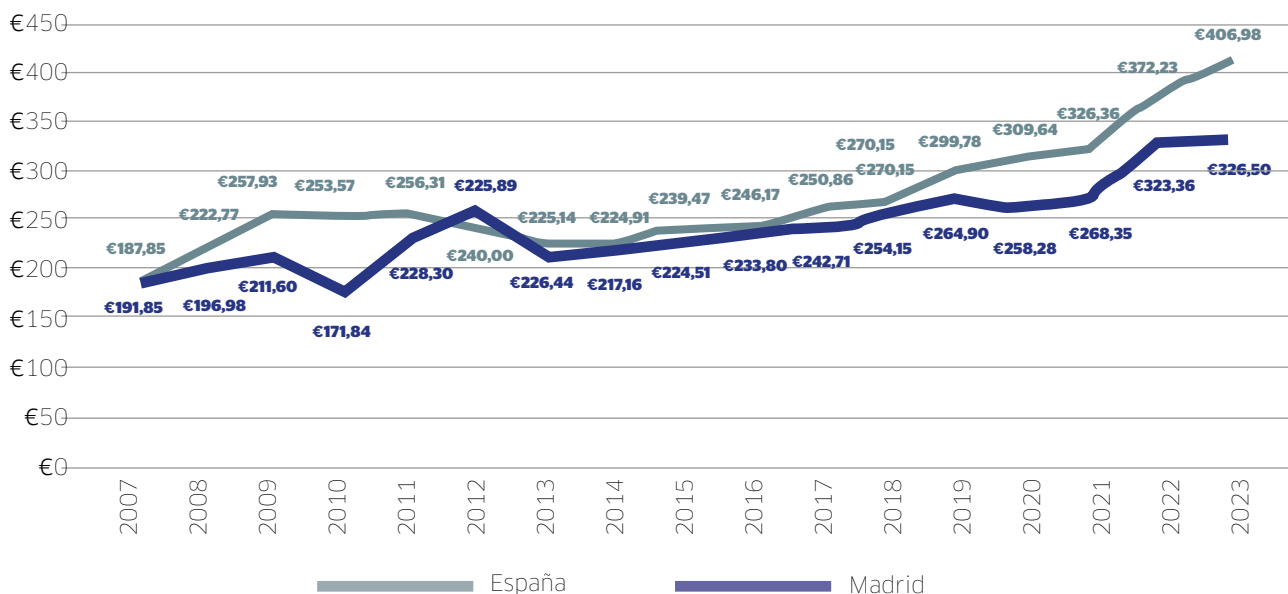
2º. Fallos en financiación, salarios y selección y formación del personal

Los trabajadores, fundamentalmente trabajadoras, de los centros geriátricos tienen en su mayoría **contratos precarios** y cobran salarios bajos. Esto crea poca atracción por el trabajo, que en sí está poco reconocido, con altísima rotación de profesionales, por lo que estos tienden a estar poco formados y poco familiarizados con el entorno y los residentes, lo que dificulta poder realizar una atención individualizada y centrada en la persona. Además, estas condiciones favorecen el pluriempleo en múltiples residencias o como cuidadores en domicilios, o que estos trabajadores sigan trabajando aunque se encuentren con síntomas de enfermedad.

No se dispone de cifras en España sobre el gasto público en cuidados residenciales, pero el informe de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales –publicado en septiembre 2023– permite conocer la evolución del gasto específico en Servicios Sociales en el conjunto de las CC.AA. desde 2006 a 2021 (página 59 de este informe). Madrid también recibió, junto con Murcia, la peor puntuación (3,2/10) en el IDEC de 2020, índice de análisis del sistema de dependencia. En el año 2021, Madrid se situó en el último lugar entre todas las CC.AA.

En la siguiente imagen (Figura 5), se observa la evolución del gasto en servicios sociales, comparando la Comunidad de Madrid con el conjunto de CCAA.

**MADRID. Evolución del gasto específico en Servicios Sociales.
Comparativa con la evolución del conjunto de CC.AA.
Gastos Autonómico por habitante y año en Servicios Sociales y Promoción Social**





En relación con el personal de cuidados, en Madrid, como en otras CCAA, ha sido y continúa siendo insuficiente (Montserrat, 2021). Las condiciones laborales son precarias: alto porcentaje de contratos temporales, salarios muy bajos y gran sobrecarga de trabajo, que se manifiesta en patologías osteoarticulares y trastornos mentales. Las cuidadoras son principalmente mujeres (más del 85%) y con un alto porcentaje de inmigrantes, fenómeno aún sin datos cuantitativos (Comas-D'Argemir, 2022). Una parte indeterminada de este personal trabaja en varios centros. Las trabajadoras cualificadas, personal de enfermería y personal técnico de cuidados auxiliares de enfermería tienen mejores condiciones de trabajo en los servicios de salud públicos y privados, y suelen dejar las residencias de mayores cuando tienen esa oportunidad.

En las declaraciones durante las Jornadas de Comparecencias se manifestó, por parte de varias trabajadoras y de familiares, que llevaban tiempo reclamando a la Comunidad de Madrid para que tomara medidas ante el **creciente deterioro de las instalaciones y la falta de personal**. También sobre lo engañoso de las 'ratios' de personal, las cuales, más allá de ser muy bajas, se calculan erróneamente y no miden el número real de trabajadoras presentes en cada turno. Una de las ideas más repetidas fue que las graves deficiencias estructurales del modelo residencial —de personal, de material, de infraestructuras—, antes ocultas, fueron evidenciadas de forma clamorosa por la pandemia.

3º. El modelo residencial en España es un modelo institucionalizado, con graves limitaciones de infraestructuras⁹

El modelo residencial está centrado en la organización y la eficiencia económica, no en la historia de vida, las preferencias y las necesidades particulares de los residentes. Esta nota, unida a las anteriores, explica la dificultad para elaborar una planificación participada de la atención a la persona.

Durante la crisis esta realidad multiplicó su impacto negativo sobre las personas residentes y sobre la propia organización de los centros, pues esa falta de planificación impidió decisiones que hubieran mejorado la vida de aquellas (también la decisión sobre su traslado) y la mejor gestión de los medios, personales y materiales. Así, por ejemplo, en muchos casos las habitaciones de las residencias son compartidas, lo que dificulta poder prestar la atención personalizada que dignifica la persona y mejora su calidad de vida, y claramente dificulta la organización de la respuesta a un brote epidémico (compartimentalizar y aislar los casos).

En la Comunidad de Madrid, en marzo de 2020, entre las 475 residencias de personas mayores, sólo 25 de ellas tenían titularidad y gestión pública. Estas 25 residencias dependían de la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS), en la Consejería de Políticas Sociales (véase Tabla 1 y Figura 1 en Zunzunegui y otros, 2022).

Estas 475 residencias disponían de 52.292 plazas, con una ocupación muy alta, probablemente cercana al 90%, aunque no se cuenta con un dato exacto. El 12% de las plazas estaban en las residencias públicas de gestión pública. El 25% de las residencias tenía menos de 45 plazas y el 25% tenía más de 160 plazas.

El tamaño de las residencias varía mucho según el tipo de titularidad y gestión (ver Tabla 2, en Zunzunegui, 2022). Las residencias privadas de gestión privada tienden a ser más pequeñas (la mitad de ellas tienen menos de 50 plazas), mientras que las residencias públicas de gestión pública tienden a ser más grandes

⁹ De interés en este punto MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030 (2023): Proyecto EDI. Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios.

(la mitad de ellas tienen más de 200 plazas). Las 178 residencias con colaboración público-privada (CPP) suelen tener más de 100 plazas, la mitad de ellas tienen más de 150 plazas. Las residencias municipales son más pequeñas, la mitad de ellas tenían menos de 50 plazas.

Como está demostrado en múltiples estudios, la incidencia y la mortalidad por COVID-19 aumentan a medida que aumenta el tamaño de la residencia. Esto se confirma en la Comunidad de Madrid. Durante marzo y abril de 2020, la mortalidad fue de 10% en las residencias con menos de 50 plazas, del 15% en residencias de 50 a 99, del 21% en residencias de 100 a 199 plazas, y del 18% en residencias de 200 o más plazas.

4º. Modelo mercantil

La atención residencial a personas en situación de dependencia se ha desarrollado con amplia colaboración público-privada y sin un sistema de información que permita la monitorización de la calidad de los cuidados, basándose en un modelo de negocio con importantes beneficios para empresas privadas, sin que el control y la regulación pública haya exigido, de forma estricta y rigurosa, un control de calidad exhaustivo, incluida la participación de familiares.

En marzo de 2020, el 88% de las plazas de residencia en la Comunidad de Madrid eran de gestión privada. El 38% de las residencias en la Comunidad de Madrid operaban en colaboración público-privada con el Gobierno de la Comunidad de Madrid (n=178), ya sea por gestión indirecta o por plazas concertadas que en el año 2020 se financiaban mediante un per diem de 53 euros/día.

La deficiente preparación frente a epidemias de las residencias que operaban en régimen de colaboración público-privada se refleja en que la mortalidad (porcentaje de residentes fallecidos) en las residencias de la Comunidad de Madrid durante marzo y abril de 2020 fue casi tres veces superior a la mortalidad en las residencias públicas de gestión pública, a igualdad de condiciones de tamaño, localización y casos de infección COVID-19 detectados.

Las residencias privadas de gestión privada tuvieron doble mortalidad que las residencias públicas, cuando se tiene en cuenta la localización, el tamaño y los casos de infección por COVID-19 detectados. A igualdad de condiciones, las residencias públicas de gestión pública experimentaron el menor porcentaje de fallecidos en la Comunidad de Madrid (Zunzunegui, 2022).

5º Deficiencias en el Sistema Sanitario que impactaron en la atención a residentes

Es importante destacar que buena parte de la respuesta insuficiente e inadecuada que se dio a las personas que vivían en residencias, descrita en este informe, se debió a la incapacidad de respuesta del sistema sanitario público.

Cuando sobreviene la pandemia de COVID-19 **el sistema sanitario público estaba debilitado**. Por supuesto, el sistema sanitario público sigue disponiendo de profesionales muy cualificados y comprometidos, que ofrecen unos servicios sanitarios de gran calidad, pero la cuestión es poder llegar a recibir esa atención (tiempo de espera), y las condiciones en las que se recibe (sobrecarga). Desde la crisis financiera de 2008 se redujo parte del personal sanitario, se empeoraron las condiciones de contratación, la estabilidad, las remuneraciones, los medios de trabajo, y todo ello se tradujo en pérdida de calidad de servicio.



Como consecuencia de lo anterior, la Atención Primaria, que es el nivel de atención que debe ofrecer una continuidad e integralidad en la atención sanitaria, se ha visto mermada. Los profesionales sanitarios estaban ya saturados antes de la pandemia. Las personas que viven en residencias debían tener un médico de familia responsable de su atención, sin embargo, en muchos casos, no se realizan visitas de los residentes a los centros de salud, ni de los profesionales del centro de salud, médicos y enfermeras, a la residencia. En cuanto a la atención por especialistas, las personas que vivían en residencias sufrían los mismos retrasos en la asistencia que el resto de la población. Retrasos importantes en la atención, y menos tiempo por paciente. El tiempo de espera para recibir atención se duplicó en los últimos doce años. En esos años, el número de personas que recurrían a contratar un seguro sanitario privado aumentó un 50%. Durante la pandemia, la falta de personal en el sistema sanitario se agravó por las bajas laborales y la sobrecarga de trabajo. Esta situación fue más dramática en las residencias, ya que parte del escaso personal sanitario con el que algunas de ellas estaban dotadas decidió dejar sus contratos para buscar trabajo en los servicios de salud, donde ofrecían mejores condiciones salariales relativas.

En **la Comunidad de Madrid las deficiencias sanitarias eran más marcadas**. Según el informe “La inversión social de las Comunidades Autónomas” de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España, 2023, Madrid destina únicamente el 3,7% de su PIB a gasto sanitario, siendo el porcentaje más bajo de las 17 comunidades autónomas, dos puntos porcentuales por debajo de la media. Cuando llegó la pandemia, los servicios sanitarios de la Comunidad tenían 2.000 trabajadores menos y 2.500 camas hospitalarias menos que en 2008.

En el mismo sentido, el Informe anual 2022 de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP, 2022) sobre los servicios sanitarios de las CCAA señala que los presupuestos sanitarios “son insuficientes para abordar los problemas detectados durante la pandemia y para recuperar la atención a los enfermos postergados durante la misma”. El número de médicos de Atención Primaria por cada 1.000 habitantes en la Comunidad de Madrid era de 0,65, la segunda posición por la cola de todas las CCAA. El número de profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes era de 0,50, el más bajo de todas las CCAA.

De la misma forma, el Informe de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria “Gasto sanitario público y salud en la Comunidad de Madrid”, muestra que el Gasto sanitario público gestionado por las Comunidades Autónomas, por habitante protegido, asciende a 1.769 euros para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y solo de 1.558 euros en la Comunidad de Madrid, situándose la segunda más baja en gasto sanitario público por persona. El informe también señala que el número de camas hospitalarias públicas en la Comunidad de Madrid era 1,85 por 1.000 habitantes, la segunda posición por la cola. Esto explica que, “cuando ocurren picos de demanda sea tan difícil gestionarlos ante la escasa holgura del reservorio de camas”. En el primer nivel asistencial la situación es peor: el gasto público en Atención Primaria supone el 11% del total, frente al 14,2% del SNS. Madrid es la comunidad autónoma que menos porcentaje dedica a estos servicios. Este es el nivel básico del sistema, que debe realizar tareas de prevención, diagnóstico precoz, promoción de salud y cuidados, y, como se ha dicho más arriba, debe ocuparse, en primera instancia, de la atención sanitaria de las personas ingresadas en residencias. Como consecuencia de la falta de dotación en Atención Primaria, se observa que el número de personas atendidas en urgencia aumenta “lo que significa que la puerta de urgencias se usa para casos más leves y posiblemente inapropiados”. Además, el porcentaje de gasto sanitario público externalizado a la gestión concertada o concesional privada alcanza el 18,2%, muy por encima del 8,8% del SNS.

Las deficiencias en la atención sanitaria pública se traducen en un mayor consumo de servicios a costa del paciente; el gasto anual de bolsillo por persona en sanidad asciende a 463 euros en la Comunidad de Madrid, el tercero más alto de las CCAA.

Según el último informe de UNESPA para 2022, un 40% de la población tenía seguro sanitario privado en la Comunidad de Madrid, el mayor de todas las CCAA, frente a una media española del 25,5%. En los últimos años estos porcentajes han crecido significativamente, como escape a las listas de espera y al deterioro en los centros sanitarios públicos.

Esta situación de falta de recursos, deterioro de la Atención Primaria, y escasez de camas hospitalarias, condicionó la respuesta inadecuada a la atención sanitaria en las residencias, a la que se sumaron las decisiones políticas y de gestión.

6º Falta de dotaciones y actuación de la Comunidad de Madrid en Salud Pública.

Otra de las cuestiones suscitadas en las comparecencias fue la **falta de previsión y preparación profesional** frente a epidemias. En efecto, si bien cuando aparece el COVID-19 no se era, ni se podía ser, consciente de la magnitud de la crisis que se acercaba, pues faltaba mucha información, lo cierto es que a finales de enero ya se podía ser consciente de la dimensión de la pandemia. Las informaciones de la OMS y de instituciones europeas ya eran suficientemente graves como para que hubieran sido adoptadas medidas generalizadas de prevención y formación, en ámbito nacional y autonómico, algo que no sucedió.

En la Consejería de Sanidad, la Dirección General de Salud Pública había sido objeto de **numerosos recortes de presupuesto y personal durante los últimos 20 años**. En marzo de 2020, 17 profesionales médicos, casi todos especialistas en medicina preventiva, eran responsables de las alertas epidémicas en toda la Comunidad de Madrid, con casi siete millones de habitantes. Estos 17 profesionales trabajaban en 11 áreas sanitarias y atendían las llamadas de investigación de cualquier brote epidémico en establecimientos sanitarios, centros sociales -incluyendo centros de día y residencias-, viviendas colectivas, escuelas, restauración, desde una infección toxico-alimentaria por salmonella en una boda a un brote de infección respiratoria en una residencia, un brote por sarampión en una escuela, o un brote por legionela en un hotel. Además, realizaban tareas de vigilancia epidemiológica ante enfermedades de declaración obligatoria, y establecían indicaciones sobre intervenciones preventivas oportunas: estudio de posibles contactos (por ejemplo, ante casos de tuberculosis), indicación de profilaxis antibiótica (por ejemplo, ante casos de meningitis meningocócica).

Hasta el 15 de marzo, los epidemiólogos de alertas epidémicas eran responsables de autorizar las pruebas de infección para detectar COVID-19 con la técnica PCR, que permitía confirmar los casos según protocolos de identificación, cuya versión inicial se publicó el 30 de enero. A partir de la declaración del estado de alarma, los profesionales de la Subdirección General de Epidemiología abandonaron la investigación de brotes y fueron asignados a labores de vigilancia y de elaboración de estadísticas sobre la pandemia.

Estos profesionales de alertas epidémicas estaban acompañados de otros profesionales de la Subdirección General de Epidemiología, que recogían y analizaban las estadísticas de casos de enfermedades de declaración obligatoria que se publicaban en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid y eran enviados al Centro Nacional de Epidemiología en el Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Sanidad.

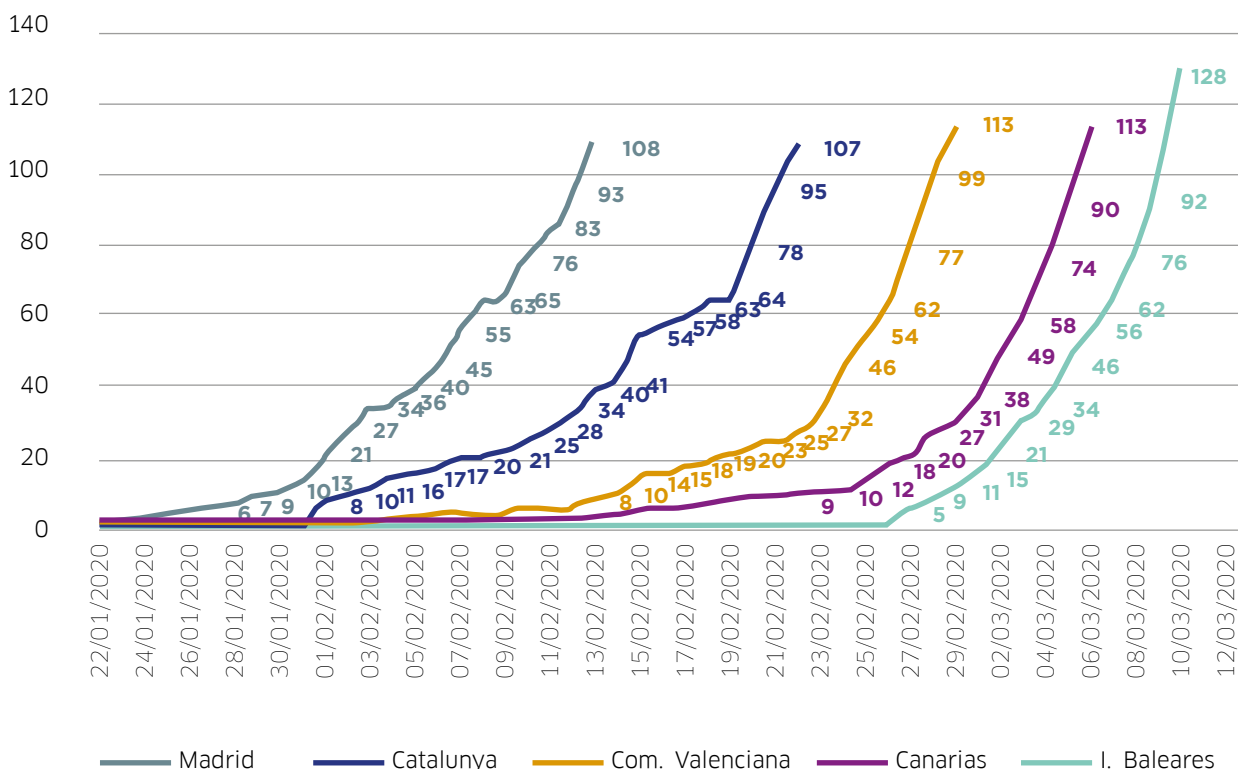
En este punto conviene dejar constancia de algo relevante: **la tardanza** de la Comunidad de Madrid **en activar el radar de vigilancia epidemiológica** y la inusitada **rapidez con la que se extendió la infección** en nuestra región.

Para describir la rapidez de la extensión de la infección COVID-19 en una población y comparar con otras poblaciones, se ha propuesto utilizar el tiempo que se tarda en detectar los primeros 100 casos de COVID-19.

La Figura 6 muestra la fecha en que se superaron los 100 casos notificados como diagnosticados o con síntomas compatibles con COVID-19, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de España (SiViES). Se observa que, en la Comunidad de Madrid, el 13 de febrero se habían notificado 108 casos sin que se activara el radar de la vigilancia epidemiológica. En el informe oficial de la Subdirección de Epidemiología de la Consejería de Sanidad (2020) se continúa afirmando que el primer caso fallecido por COVID-19 se detectó en la semana del 24 de febrero. Como se deduce de la declaración del doctor Manuel González ante esta Comisión, en esa semana ya se estaban administrando cuidados paliativos a personas con infección compatible de COVID-19 en residencias de mayores en el área de referencia del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, lo que indica que ya se había alcanzado la transmisión comunitaria.

Aun así, y en la medida que hemos podido comprobar, **no se iniciaron investigaciones de brotes en residencias** desde la Consejería de Sanidad en febrero ni en ningún otro mes de 2020 O 2021. Hemos confirmado esta afirmación con una pregunta al Portal de Transparencia. El único intento

FIGURA 6. Curvas ascendentes de casos de COVID-19 notificados en las cinco primeras CCAA que alcanzaron 100 casos



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de España (SiViES).

de investigación de brote por COVID-19 llevada a cabo por un profesional de alertas epidémicas de la Consejería de Sanidad al que hemos podido acceder ocurrió en la residencia Montehermoso. La epidemióloga de área se desplazó al centro el domingo 15 de marzo, después de registrar 16 defunciones en 72 horas. Como consta en su declaración ante la jueza que investigó la querrela de la familiar Rosa Ana Castillo, compareciente en la Comisión Ciudadana, esta profesional acudió personalmente a la residencia con autorización de su superior, constató la situación, propuso soluciones y envió un mensaje a sus superiores en la subdirección de epidemiología, con la intención de que fuera útil para tomar medidas de prevención y control en todas las residencias de la Comunidad de Madrid. No nos consta que sus superiores siguieran sus recomendaciones.

Según el SiViES, en Cataluña los 100 casos de COVID-19 se alcanzaron el 22 de febrero, en la Comunitat Valenciana el 29 de febrero, en las Islas Canarias el 5 de marzo y en Baleares el 10 de marzo. Las medidas de prevención y control que se tomaron en la Comunitat Valenciana, Baleares y Canarias consiguieron baja incidencia y baja mortalidad en esas CCAA, tanto en residencias (ver figuras previas) como en la población general (Islam, 2021). Sería importante investigar las actividades de prevención y control de COVID-19 que se llevaron a cabo en cada comunidad autónoma después de la detección del primer caso, puesto que ya se conocía que era un virus altamente infeccioso que causaba una infección respiratoria. A partir del 9 de marzo se dio a conocer en la prensa científica internacional que al menos la mitad de los casos de COVID-19 eran asintomáticos, pero este conocimiento tardó muchas semanas en aplicarse en las residencias de personas mayores.

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas es competencia de la Consejería de Sanidad. El Gobierno de la Comunidad de Madrid debería rendir cuentas sobre la inactividad de la Dirección General de Salud Pública durante enero y febrero de 2020 y la ausencia de prevención y control en las residencias durante esos meses y durante los meses anteriores a que fuese posible la vacunación.

V.2. LA GESTIÓN DE LAS RESIDENCIAS DURANTE LA PANDEMIA

María José Segarra, Fiscal de Sala para la Protección de Personas con Discapacidad y Mayores, declaró, en una entrevista publicada en Infolibre el 1 de octubre de 2021, que:

“*En las residencias se vulneraron derechos fundamentales de las personas mayores». Parte del grave impacto que sufrieron estos derechos fue sin duda consecuencia de un escenario no preparado para una crisis sanitaria como la de la pandemia de COVID-19. Reconocer esto puede matizar la responsabilidad de las Administraciones y las empresas por lo sucedido, pero no puede excluirla en todo caso*”

Esto es así porque, además del contexto desfavorable, la respuesta a la pandemia fue gestionada por quienes tenían competencia para ello, desde las Administraciones públicas y desde las mismas residencias. Las decisiones adoptadas al respecto sí tuvieron repercusión sobre la vida, la salud, la intimidad personal y familiar, la integridad física y moral, sobre el derecho a no ser discriminados, y sobre otros derechos personalísimos de residentes, familiares y trabajadoras de los centros geriátricos. En el caso de la Comunidad de Madrid, la excepcionalidad de su caso, certificado por el desproporcionado



número de muertes en comparación con el resto de España y de los países de la Unión Europea, obliga a revisar y cuestionar esa gestión, esas decisiones, al menos en aquellos extremos que pueden considerarse fundamentales.

Con este propósito, el Informe va a abordar los siguientes puntos:

- a.** Decisiones organizativas.
- b.** Información a los familiares.
- c.** Medicalización de las residencias.
- d.** Derivaciones hospitalarias.
- e.** Hospital de campaña en IFEMA.
- f.** Hospitales privados.
- g.** Otros recursos.

A. DECISIONES ORGANIZATIVAS

En este punto se abordarán las cuestiones siguientes:

- ▶ **Sobre la coordinación de la Comunidad de Madrid.** Cómo y cuándo se coordinaron las áreas competentes para atender las residencias de personas mayores, en especial cómo y cuándo intervino Protección Civil según el Plan Territorial de Protección Civil (Platercam).
- ▶ **Distribución de recursos técnicos destinados a preservar la vida.** Se incluyen todos los instrumentos y medios utilizados para proteger al personal, atender a los enfermos y gestionar las operaciones básicas de un sistema sanitario:
 - > equipos de protección individual (EPI), batas esterilizadas, guantes de látex, mascarillas FFP2, protectores faciales transparentes, resultaban imprescindibles para que el virus no pasara de los trabajadores a los residentes.
 - > respiradores: suministran oxígeno a los pulmones dañados, dando al organismo tiempo para que el sistema inmunitario responda a la amenaza. Son al mismo tiempo un alivio para el paciente y el umbral entre su vida y su muerte.
- ▶ **Organización interna** de las residencias. De personal, de funcionamiento, sectorialización, etc.
- ▶ La **gestión de las personas fallecidas.**

A.1. LO QUE DICEN LOS INFORMES

▶ **Sobre la coordinación de la Comunidad de Madrid**

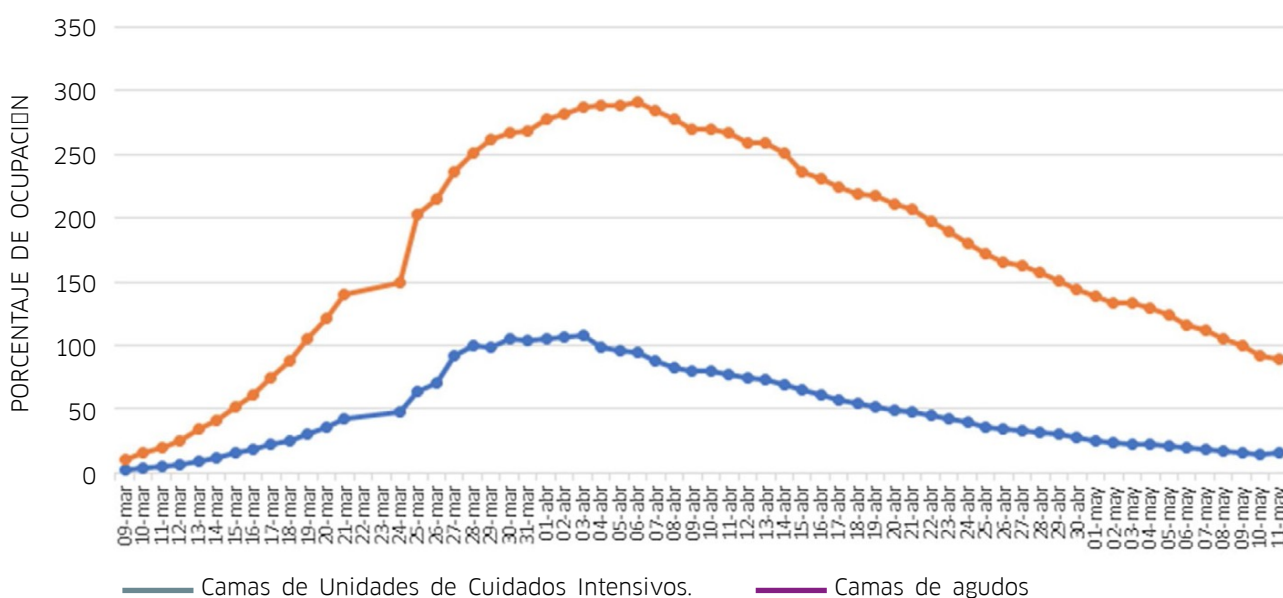
La gestión de las camas hospitalarias tuvo un papel central en el acceso a la atención hospitalaria de las personas mayores que vivían en las residencias. Según consta en la Memoria de 2020 del SERMAS 2020 (pág. 68), “La actividad de Transporte Sanitario en la Comunidad de Madrid

incluye el Urgente, el no Urgente y el Intercomunitario. La gestión de esta prestación la realiza el SUMMA 112 y su ejecución es llevada a cabo por empresas de transporte”. En el mismo documento (pág. 69), se indica que el día 7 de marzo se inició la Gestión Centralizada de las camas hospitalarias en la Consejería de Sanidad. Esta Gestión Centralizada fue apoyada más adelante por la Mesa de Gestión de los Traslados Intrahospitalarios (pág. 69).

Según consta en el Informe de Amnistía Internacional (2020, p.32), el 26 de marzo la Comunidad de Madrid (la Consejería de Justicia, Interior y Víctimas) estableció, en el marco de las actuaciones del Plan Territorial de Protección Civil de la Comunidad de Madrid (Platercam), un Plan de Apoyo a las Consejerías de Sanidad y Políticas Sociales para la actuación en las residencias madrileñas más afectadas por la pandemia. Adviértase que este Plan de Apoyo a las residencias se inició el 26 de marzo, cuando el porcentaje de ocupación hospitalaria ya crecía a un ritmo más lento que en la semana anterior, lo que indicaba la estabilización de la incidencia y se acercaba la fase descendente de la curva epidémica.

De acuerdo con los datos de Condes y Arribas (2021), tal y como muestra la Figura 7, la ocupación por pacientes de COVID-19 era el 9 de marzo menor al 5% de las camas de agudos y al 10% de las camas de cuidados intensivos. La máxima ocupación de camas de cuidados intensivos se alcanzó en la primera semana de abril y para entonces ya se había estabilizado la ocupación de camas de agudos, cuya tendencia al alza se modificó el 25 de marzo.

FIGURA 7. Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias en la Comunidad Autónoma de Madrid por pacientes con confirmación o sospecha de COVID-19



Fuente: Condes, E. y Arribas, J.R. (2020).



En el marco de este Plan de Apoyo a residencias, iniciado el 26 de marzo de 2020, se producían reuniones diarias de coordinación entre la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria, la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, la Agencia de Seguridad y Emergencias-112, el SAMUR, Médicos Sin Fronteras, Ayuntamiento de Madrid y el Cuerpo de Bomberos. Estas reuniones diarias evaluaban la información disponible sobre la situación de las residencias, y en ellas se decidía qué centros concretos visitar al día siguiente y qué tipo de acciones emprender en cada uno de ellos. Estas acciones podían consistir, por un lado, en “reconocimientos ligeros” llevados a cabo por la Unidad Militar de Emergencias (UME), el Cuerpo de Bomberos de la Comunidad de Madrid, las Policías Locales y Protecciones Civiles, que mapeaban las necesidades de los centros y recababan datos básicos del estado de la residencia. Por otro lado, “reconocimientos pesados” llevados a cabo por un equipo multidisciplinar de Bomberos, Policía Municipal, Sanitarios, Políticas Sociales, Cruz Roja, Médicos Sin Fronteras y Protección Civil, donde además de una inspección más en profundidad se llevaban a cabo trabajos de aislamiento, compartimentación de casos sospechosos, desinfección y planificación de las medidas sanitarias que al día siguiente debían implementarse, como traslados, incluyendo derivaciones a centros hospitalarios o tratamientos. En total, se llevaron a cabo 471 reconocimientos ligeros y 286 reconocimientos pesados.

Estas intervenciones del Platercam solo fueron autorizadas a partir del 26 de marzo y tuvieron una intensidad muy limitada. Las residencias continuaron sin recibir personal asistencial sanitario. Con numerosas bajas de profesionales sanitarios y de trabajadoras de atención directa, que la presidenta de la Asociación Madrileña de la Dependencia (Amade) situó en el 30% durante su declaración jurada en sede parlamentaria (pág. 17.951), y con escasa recepción de equipos de protección personal, batas, mascarillas o guantes.

Muchas trabajadoras tuvieron que continuar utilizando para protegerse bolsas de basura y mascarillas de fabricación casera hasta mediados de abril.

► **Sobre la distribución de recursos técnicos para preservar la vida**

Durante los primeros días de la crisis, la escasez de medios en las residencias de ancianos de Madrid eliminó la única barrera preventiva conocida, poniendo en riesgo tanto a los pacientes como a los cuidadores.

Según se desprende del Informe de Amnistía Internacional (2020, p.24): “durante el pico de la pandemia el personal de las residencias no contó con la protección adecuada ni acceso oportuno a los test, lo que produjo contagios y dificultades para poder implementar las directrices que se recibían de las diferentes instituciones (cuando estas eran adecuadas), colocándolas en una situación de vulnerabilidad... Esa falta de protección también supuso un gran número de bajas de personal, lo que ha tenido un impacto en el cuidado de las personas mayores en residencias y en la gestión de la atención sanitaria... Durante todo marzo, la falta de medios adecuados y suficientes fue prácticamente absoluta en la mayoría de las residencias en Madrid”.

En la comparecencia ante la Comisión de investigación de la Asamblea de Madrid sobre la situación provocada por el coronavirus en las residencias de la región, el sr. Eduardo Esteban, gerente de la empresa Transamed, con un preacuerdo para la ‘medicalización’ de las residencias, afirmó que encontraron residencias de ancianos en las que no había mascarillas, y

cuyos empleados se cubrían con bolsas de basura. «A nosotros nos dijeron que entráramos sin epis para dar aliento. Y no fue solo el primer día... Tuvimos que conseguir los epis de IFEMA».

► **Sobre el personal y la organización interna de las residencias**

A partir de los contagios, se produjeron numerosas bajas de personal en muchas residencias, afectando también al cuidado de residentes. Durante los periodos críticos no había equipo médico sanitario habitual en la residencia por estar de baja o no funcionar de manera presencial, el personal estaba sobrepasado y, como consecuencia, el derecho a la salud se vio vulnerado por la falta de recursos, calidad y accesibilidad.

Por otro lado hay que hacer constar que el sector del personal técnico auxiliar está altamente feminizado y precarizado, lo que, sumado a las condiciones de riesgo en un contexto de crisis, supuso que personas llamadas para hacer sustituciones no estuvieran interesadas en realizarlas. Fue muy complicado contratar personal nuevo y, en muchos casos, los reemplazos no estaban cualificados para dar la atención adecuada a personas residentes (Comas y Bofill, 2022).

En relación con los recursos humanos, la Memoria de la Fiscalía de la Comunidad de Madrid 2021 (correspondiente al ejercicio 2020) afirma lo siguiente:

“ En cuanto a los problemas de recursos humanos, las dificultades no solo vinieron como consecuencia de las bajas producidas durante la pandemia -esas, con medidas de diversa índole, se fueron solventando-, sino que se produjeron por la inadecuada dotación de origen de unos centros que no estaban diseñados para atender sanitariamente a sus usuarios. Se observó, en general, que las posibilidades reales de que un enfermero o un doctor visitara diariamente a los usuarios eran reducidas, por lo que la capacidad de reacción del sistema dependió mucho del tiempo que medió entre la aparición de los primeros síntomas y el desarrollo de la enfermedad ” (pág.190)

A pesar de los avisos, muchas residencias no se proveyeron de material necesario ni adoptaron protocolos de contingencia.

En relación con los planes de contingencia, la Memoria de la Fiscalía indica que existían en el 99% de las residencias denunciadas (pág. 187). Pero, según su Lección aprendida 1, los planes se deben revisar, hacer resúmenes ejecutivos y formar al personal para que sean realmente aplicables y eficaces, dando a entender que no lo fueron.

En Madrid, Amnistía Internacional constató cómo la dirección de diversos centros residenciales postergó el uso de las mascarillas hasta finales de marzo, para no crear preocupación entre los residentes.

Muchas decisiones organizativas (protocolos y planes de actuación...) no pudieron llevarse a cabo por las características propias de las infraestructuras, por falta de personal, de material, de medios de apoyo. De hecho, la Fiscalía de Madrid subrayó los problemas para sectorizar por



inadecuación de instalaciones y problemas de clasificación, los problemas en la distribución equitativa de test disponibles y el aumento de contagios debidos a la movilidad del personal (entre zonas, entre centros).

► **Sobre la gestión de las personas fallecidas**

Después de recoger a los muertos y sacarlos de las residencias, pasaban a ocupar otro espacio peculiar creado en esta época: el Palacio de Hielo. Se trata de un complejo comercial, situado también en el distrito madrileño de Hortaleza. Con esta medida se pretendía descongestionar los tanatorios de los hospitales, residencias de ancianos y funerarias de la ciudad. Del 23 de marzo al 22 de abril de 2020, se colocaron cinco largas alfombras sobre la pista de patinaje, para albergar los restos de 1.146 personas fallecidas. El personal del ejército y los bomberos trasladaron los cuerpos de muchos de los ancianos fallecidos en residencias de ancianos.

Los familiares de los residentes fallecidos recibieron la notificación de que sus seres queridos ya no estaban allí sólo después de que se hubieran retirado los cadáveres. El proceso de notificación a los familiares no sólo se retrasó, sino que se hizo de forma desorganizada (Rubio, 468).

A.2. LO QUE DICEN LOS TESTIGOS

► **Sobre la coordinación de la Comunidad de Madrid**

Desde los primeros días de marzo, se pedía información desde las residencias a la Comunidad de Madrid, pero sin respuesta.

En su comparecencia en la Asamblea y bajo declaración jurada, la presidenta de la Asociación Madrileña de Atención a la Dependencia (Amade), **Pilar Ramos González**, declaró textualmente:

“*Nosotros estuvimos reuniéndonos ya antes del estado de alarma; de hecho, mantuvimos alguna reunión –juntos, ¡eh!– todas las patronales, en este caso, con Sanidad y con servicios Sociales, y ahí ya se nos manifestó que la situación que estaba viniendo era de un estado de guerra y que, al final, teníamos que ser muy conscientes de que la situación en las residencias..., pues lo que es una política de guerra, y estas son palabras mías, ¿eh?, no quiero... Pero, al final, la gente más joven sería la más atendida y la gente mayor...*

Y en esta relación, yo creo que todo el sector conocemos –a lo mejor por este lado sufridor que tenemos siempre en las residencias, que al final lo teníamos muy claro– que nuestra atención en los hospitales no iba a ser la prioritaria¹⁰”

¹⁰ Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid, 13 de Noviembre de 2020, página 17587.

La médica epidemióloga asignada a la residencia Montehermoso a partir del 8 de marzo dijo lo siguiente en su declaración ante la jueza que investigó la causa sobreseída, según transcripción del forense:

“ V.I. le preguntó (1h 58'34") sobre **qué** se pudo haber hecho en ese momento, qué no se hizo nunca y qué se hizo pero tarde. Respondió que se debería haber acudido al lugar con personal sanitario, haber realizado una evaluación precisa y detallada sobre qué personas podrían tener síntomas y cuáles no, una toma de PCR masiva y desde luego inmediata a todos los que tuvieran síntomas así como haber tratado a quienes tuvieran síntomas porque en esos días ya comenzaban a postergarse los traslados, el 11 MAR ya tenían cuatro pacientes con más de 24 horas esperando a ser trasladados y estando muy enfermos (ver correo electrónico folio 914 reverso) y que fallecen enseguida. Otros fallecieron en la residencia esperando el traslado al hospital, y **“esto no debería haber ocurrido”**. Dice que ella, o Salud Pública, no debería haberse personado en MH el 15 de marzo sino el 8 de marzo ”

En su comparecencia ante la Comisión que elabora este Informe, **Pilar Torres**, trabajadora de la residencia Parque de los Frailes, destacó dos cosas:

“ Al principio no se sectorizó el centro; la dirección no quería hacer nada sin orden de la Comunidad de Madrid ”

“ La UME vino a la residencia el 23 de marzo, pero no la dejaron pasar porque no tenía el permiso de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid ”

El entonces consejero de Políticas Sociales, **Sr. Alberto Reyero**, en su carta de 11 de abril de 2020 dirigida al consejero de Sanidad, reconoce que el mando único en centros residenciales establecido el 26 de marzo fue una buena decisión que está funcionando bien en muchos aspectos. Sin embargo, añade que se mantienen importantes lagunas en la atención a las personas mayores que viven en las residencias: *“Me refiero al imprescindible apoyo sanitario en residencias (la medicalización), y a la escasa derivación hospitalaria de sus usuarios”*. Y pone en duda la gestión y coordinación del Gobierno madrileño de este modo:

“ Durante estos días he revisado cómo se está organizando la atención sanitaria en centros residenciales en otras CCAA, como consecuencia de la crisis del COVID-19 y me ha sorprendido encontrar ejemplos mucho más eficaces que el nuestro, no dejando a su suerte a Políticas Sociales sino mediante la implicación directa de Sanidad. Me refiero a la Comunidad Valenciana y a Andalucía ”



La relación del Gobierno autonómico con los gobiernos municipales también ofreció fallos considerables. Se deduce sin duda de la carta que envía el alcalde de Alcalá de Henares, **Javier Rodríguez Palacios**, al consejero de Sanidad, el 24 de abril. En ella le reprocha que, a pesar de haberle mostrado por carta en fecha 1 de abril su preocupación por la situación de las residencias del municipio, con enormes carencias de material, no solo nadie contestó sino que nadie informó de la altísima mortalidad acaecida en las mismas, a pesar de que las cifras eran conocidas desde hacía semanas por la Consejería.

Tampoco fue fácil el trabajo para organizaciones como Médicos Sin Fronteras. Así lo relata **Miriam Alía** (coordinadora, de marzo a mayo, de la respuesta de MsF en Madrid):

“Nosotros sobre todo tuvimos problemas para entrar en los hospitales, porque no estábamos autorizados a visitar los hospitales, ni dar apoyo ni donaciones si no había una aprobación de la Consejería de Sanidad. Cuando ya tuvimos un acuerdo con dos hospitales, tuvimos muchos problemas para mantener la actividad porque el perfil de paciente que nosotros podíamos atender tenía que ir a Ifema. En cuanto a las residencias, **nosotros nos pusimos a disposición de la Consejería de Sanidad primero, pero realmente no nos pidió nada**. Nos costó explicar qué podíamos hacer. Nosotros no podíamos hacer tratamiento, no podíamos hacer clínica en las residencias, porque no estamos autorizados para ello. Podíamos hacer formación, podíamos hacer sectorización y podíamos hacer todo lo que es prevención y control de infección. Es decir, evitar que los pacientes, residentes y trabajadores se contagiaran. Tuvimos que hacerlo a través de la Platercam porque ninguna de las residencias con un concierto con la Comunidad de Madrid nos llamó mientras no estuvimos en la Platercam”

► Sobre la distribución de recursos técnicos para preservar la vida

Lo siguiente son algunos **extractos de las declaraciones de familiares y trabajadoras de las residencias** efectuados en las Jornadas de Comparecencias.

- > “No había medios para hacer frente al plan de contingencia” (Rosa Serna).
- > “Estábamos sin material, o este era de muy baja calidad” (Nandi Gutiérrez).
- > “El material nos lo proporcionaron las organizaciones sociales”.
- > “Nuestras Epis las fabricábamos con bolsas de basura” (Pilar Torres).
- > “Al principio nos prohibieron llevar mascarilla porque no querían que alarmáramos a los residentes” (Nandi Gutiérrez).
- > “El 17 de marzo el médico obliga a las auxiliares a quitarse las mascarillas que las trabajadoras y trabajadores llevaban de su propia casa, decían que se asustaba a las personas residentes y que se tenían que quitar las mascarillas” (M.^a Jesús Valero).

- > “Hay un documento del Comité de Riesgos Laborales en el que nos comunican que hay menos personal, que no se cubren las bajas, que no hay refuerzos de limpieza, y que la desinfección de la residencia es prácticamente nula (M.^a Jesús Valero).
- > “Fueron los familiares los que el 22 de marzo llamaron a la UME para la desinfección” (M.^a Jesús Valero).
- > “Veías en el vídeo que te enviaban que no había ninguna medida de seguridad” (Mercedes Huertas).
- > “La gente de la limpieza no tenía Epis, ni prácticamente ningún medio de seguridad. Las auxiliares sí, una bata para un mes” (José Antonio Torres).
- > “Los atendíamos como podíamos, pero iban muriendo. Morían los pobres sin absolutamente nada. Oxígeno no teníamos. Oxígenos en las residencias solo existen los aparatos estos caseros que van por luz, y están destinados a la persona que lo necesita. Los residentes que tienen una patología de pulmón y lo tienen pautado, ese es el que lo tiene. Y es personal de cada uno, como pasa en las casas” (Pilar Torres).
- > “Al principio tampoco se daban mórficos, con lo cual la gente ha muerto de una manera muy angustiosa. Y luego solos, sin saber qué pasaba” (Nandi Gutiérrez).
- > “Ya no es que le des la mano [al morir], es que no teníamos ni siquiera un mórfico para ponerles, para que se relajaran y se fueran tranquilos. Es que se morían agarrados a las barandillas de la cama intentando respirar” (M.^a Ángeles Maquedano).
- > “Cuando salió mi madre me abrazó y me dijo, ‘hija, ¿tienes una galleta que tengo mucha hambre?’ Que había estado muchos días sola en la habitación, que no sabía que pasaba pero que no le daban de comer. Bueno, espantoso. Mi madre, cuando la pesaron allí, pesaba 40 kilos” (Concha Quirós).

Alberto Reyero, en la primera carta que escribió a su homólogo y consejero de Sanidad Ruiz Escudero, el 31 de marzo, formula una petición (en sus palabras) “casi desesperada”:

“Necesitamos contar con suficientes pruebas de detección del COVID-19. Sin ellas es imposible tomar decisiones correctas en las residencias. En el caso de los usuarios es fundamental para aislar correctamente desde el primer momento a usuarios positivos de negativos. Y en el de los trabajadores, lo es para ser capaces de contar con todos aquellos que son negativos, aunque estén pasando una cuarentena en sus domicilios”



Mirian Alia (MSF), en su comparecencia ante esta Comisión, describe sus visitas a las residencias y cómo se encuentran con::

“ Una falta de material de protección, pero también una falta de material de tratamiento de casos. Por ejemplo, falta de oxígeno. El oxígeno era una cosa esencial en el tratamiento de COVID-19 y también en los cuidados paliativos porque forma parte del protocolo de cuidados paliativos ”

Y añade:

“ Otra de las cosas que vimos es que, como no podían derivar a los pacientes, intentaban hacer cuidados paliativos. Pero cuidados paliativos tampoco se pueden hacer si no tienes recursos humanos cualificados y no tienes recursos materiales. Cuidados paliativos no son perfusiones de morfina. Cuidados paliativos incluye oxígeno, para que las personas que estaban en fase terminal y tenían una infección respiratoria y dificultad respiratoria, no se mueran asfixiados. Incluyen una serie de cuidados de enfermería, que no se podían dar porque no tenían personal suficiente, y tenían muchísimas personas enfermas. Y también incluyen el entorno familiar y el apoyo psicosocial ”

► Sobre el personal y la organización interna de las residencias

Declaraciones de **familiares y trabajadoras** de las residencias ante esta Comisión:

- > “El Plan de Contingencia no era dado a conocer a los trabajadores.. Si yo tengo un Plan de Contingencia, y no lo traslado a los trabajadores, no me vale. Era un Plan muy bonito para darle a la Comunidad de Madrid, y luego no lo pongo en marcha y no hago formación a los trabajadores. Entonces al final el trabajador hace lo que puede, como puede, porque no hay formación. No ha habido formación, ni por parte de Prevención ni de los centros” (Rosa Serna).
- > “Hasta el día 7 de marzo, la vida en la residencia fue absolutamente normal” (José Antonio Torres).
- > “Del 8 al 15 nos estuvieron diciendo que estaba todo muy bien, que estaba todo controlado, que no nos preocupáramos. Que había 4 o 5 casos de COVID-19, pero que todo estaba bien. Esa es la información que nos daban. Hasta que la trabajadora que nos daba la información se desmoronó en un momento determinado, el sábado [14 de marzo], y a una de las familiares le dijo que ya no podían más, que había muchas personas infectadas y que había cinco fallecidos” (Rosa Ana Castillo).
- > Cuando al principio se empezó a aislar a las personas hubo un caos tremendo porque como además no hacían test, a no ser que estuvieran muy malos, se

aislaba a las personas por sintomatología. Tu tosías dos veces y te mandaban al módulo de aislamiento. Que podía ser eso y podía que no, que fuese un catarro o una alergia. Y esas personas, como además eran habitaciones de dos personas, se contagiaban con COVID-19. Así como había en otros módulos personas que eran asintomáticas, y como no tenían síntomas seguían en los módulos normales, y claro, contagiaban a los demás. El 6 de abril, cuando llegó la UME, fue cuando empezó a hacerse las pruebas de test. Y dejaron de utilizar las zonas comunes porque se seguían utilizando. Y entonces nosotros también recibimos los EPIs. Y una desinfección de la residencia” (Elvira García).

- > “Lo que más recuerdo de la pandemia es la tremenda desorganización que tuvimos en la residencia (M.ª Ángeles Maquedano)”.
- > “Lo que recuerdo es eso, un caos, muy poca desinfección, muy poca limpieza, la ropa de residentes, residuos, este tipo de cosas. estaba muy mal gestionada” (Nandi Gutiérrez).
- > “En los días, semanas previos al cierre, no hubo prácticamente nada de formación para los trabajadores; alguna reunión muy genérica, nada más” (Nandi Gutiérrez).
- > “La empresa sabía lo de la pandemia, pero no invirtió nada, lo que propuso fue una prevención a coste cero” (Pilar Torres).
- > “Lo que vi fue un personal sobrepasado: solos, no sanitarios, sin formación, sin material, sin número suficiente, con sensación de culpabilidad... no sabían si estaban haciendo las cosas bien y no tenían material suficiente. No sabían cómo hacerlo mejor tampoco. Se sentían muy solos” (Miriam Alía).
- > “De unos 200 trabajadores, creo recordar que 78, 79 trabajadores cogimos el virus. Y claro no había nadie, no había gente que pudiera ir a sustituirnos. Entonces aquello fue un caos” (Pilar Torres).
- > “Ese mismo día empieza a haber una dimisión de trabajadores. Algunos se cogían excedencias, otros le comunicaban a la empresa: ‘Me voy, no aguanto esto más’. Ya empezaban a mandarles cosas que no eran de su profesión, nuevas funciones que tenían que hacer. Ya empezaban en los hospitales a necesitar más gente, se cobraba muchísimo más, y decían: ‘Me voy de aquí’, porque veían el caos que era aquello, que no tenía lógica ninguna” (José Antonio Torres).
- > “No hubo prácticamente información interna y ni protocolos internos de funcionamiento. La mayor parte de la comunicación era a través de correos electrónicos, pero no tenían tiempo para mirarlos” (Nandi Gutiérrez).
- > “Fue una desorganización, un caos total. Se cambiaron las funciones entre los trabajadores que había. Falta de información para todos, para trabajadoras y para familiares... Se reorganizó todo el mobiliario, pero sin ninguna medida de seguridad” (José Antonio Torres).



- > “Las medidas de seguridad que se adoptaron por la dirección de la residencia, no se cumplieron desde el principio” (José Antonio Torres).
- > “Al principio no hubo ni separaciones ni prohibición de salir de las habitaciones. Después de que pasó la UME para desinfección (22 de marzo), sí” (José Antonio Torres).
- > “La plantilla estaba al límite. No había personal, unos se pusieron enfermos, otros se fueron a sitios mejor pagados, otros sencillamente dejaron el puesto de trabajo y se quedaron en casa. Solo había auxiliares, sin personal médico salvo excepciones. No se enviaron refuerzos” (Elvira García).
- > “Yo he llegado a dejar comidas un día y, al día siguiente, pasar a la habitación y estar la misma comida sin tocar porque no había nadie. Físicamente no éramos personas para atender a los residentes” (M^a. Ángeles Maquedano).
- > “El botón que nos dan, no sé si está desconectado. Allí tocas y no aparece nadie. Y pasa una hora, y pasan dos, y pasan tres. Yo estando en el sillón, que me movían con una grúa de la cama al sillón, hice mis necesidades. Y a mí se me pone al rojo vivo cuando yo tengo ahí algo. Bueno, yo a chillos, a chillos pedía que fueran a cambiarme. A chillos. Y ya pasó por allí una señora del servicio de limpieza, y entró y me dijo que qué me pasaba, digo que vengan, que me estoy muriendo. Esa señora fue a decirlo para que pudieran entrar a limpiarme” (Rosario Fernández Recuenco).
- > “Se mezclaron personas enfermas con no enfermas” (Esther Fernández).
- > “No los dejaron salir al jardín por falta de personal, aunque rechazaron el apoyo de una red de voluntarios” (Concha Quirós).

Eduardo Esteban, gerente de la empresa Transamed, contratada en teoría para la medicalización de las residencias, afirmó en la Comisión de investigación de la Asamblea de Madrid que las indicaciones de la UME a directores y trabajadores sobre cómo limpiar y aislar a los residentes enfermos *«no se cumplían en bastantes sitios»*.

► **Sobre la gestión de las personas fallecidas**

- > “Mi padre tenía seguro de decesos y Santa Lucía nos llama para decirnos que qué queremos: si esperar y que se incinere aquí en Madrid, que era su deseo, pero que no nos aseguraban qué iba a pasar con el cuerpo. Llamo a mi madre y le digo “¿mamá qué hacemos?”. Me dan una opción, que es mandarlo a Santiago de Compostela. Y mi madre sin dudarlo dice ‘que lo manden, prefiero que lo traigan algún día y no que ande por ahí. Y lo incineran el día de mi cumpleaños” (Mercedes Huertas).
- > “Me devolvieron las cosas de mis padres en cajas, pero había cosas que faltaban, y otras muchas no eran suyas. No me devolvieron sus alianzas... Sé que me dieron dos ataúdes, con dos pegatinas blancas, con los nombres de cada uno” (M^a Paz Villanueva Sanz).

A.3. CONCLUSIONES PRELIMINARES

Todos los informes que han abordado la situación estructural que encontró la pandemia en las residencias y todas las personas que han relatado la experiencia de gestión durante la crisis coinciden en dos cosas:

- La primera es que **el modelo residencial de cuidados está muy lejos de cumplir con los parámetros de calidad mínimos** que garanticen la protección de la dignidad y los derechos de las personas residentes. No cabe duda de que no todas las residencias son iguales, y que algunas cumplen las condiciones adecuadas, de instalaciones y personal, sobre todo si el residente tiene dinero para pagarlas; pero también es cierto que muchas otras no cumplen ni de lejos los requisitos mínimos de calidad, con consecuencias devastadoras, cuando vienen mal dadas, para las personas que las habitan.
- La segunda cuestión tiene que ver con la respuesta a la contingencia. Muchas residencias fueron **incapaces de reaccionar de forma adecuada** porque ya estaban al límite en condiciones favorables, en instalaciones, en recursos, en formación y número de personal, en capacidad organizativa, en actitud no institucionalizadora. Si a ello unimos una deficiente coordinación y gestión desde el Gobierno autonómico, resulta comprensible que muchas cosas no salieran bien.

Es necesario señalar, porque lo subrayan diversos estudios y la realidad lo ha demostrado, que ha habido una **relajación inadmisibles de los servicios de inspección de los centros geriátricos**, unos servicios que en la realidad son solo de carácter administrativo o formal, no de funcionamiento real. Es decir, la Unidad de Inspección está compuesta por personas sin formación adecuada, que solo verifican el cumplimiento de la normativa administrativa, pero que no se ocupan, por ejemplo, ni de supervisar el PIA (Plan Individual de Atención) de cada residente, ni el material ni la calidad del servicio.

También queda patente que la **mercantilización de las residencias** -la inmensa mayoría en manos de empresas no dedicadas a la gestión social- va en contra de una adecuada gestión de las mismas. Las empresas no plantean como su principal logro el bienestar de las personas mayores, su objetivo primero es el beneficio, pues se dedican a eso, es su esencia. Para que las cuentas de resultados sean mayores recortan en todo lo que pueden, en personal, en formación, en recursos, en buena gestión... Y no cabe duda que, con la llegada de la pandemia, si el músculo de gestión hubiera sido mayor, mayor hubiera sido el cuidado de las personas mayores durante la pandemia, es decir, menor el sufrimiento, la desatención y la muerte de muchas personas.

De los informes se deduce que, más allá del desbordamiento natural que supuso la crisis sanitaria, y a pesar de la entrega del personal que quedó a cargo de las residencias, la **mala organización y la imprevisión** de muchas de ellas provocó daños que pudieron ser evitados. El Tribunal Superior de Justicia de Madrid estimó la denuncia interpuesta por un trabajador, afirmando que la falta de equipo de protección lesionó la integridad física y moral del trabajador y constituyó un trato degradante¹¹.

¹¹ Sentencia Sección Quinta de la Sala de lo Social TSJM, de 16 de junio de 2020, f.j.2. También sentencia del Tribunal Supremo 1271/2020, de 8 de octubre de 2020.



Se argumentó que había **dificultad de contratación de personal**, lo cual es cierto. Pero hay que decir que el tipo de contratos ofertados y la duración eran poco atractivos. Con contratos de larga duración hubiera sido más fácil contratar personal. Recordemos que solamente un 47% del personal era fijo en el SERMAS, según la Memoria de 2020 de este organismo. La estabilidad y la remuneración son factores de atracción. Y estos profesionales eran y son necesarios, no solamente para hacer frente a ese pico de demanda, sino también después, en orden a mejorar la calidad de los servicios, disminuir tiempos de espera, etc.

Por lo demás, hay un asunto gravísimo que denunció el Sr. Alberto Reyero, tanto en las cartas al consejero, Sr. Ruiz Escudero, como en el libro que escribió sobre lo ocurrido: como las condiciones laborales de Sanidad para ir a los hospitales eran mejores que las de las residencias, médicos y enfermeras aceptaron ofertas para trabajar en los hospitales, en perjuicio de aquéllas. Es decir: no solo no se medicalizaron las residencias por parte de Sanidad, sino que en parte las "desmedicalizaron". Esto lo veremos más tarde.

A.4. LOS DERECHOS AFECTADOS

Es difícil establecer una relación causal directa entre la falta de anticipación y planes de contingencia, el reducido margen de maniobra para implementar las medidas de aislamiento, cuarentena y distancia, la falta de formación para utilizar las EPI (y la falta de EPI), la falta de organización, dirección y recursos humanos... (véase el Informe de Médicos Sin Fronteras, 2020, 35), los fallos o la ausencia de coordinación entre organismos e instituciones públicas y la vulneración concreta de los derechos de las personas residentes y sus familias. Sin embargo, esa relación existe. **La mala gestión impacta en todos los derechos** –vida, integridad física y moral, protección de la salud, intimidad familiar, seguridad laboral...– **que trataban de ejercerse en el contexto residencial**, los de los residentes y sus familiares y los de las trabajadoras.

La Consejería de Sanidad carecía de medios y recursos profesionales para hacer frente a la pandemia. Sin embargo, se podía haber trabajado de forma más eficaz utilizando los recursos disponibles en los meses de enero y febrero, cuando ya se sabía de la llegada de la COVID-19, contratando y formando más personal en la Dirección General de Salud Pública, identificando las residencias como el epicentro de la pandemia, investigando los brotes epidémicos que se produjeron a fines de febrero y primeros de marzo.

Muy especialmente, se pudo haber protegido a la población de residentes en esas primeras residencias afectadas, estableciendo medidas de prevención y control como las detalladas en el correo de la doctora Ana Zamora a sus superiores sobre la residencia de Montehermoso (ver V.D.2 de este Informe). En vez de hacer esto, se cerraron las residencias sin proveerlas de recursos, se interrumpieron las derivaciones hospitalarias y se dejó morir sin atención médica adecuada a miles de personas. Y todo esto se hizo para proteger a los hospitales probablemente a partir del 3 de marzo, fecha que cita el Sr. Martínez Peromingo en su comparecencia en la Asamblea de Madrid como fecha de la reunión de geriatras con el Sr. Carlos Mur:

“ Después de la reunión que tuvimos el día 3, a la que nos citó el señor Mur, en la dirección general, en el Edificio Sollube, para comunicarnos en parte que se iba a activar la medicalización de las residencias y que se iba a crear la figura del geriatra consultor y demás, le pusimos de manifiesto que había un grave problema de conocimiento de la situación para los centros ”. (Diario de sesiones 5 de marzo de 2021, pág. 23925)

Y con seguridad a partir del 7 de marzo, fecha en que se inicia la gestión centralizada de camas (SERMAS 2020, 69) y que marca el inicio del desplome de las derivaciones diarias desde las residencias a los hospitales.

B. INFORMACIÓN Y CONTACTO CON LOS FAMILIARES

“ Yo en esa época estaba en el módulo de válidos, los que son independientes, y se podía ver el terror en sus miradas, en su cara. Tú tenías un compañero que de pronto tosía cuatro veces, se lo llevaban, y ya no volvían a saber de él. No sabían si estaba vivo, si estaba muerto, si estaba en otro módulo. Entonces tosían por lo bajini. Tenían terror porque sabían que si tosían o tenían unas décimas de fiebre se los llevaban y no sabían ni adónde, ni a qué ni por qué. **Porque nosotros teníamos falta de información, pero ellos igualmente.** Personas 24 horas encerradas en una habitación, sin televisión, sin un libro que leer, sin una revista. Una tortura, vamos ”. **Elvira García**

En este punto se va a abordar:

- ▶ El **acceso a la información de los residentes y de sus familiares**, sobre su estado, tratamiento, evolución...
- ▶ El **contacto directo de los residentes con sus familiares**, a través de llamadas telefónicas o videollamadas, con el objetivo de evitar un mayor aislamiento, y con él, el sufrimiento de la incertidumbre y la inseguridad. Algo que cobra especial relevancia respecto de las personas con algún grado de demencia.

Los problemas de información y contacto surgen, lógicamente, cuando las autoridades impiden el acceso de los familiares a las residencias. Veamos la secuencia de cierre de los diferentes tipos de instalaciones, puesto que hay tres tipos de recursos diferentes: los centros de mayores, que son centros de ocio y socialización a los que acuden personas que no son dependientes; los centros de día, que dan apoyo asistencial y terapéutico a personas dependientes, y las residencias de mayores.

El sábado 7 de marzo se cerraron los centros de mayores (antes conocidos como “hogar del jubilado”), donde acuden personas que no son dependientes. La resolución de la Dirección General de Salud Pública justificó así la medida:



“Existen razones objetivas para la suspensión de la actividad de los citados centros como medida preventiva y de contención de la transmisión del COVID-19, debido a que la actividad de los centros de mayores en la situación de alerta sanitaria actual supone un grave riesgo de carácter inminente para la salud pública”

El domingo 8 de marzo se envió desde la Consejería de Sanidad una circular¹² a cada residencia con unas recomendaciones que incluían “restringir las visitas a las más estrictamente necesarias”. A partir de ese día casi todas las residencias prohibieron la entrada a los familiares.

Los centros de día, sin embargo, continuaron abiertos toda esa semana, entre el lunes 9 y el viernes 13 de marzo. Y ello a pesar de que las patronales del sector le pidieron al Gobierno madrileño su cierre para evitar contagios.

La mayor parte de los centros de día están junto a una residencia, en el mismo edificio o de forma anexa. No es infrecuente que compartan los mismos médicos y enfermeras. En algunos casos también son comunes los baños o la peluquería. Para el traslado desde el domicilio a los centros de día, la mayoría de las personas son recogidas en pequeñas furgonetas, de nueve plazas, donde comparten trayecto con sus compañeros. En definitiva, mantener abiertos los centros de día supuso el traslado de miles de mayores en transporte colectivo y su presencia en residencias donde comparten determinados servicios con los residentes que viven allí, con el riesgo de contagios que conlleva.

El Gobierno madrileño jamás ha explicado por qué decidió cerrar el día 7 los centros de mayores, alegando “un grave riesgo de carácter inminente para la salud pública”, y en cambio mantuvo abiertos casi una semana más los centros de día, con un riesgo sanitario que en ningún caso es menor. Para hacerse una idea de la dimensión del problema basta tener en cuenta un dato: cuando llega la pandemia hay en Madrid más de 14.000 plazas en centros de día.

Cuando se produjo finalmente el cierre de los centros de día, gran parte de su personal fue trasladado a las residencias colindantes. En esa situación se encontraban dos de las trabajadoras que testificaron ante esta Comisión, Pilar Torres y Rosa Serna, que trabajaban en el centro de día de Parque de los Frailes y Ensanche de Vallecas, respectivamente. Esta última, en su declaración, explicó: “El primer caso que hubo en la residencia fue a través del centro de día. Tuvimos un abuelito que se puso malo, la familia lo llevó a Urgencias. Nos llamó la familia y nos dijo que había dado positivo”.

B.1. LO QUE DICEN LOS INFORMES

El Informe del **Grupo de Trabajo del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030** destaca como un elemento crítico de la gestión de la pandemia los problemas de comunicación entre el personal de las residencias, las personas residentes y las familias. Existió falta de información hacia el interior y hacia el exterior, una carencia que tensionó enormemente las relaciones entre unos y otros, «dificultando la actuación y generando alarma».

¹² TELEMADRID: “Madrid limita las visitas a todas las residencias de mayores por el COVID-19”, 08 de marzo de 2020.

Según dicho Informe, «*el enorme esfuerzo realizado para la atención en los centros residenciales en un contexto como el descrito no siempre ha sido percibido positivamente desde el exterior*». Y no ha sido percibido así porque, si bien del esfuerzo de la mayoría de las trabajadoras y trabajadores no se duda, sí puede dudarse, con base en la experiencia real, de que la comunicación e información fuera correcta. Más bien al contrario, puede decirse que fue una de las grandes fallas de gestión de las residencias y de las autoridades autonómicas durante la pandemia. Carencia que impactó de forma dramática tanto sobre el derecho a la intimidad familiar de las residentes y sus familiares como sobre la integridad psíquica de las primeras.

Amnistía Internacional destaca en su Informe que al impedir desde el día 8 de marzo las visitas familiares, el único recurso de comunicación que quedó entre los residentes y sus familias fue el de las llamadas telefónicas o las videollamadas, recurso habitualmente mal organizado, limitado y frustrante, cuando no imposible si se trataba de residentes con demencia:

“*A tenor de las situaciones analizadas por Amnistía Internacional, muy pocas residencias implementaron un sistema de llamadas o videollamadas adecuado para compensar la falta de contacto físico con las familias*”

Esa incomunicación con los residentes, unida a la imposibilidad práctica de recibirla de las residencias, supuso que los familiares no pudieran tener información adecuada de la situación de sus padres y madres.

B.2. LO QUE DICEN LOS TESTIGOS

Algunas de las declaraciones escuchadas en las comparecencias ante esta Comisión:

- > “Cuando llega el confinamiento, tenemos información cero por la residencia. Las llamadas por teléfono no se nos cogen” (Esther Ortega).
- > “El 9 de marzo muchos familiares llegamos a las residencias, como cada día, y ya no nos dejaron pasar” (Mercedes Huertas).
- > “El 9 de marzo mi padre fue a visitar a mi madre, y ya no le dejaron entrar. Y ya nadie se ponía al teléfono” (Concha Quirós).
- > “A partir de ese 9 de marzo, los intentos de llamada para que nos den información de cómo está es caótico. Si logramos conseguir alguna vez que nos cojan el teléfono, es todo muy deprisa, “nada, estaros tranquilos que están bien... A partir del día 15, 16 de marzo empiezan a mandar algún vídeo por zoom” (Mercedes Huertas).
- > “No me dejaron entrar el día 8, aunque les llevaba comida y ropa a mis padres. Al final solo pude verlo a él, como favor y porque conocía a la chica de la entrada, y porque él no iba en silla de ruedas y pudo venir a la puerta” (M.^a Paz Villanueva).



- > “Imposible hablar con la residencia, no cogían el teléfono” (Concha Quirós).
- > “Tras el cierre, ninguna información, una sola persona en centralita, tranquilizando a quien llamaba, nada más”.
- > Los familiares nos organizamos, pero al principio no nos daban información; después supimos que nos habían mentido (había contagiados y personas fallecidas).
- > “Las trabajadoras han sido nuestros ojos y nuestros oídos. Y gracias a ellas supimos que a mi padre sí se lo habían llevado a las 24 horas a incinerarle” (M.^a Jesús Valero).
- > Al parecer en mi residencia dejaron llevarse a los familiares a casa, pero como no avisaron hubo quien no lo supo y no pudo hacerlo.
- > Sacaron de allí a gente, pero no se informó de que se podía hacer.
- > Fui sancionada por dar información, aunque los tribunales han fallado a mi favor. «La gente tiene mucho miedo a hablar, por si la sancionan» (trabajadora, Nandi Gutiérrez, técnica en cuidados auxiliares de enfermería).
- > “En esta residencia, supongo que en todas, yo solo conozco ésta, hay un oscurantismo, y en la pandemia más todavía, habitualmente lo hay” (Elvira García).
- > Me dijeron que le habían dado paliativos, pero no hubo consentimiento informado, ni del residente ni de la familia, que lo supimos después.
- > “Yo seguía llamando al móvil de mi padre. Y unos de los días que llamé a mediodía me lo cogió una persona, una mujer, le dije “soy la hija de Eduardo y de Paz”. Me dijo: “Te paso a tu padre”. Le dije: “Papá, soy yo, cuéntame qué pasa, que no puedo hablar contigo, que no me coges el teléfono”. Y solamente me dijo: “Ay no puedo, ay no puedo”. Y oí el golpe del móvil de haberlo tirado en algún sitio, no sé dónde. Y se apagó. Nunca se había quejado de nada. Jamás. Jamás. Jamás. Yo ya me imaginé que era lo que era” (M.^a Paz Villanueva Sanz).
- > “No podía sacarlo, no podía hacer nada, no podía hablar con nadie. En ningún momento me enteré de que se les podía sacar de la residencia. De haberlo sabido, los saco a los dos y me los llevo a casa. Luego me he enterado posteriormente. Y me estoy echando la culpa de ello, de no haber intentado ir allí con la Policía, con quien demonios sea para haberlos sacado, o intentarlo por lo menos. Pero la única información que tenía era la televisión, de una cadena a la otra, de una cadena a la otra” (M.^a Paz Villanueva Sanz).
- > “El [domingo] día 22 nos llama el médico y el psicólogo alrededor de las tres para decir que mi padre está muy grave, agónico, la última videollamada la tuvimos el viernes anterior, en la cual vimos esa cara de desesperación, que yo creo que los que teníamos videoconferencias las veíamos en nuestros familiares, de qué pasaba y que por qué, voy a decir una frase que mi padre siempre decía, que era que él no se quería morir por la noche sin ver a sus hijas por la mañana. Entonces aquella cara si que daba como ese

aspecto de decir dónde estáis, no quiero morir solo” (M.^a Jesús Valero).

- > “Pedí informes de las causas de la muerte de mis padres; no me los dieron. Me dijeron que los pidiera a la Comunidad Autónoma de Madrid. Escribí tres veces a la Comunidad, que finalmente envió los informes a la residencia. Cuando esta me los dio, los sobres estaban abiertos y la única información que había era sobre medicación y patologías previas” (M.^a Paz Villanueva Sanz).

B.3. CONCLUSIONES PRELIMINARES

Si hay algo fácil de entender es la absoluta necesidad de comunicarse con un ser querido cuando, en situaciones de crisis, este queda confinado en un espacio inaccesible; sobre todo si esa persona que está en situación de vulnerabilidad es tu padre o tu madre.

Las carencias y las dificultades descritas en el apartado anterior —personal, recursos, organización— repercutieron directamente sobre las posibilidades de comunicación con los residentes, por el propio personal de las residencias (diezmado) y por parte de sus familias. Los informes consultados y los familiares escuchados por esta Comisión resaltan esta dolorosa situación. Muchas personas mayores, muchas de ellas con alguna discapacidad, permanecieron confinadas en sus habitaciones sin ver ni hablar a otras personas durante días y días. Algunas tenían teléfono para comunicarse con los familiares, y la posibilidad de hacerlo con autonomía, la mayoría no.

Es comprensible la intención por parte de los centros de no preocupar sin motivo a las familias, pero lo que se deduce de muchos de los casos es que **la falta de información estaba dirigida a ocultar precisamente lo que estaba ocurriendo y las propias carencias para hacerle frente**. En muchos casos el acceso a la información se cortó de golpe y no se recuperó hasta meses más tarde.

En este contexto de prohibición a las familias llama la atención que el 22 de abril las cámaras de **Telemadrid tuvieron la posibilidad de entrar a grabar** en una residencia, concretamente la de San Juan de Dios en El Álamo. Y produce enojo observar que el equipo de televisión —que se graba a sí mismo tocando sin guantes de protección una barandilla en zona de protección roja— puede conversar con los residentes y entrar en cocinas¹³. Llama la atención el doble rasero que se tiene para valorar (mejor) la comunicación, al servicio del poder, y la información (peor), un derecho fundamental de los ciudadanos.

La angustia que vivieron los familiares en los meses de marzo y abril —sin esa información vital, sin posibilidad de llevarse a los padres a casa o al hospital, adivinando el sufrimiento que estos estaban pasando—, debería haber sido un motivo suficiente para replantear este aspecto del modelo de cuidados, así como las deficiencias estructurales del sistema. Y no vemos que, cuatro años después, esto haya sucedido.

¹³ TELEMADRID, “Telemadrid entra por primera vez en una residencia de ancianos en plena crisis del COVID-19”, 22 de abril de 2020.



Es preciso subrayar **la enorme importancia que tienen los familiares para las personas que sufren deterioro cognitivo y demencia**. Además de disponer de un apoyo extra de cuidados, para ellas resulta imprescindible mantener el contacto con los familiares y las personas que conocen, ya que, por su situación cognitiva, ni saben qué les está pasando, ni a qué se debe el radical cambio de hábitos que están experimentando, ni comprenden cómo seguir las medidas de seguridad.

Lo que resulta especialmente doloroso es que esa ausencia de transparencia, de accesibilidad a las personas internas y a lo que sucedía en las residencias, que en parte puede comprenderse por el momento de shock que supusieron las primeras semanas de la pandemia, se haya reproducido más tarde en las dificultades para obtener información de lo realmente sucedido en cada uno de los casos concretos en que se ha intentado.

B.4. LOS DERECHOS AFECTADOS

Tres son los derechos principalmente afectados por la situación que hemos descrito en este punto.

El primero, que se sirve como veremos enseguida de los otros dos, es el derecho de las personas mayores y con discapacidad a **no ser discriminadas** por su condición personal o social (art.14 de la Constitución española). Y esta discriminación existió precisamente por serlo y por estar residiendo en centros geriátricos cuya organización y dotación no era (y no sigue siendo) la adecuada. Se discriminó a los residentes en relación con su derecho a la integridad física y moral y en relación con la privacidad familiar.

Así es, el segundo de los derechos afectados es **la integridad física y moral** de los residentes (art.15 de la Constitución española). Ello es así porque la clausura de toda forma de comunicación con los familiares y las personas cercanas tiene un impacto extraordinario sobre las personas mayores, más aún si ya están en proceso de deterioro cognitivo o algún tipo de demencia. En estos casos, el deterioro que la falta de las relaciones cotidianas produce sobre ellas es intenso y doloroso.

En tercer lugar, se afecta de modo directo **la intimidad familiar** (art.18.1 de la Constitución española), que es el derecho a disfrutar sin interferencias de unas condiciones mínimas de privacidad con los familiares, condiciones necesarias para la garantía de la propia dignidad y el desarrollo personal. No cabe duda de que este derecho ha sido afectado por el impacto de la pandemia en las residencias, pero habrá que entender que también ha sido vulnerado en aquellos casos en los que razonablemente se puede afirmar que, más allá de las difícilísimas circunstancias de la crisis sanitaria, se debió estar en condiciones de garantizar un mínimo respeto a ese mismo derecho.

C. MEDICALIZACIÓN DE LAS RESIDENCIAS

“ Si ese personal sanitario se hubiera enviado a las residencias, hubiéramos estado en otra situación absolutamente distinta.

En muchos casos contar con la atención sanitaria, con los medios adecuados, no hubiera significado que se salvaran todas las vidas que nos hubiese gustado salvar. Eso es algo que no podemos negar. Pero seguro que podríamos haber salvado más vidas, y una cosa que también es muy importante, podríamos haber ayudado a personas a que murieran con dignidad. Muchas de las personas que fueron rechazada en las puertas de los hospitales acabaron murieron en una situación absolutamente indigna”

Alberto Reyero

En este punto se va a abordar la denominada “medicalización” de las residencias. Partiendo de que, si bien algunas residencias (las 25 públicas) incorporan una mínima atención médica, estas no son hospitales ni centros sanitarios, sino establecimientos de cuidados.

La dotación de las residencias es como la de un hogar. Es un lugar para residir. Facilitar alimentación, limpieza, cuidado, actividades culturales y de ocio. Algunas personas reciben medicación, como en casa; otras llevan oxígeno, como en casa. Algunas tienen que ser curadas, y acude un profesional de enfermería, como en casa. El hospital es otra cosa.

¿Cuál era la dotación sanitaria de las residencias? A las de menos de 50 camas no se les exige personal médico (25%). Las de titularidad y gestión pública tienen una “enfermería”, con médico y enfermero las 24 horas 7 días semana. El resto tienen una dotación variable: una enfermera en turno de mañana, tarde y noche; un médico, unas horas los cinco días entre semana...

La atención sanitaria “extrahospitalaria” a las personas ingresadas en residencia corresponde normalmente a los centros de salud y los equipos de atención primaria, a donde pueden acudir los pacientes (como desde casa), o que pueden ir a visitarles (como a su casa). Si el médico de familia considera que debe consultar a un especialista, o debe acudir a urgencias de su hospital, lo indicará. Si surge una urgencia por la noche, el personal de la residencia puede llamar a urgencias 112, o llevarlo al hospital (como haría un familiar desde casa).

Un primer problema respecto a esta cuestión es el propio concepto, ya que a priori se trata de algo jurídicamente indeterminado. **¿Qué significa “medicalizar” una residencia?** La existencia de ese problema lo confirman declaraciones de responsables del Gobierno madrileño asegurando que se habían medicalizado todas las residencias.

En autos del 21 y 27 de abril de 2020, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del **Tribunal Superior de Justicia de Madrid** (TSJM) adoptó medidas cautelarísimas, inaudita parte, ordenando a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid que, de manera inmediata, dotara a las residencias de mayores del personal sanitario necesario, así como de los medios precisos para desarrollar pruebas diagnósticas y cumplir lo previsto en la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo.



Así, en el auto que responde a la solicitud de medicalización de las residencias del Ayuntamiento de Alcorcón, se afirma lo siguiente:

“ La solicitud de medicalizar una Residencia debe entenderse en este marco normativo como una petición dirigida a la Autoridad Sanitaria autonómica competente para que adopte la decisión de «modificar el uso» de estos Centros en orden a «su utilización como espacios para uso sanitario», en todas o en parte de sus instalaciones, dotándolas de personal sanitario necesario (de atención primaria o atención hospitalaria o especializada extrahospitalaria, en su caso), y proporcionándoles, entonces, el material preciso para actuar sobre los residentes [...] «Medicalizar una Residencia de Mayores» puede considerarse lo que, en la propia Comunidad de Madrid y al amparo, sin duda, de las mismas normas que se han reproducido y que aquí interpretamos, se ha llevado a cabo de forma notoria y públicamente conocida en algunos hoteles de la capital y en el recinto ferial de IFEMA ”.

De este modo, el TSJM establece claramente, por la vía del ejemplo, lo que es la medicalización: **“medicalizar” es hacer lo que se hizo en IFEMA o en los hoteles medicalizados.**

Las únicas declaraciones conocidas afirmando que las residencias se habían medicalizado las realizaron la presidenta Díaz Ayuso y su consejero de Sanidad, sin aportar prueba alguna que respaldase su versión.

El 17 de marzo, al saltar a los medios los defunciones en la residencia Montehermoso, la presidenta de la Comunidad de Madrid declaró:

“ Nosotros, dentro de toda la red asistencial que tenemos dentro de la Comunidad de Madrid, **en su práctica totalidad están todas medicalizadas** [...] De hecho ya se han medicalizado, las que son públicas dependen directamente de la Comunidad de Madrid y lo están, así como las privadas concertadas. Lo que hemos hecho es trasladar equipos médicos a todas ellas y proteger sobremanera a los mayores ”.

En la misma línea, pero ya al final de la primera ola, el 12 de junio, el consejero **Ruiz Escudero** afirmó en la Asamblea de Madrid:

“ **¡Y claro que se han medicalizado!**, porque la medicalización es dar la respuesta asistencial según la necesidad que requiere casa residencia... Hay residencias que no hace falta medicalizar porque, por su organización, por su arquitectura, han permitido separar circuitos COVID-19 y no COVID-19; tienen médicos, tienen enfermeras, ¡tienen todo tipo de profesionales sanitarios!; sin embargo, en otras sí se ha tenido que reforzar —que es lo que se ha venido haciendo en muchas de ellas— la actuación y el seguimiento por parte de los profesionales de Atención Primaria y también de los geriatras de enlace ”.

Este punto es especialmente relevante, pues la justificación de prohibir la derivación de pacientes desde residencias a hospitales es que recibirían la misma atención hospitalaria, pues las residencias estaban medicalizadas.

No se trata sólo de que Díaz Ayuso y Escudero no aportasen ninguna prueba de lo que afirmaban, es que **medicalizar las residencias fue literalmente imposible después de la decisión** que adoptó el Gobierno madrileño de enviar al personal sanitario que tenía disponible al **hospital de campaña de Ifema**, y no a los centros residenciales.

Recordemos las palabras del **Tribunal Superior de Justicia: medicalizar una residencia es dotarla “del personal sanitario necesario” y proporcionarle el material preciso**. En una situación de emergencia como la que se vivía en todo el mundo a principios de marzo de 2020, **¿podía encontrar el Gobierno de Madrid ese personal sanitario? La respuesta es que sí porque habían cerrado los servicios de atención rural (SAR) y centros de urgencias de Atención Primaria (SUAP), de forma que todo ese personal médico y de enfermería estaba disponible para ir a las residencias. Pero no fue allí donde lo enviaron, sino al hospital montado en IFEMA.**

Así lo indicó el propio Gobierno de Díaz Ayuso en una nota de prensa difundida el 7 de abril de 2020:

“ *Más de 1.000 profesionales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, centros de salud, consultorios locales y Servicios de Atención Rural, forman parte del personal del Hospital temporal que ha instalado el Gobierno regional en IFEMA, prestando atención sanitaria a los pacientes con coronavirus (COVID-19) que ingresan en el recinto*

En concreto, participan en esta instalación hospitalaria 330 enfermeras de Familia, 216 médicos de Familia, 236 Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), 220 celadores y un equipo coordinador de la Gerencia de Atención Primaria para la planificación y atención de los sanitarios¹⁴”

En lugar de una medicalización de las residencias, lo que puso en marcha el Gobierno madrileño fue lo que se conoció como Operación Bicho, que consistió en un operativo de cuatro ambulancias que llevaron algún material a las residencias, durante un periodo de doce días (entre el 26 de marzo y el 6 de abril). En ningún caso supuso llevar personal médico a los centros residenciales.

No solo no medicalizó las residencias, sino que el Gobierno de Díaz Ayuso llegó a ordenar incluso que los centros de salud no atendieran las llamadas de las residencias, como consta en el mensaje enviado por el director del Centro de Salud Segovia a los médicos de este centro, el día 25 de marzo, con prioridad alta y asunto “Residencias de ancianos y COVID-19”:

¹⁴ Más de un millar de profesionales de Atención Primaria integran la plantilla del Hospital temporal de la Comunidad de Madrid en IFEMA. <https://www.comunidad.madrid/comunicado/2020/04/07/millar-profesionales-atencion-primaria-integran-plantilla-hospital-temporal-comunidad-madrid-ifema>



“ *Cualquier cuestión relativa a la necesidad de hospitalización de un residente en estas instituciones, necesidad de atención sanitaria de alguno de sus usuarios, dotación de material, etc., será gestionada desde el hospital o desde la Dirección Asistencial, Y NUNCA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.*

Todo el suministro de material relativo al COVID-19 para servicios sociosanitarios es responsabilidad del "Geriatra de referencia de la FJD". El responsable en nuestro área de las cuestiones relativas a Residencias de ancianos es D. Carlos Mur.

En caso (y sólo en este caso) de que la situación en una residencia fuera caótica, como aquellas que aparecen estos días en las noticias debemos avisar a los responsables de continuidad asistencial de la FJD (Teresa de la Hueriga -enfermera-, Jorge Short -médico) ”

C.1. LO QUE DICEN LOS INFORMES

El Informe de **Amnistía Internacional** dice llanamente que la medicalización no sucedió:

“ *Además de no ser materialmente viable transformar una residencia en un hospital, ese incremento de dotación de recursos (materiales y personales) nunca se llevó a cabo, dejando a las personas mayores que viven en residencias en una situación muy delicada* ” (2020, 47)

La memoria **SERMAS 2020** habla de desplazamiento de personal de hospitales bajo coordinación de geriatría o medicina interna, sin especificar las fechas en que ocurre este desplazamiento, pero explicitando que el envío de personal sanitario a las residencias se produce ya en la fase descendiente de la pandemia:

“ *Teniendo en cuenta el descenso de la presión asistencial por COVID-19 en los centros sanitarios del SERMAS y con objeto de paliar la situación producida por esta pandemia en las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, garantizando la presencia de profesionales sanitarios que atendieran las necesidades sanitarias de los residentes de estos centros, se acordó el desplazamiento de personal sanitario del SERMAS a las residencias de mayores y centros socio-sanitarios de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, formándose equipos de trabajo multidisciplinares en los hospitales, bajo la coordinación de los servicios de geriatría o medicina interna, para la atención diaria de las residencias. Además, desde Atención Primaria, se intervinieron 240 residencias y se incorporaron equipos de intervención de médicos y enfermeras en las residencias más críticas* ” (pág. 145)

Esto no es transformar un área de la residencia para que pueda ofrecer atención hospitalaria. Es coordinar mejor los recursos de Atención Primaria con la residencia.

Es una medida que no define el volumen de recursos utilizados, con lo que no se puede hablar de medicalización de residencias, y que, en todo caso, es posterior a la bajada de la presión asistencial (finales de abril), es decir, **cuando se prohíben las derivaciones no estaban ‘medicalizadas’**. Por lo tanto, no cubre el periodo analizado, que es cuando fallecen 7.291 residentes en sus centros sin recibir atención médica adecuada.

C.2. LO QUE DICEN LOS TESTIGOS

“ Oxígeno no teníamos. Eso que dijeron de que iban a medicalizar las residencias, y que iban a llegar médicos, y que iba a llegar oxígeno, todo eso nunca llegó. Eso es totalmente incierto ” **Pilar Torres**

El entonces consejero de Políticas Sociales, **Alberto Reyero**, en su carta de 11 de abril de 2020 dirigida al consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, habla del necesario apoyo sanitario a las residencias, de este modo:

“ **No se trata de otra cosa que de poner en marcha su tan anunciada ‘medicalización’,** que como bien sabes no es una realidad en nuestras residencias, a pesar de que fuera una de las medidas más destacadas del Plan de Acción contra el coronavirus, que anunciaste el pasado 12 de marzo... No hace falta que insista en que las residencias madrileñas son recursos sociales y que en esta situación de emergencia necesitan más que nunca un apoyo sanitario intenso ”

El mismo Reyero, en carta de 31 de marzo al consejero de Sanidad ya había indicado que:

“ Para aquellos enfermos que no puedan ser derivados al hospital y tienen enfermedad, **deben implantarse medidas de hospitalización en las propias residencias,** reduciendo el riesgo de contagio y aplicando las medidas para garantizar, en el caso de que sea necesarios, unos cuidados paliativos adecuados ”

Y aún antes, el 25 de marzo, el mismo consejero había planteado lo mismo en el Consejo de Gobierno autonómico, sin éxito. Lo relata así en su libro *Morirán de forma indigna*:

“ **Hice una petición concreta:** cincuenta médicos y cincuenta enfermeros para reforzar la atención sanitaria en las residencias que requerían una actuación más urgente. Era una petición **modesta,** porque se necesitaban muchos más recursos, pero era una manera de poner en



*marcha aquello que habían prometido unos días antes. «La situación es límite», les resumí. No voy a dar demasiados detalles del debate porque las deliberaciones del Consejo tienen carácter reservado. Pero **no recibí más que evasivas** (no iban a poner a mi disposición a ningún sanitario, eso me quedó claro) y solo sentí frialdad e indiferencia a mis peticiones”*

Y añade Reyero:

“ Durante aquel debate, un consejero de Ciudadanos me había escrito un mensaje de WhatsApp: ‘Les da igual’ ”

Por eso no extraña que en la carta de 11 de abril, Reyero muestre su decepción sobre el ‘repliegue sanitario en la Comunidad’ cuando comienza a mejorar la situación hospitalaria general, pues entiende que esta debería favorecer el “refuerzo sanitario en las residencias, cuando es absolutamente necesario y venimos insistiendo en ello repetidamente”.

También el alcalde de Alcalá de Henares, **Javier Rodríguez Palacios**, en carta a Ruiz Escudero (ya en 24 de abril) insiste en la necesidad de medicalizar algunas de las residencias de la ciudad:

“ Teniendo en cuenta que continúan en ellas más de 500 personas afectadas por COVID-19. Esta petición está sustentada además en que tengo conocimiento de que la carga asistencial del sistema público de salud, tanto en Primaria, Especializada y Hospital Príncipe de Asturias, ha disminuido de manera considerable y que se está procediendo a la no renovación de contratos a personal sanitario... que podría ser de gran utilidad en las residencias ”

Carlos Mur, en aquel momento director de Coordinación Sociosanitaria, en su declaración judicial de marzo de 2020, es inequívoco¹⁵:

“ La canalización de medios a otros dispositivos que se estaban abriendo no permitió contar con medios, sobre todo recursos humanos, médicos y enfermeras, para medicalizar las residencias como hubiera sido debido ”

Tampoco deja lugar a dudas la intervención de **Oscar Álvarez López**, gerente de la Agencia Madrileña de Acción Social hasta el 26 de junio de 2020. En su comparecencia en la Asamblea de Madrid, sus respuestas sobre la medicalización son las siguientes (págs. 23.864 y 23.888):

- ¿Cuántos profesionales sanitarios se enviaron a las residencias?
- En torno a unos 14 (médicos), me suena... Después Primaria empieza a ir a los centros, a finales de abril o por ahí.
- ¿Se hizo medicalización?

¹⁵ JIMÉNEZ, Elena (2023): “Ayuso no medicalizó las residencias de Madrid porque dio prioridad al hospital de Ifema: Radio Madrid accede a la primera declaración judicial del autor de los ‘protocolos de la vergüenza’”, **Cadena Ser**, 18 de octubre de 2023.

INFORME DE LA COMISIÓN CIUDADANA **POR** **LA VERDAD EN LAS** **RESIDENCIAS DE MADRID**

- No se hizo.
- ¿Se pudo derivar a IFEMA?
- No.

Oscar Moral Ortega, presidente en Madrid de CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad), en su comparecencia ante la Asamblea afirma lo siguiente:

“ Los centros no están preparados para atender médicamente a las personas, porque son sus viviendas. Quizá había que haber medicalizado algunas residencias, o bien haber trasladado a las personas que se encontraban en peor situación para que fueran tratadas más adecuadamente... pero hasta donde nos consta esa medicalización no se produjo en los centros”. (pág. 23019)... No se medicalizaron las residencias” (pág. 23031)

Ignacio Fernández-Cid Plañiol, presidente de la Federación Empresarial de la Dependencia, ante la misma Comisión de investigación, manifestó:

“ ¿Qué ha cambiado o variado respecto a lo que teníamos en enero o febrero? Pues que ahora desde Atención Primaria, o mejor dicho, desde los hospitales, viene algún médico a la residencia. Eso, para nosotros, jno es medicalizar la residencial (pág. 14749).

“Si de repente de la noche a la mañana consideran que nosotros estamos capacitados para atender la agudeza de una pandemia tan tremenda, pues no lo estábamos. ¿Nosotros teníamos respiradores? Pues no los teníamos... Consideraban que podíamos hacer unas cosas que no podíamos hacer” (pág. 14.733)

Por todo lo anterior, no extraña en absoluto, que las declaraciones de trabajadoras, residentes y familiares en las Jornadas de Comparecencias fueran de este tenor:

- “No había personal sanitario en la residencia, solo técnicos”.
- “No hubo medicalización ni oxígeno”.
- “Ellos llamaban medicalizar a llamar por teléfono y a que se pase algún facultativo de vez en cuando”.

Augusto García Navarro, presidente Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, en su comparecencia ante la Asamblea madrileña, sostuvo:

“Medicalizar es dar el tratamiento que necesiten (los pacientes) en cada momento y de forma adecuada». (pág. 23095)

“Yo, sinceramente, creo que con esos ratios de personal (los que tienen las residencias), no podemos garantizar el tratamiento adecuado de esas personas” (pág. 23095)... “Las residencias no tienen equipos médicos ni de enfermería, que al final son los responsables de poner los tratamientos” (pág. 23096).



Antonio Burgueño, exdirector general de hospitales y asesor del Gobierno madrileño para la crisis del COVID-19, en su comparecencia ante la Asamblea de Madrid, fue rotundo:

“ Ni en Madrid ni en ningún otro sitio dio tiempo a montar la medicalización ”

Su hija, **Encarnación Burgueño**, a quien la Consejería de Sanidad puso al frente de la conocida como *Operación Bicho*, afirmó ante la misma Comisión de investigación parlamentaria:

“ Nosotros, en ningún momento, teníamos la intención de medicalizar ni gestionar; nosotros éramos una herramienta de estudio de campo y un poco de primera ayuda en las residencias.

Era un estudio de campo y se visitaron 101 residencias (de 475). Sí, porque, a ver, no era gestionar, era ver la situación en la que estaban, sobre todo de personal, y ver las personas mayores cómo estaban realmente, y eso también lo clasificaban y nos decían cuántos estaban en riesgo terminal o ...”

Las comparecencias en la Comisión de la Asamblea de Encarnación Burgueño y de Eduardo Esteban, gerente de Transamed contratado por la anterior, explican bien la temeridad de la *Operación Bicho*. Baste decir que Encarnación Burgueño contrató de palabra a la pequeña empresa –Transamed– que contaba con 5 UVI móviles y 2 Unidades de Intervención, de las que se interesaban solamente por 1 UVI móvil y más vehículos de intervención. En los siguientes párrafos la diputada **García Villa** (Podemos) pregunta a **Encarna Burgueño** sobre ese preacuerdo o relación contractual con Transamed. Se transcribe una parte extensa porque lo que se dice en ella es revelador:

La Sra. GARCÍA VILLA: *Muchas gracias, presidente. Sigo entonces. Mi primera pregunta sería por qué le contrata a usted la Comunidad de Madrid, cuando, por lo visto, no tenía usted una empresa sino que era solamente una marca comercial que se llamaba Cardio Líder, que no tenía ni siquiera CIF, que era usted una persona autónoma. ¿Por qué cree que la Comunidad de Madrid, en algo tan importante como medicalizar las residencias, acude a usted? ¿Quién acudió?*

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: *En primer lugar, el porqué. Nosotros ya habíamos presentado alguna propuesta de atención o de gestión de residencias o servicios para residencias, como era este caso, y el doctor Carlos Mur se pone en contacto y me dice que parte de los servicios del proyecto que habíamos presentado sí lo podíamos implementar. ¿Qué era? Nosotros, en ningún momento, teníamos la intención de medicalizar ni gestionar; nosotros éramos una herramienta de estudio de campo y un poco de primera ayuda en las residencias. En cuanto a si soy empresa o no soy empresa y la marca comercial, es verdad que la marca comercial es Cardio Líder, yo soy autónoma y, aparte de eso, tengo titulación que me avala para poder coordinar un servicio de ese tipo o un proyecto de ese tipo.*

La Sra. GARCÍA VILLA: *Pero su empresa tenía trabajadores... ¿Usted tenía, como autónoma, trabajadores contratados en ese momento?*

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: No, yo lo que tenía era un preacuerdo, que justo cuando empezó la pandemia íbamos a firmarlo, con una empresa de servicios médicos, Transamed, con la que íbamos a colaborar para prestar los servicios a las residencias; el proyecto que íbamos a presentar posteriormente.

La Sra. GARCÍA VILLA: ¿Me quiere decir, entonces, que el director sociosanitario de la Comunidad de Madrid, Carlos Mur, llamó a una persona que es autónoma y no tiene trabajadores para que se meta a gestionar las residencias, en el primer auxilio a las residencias?

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: Disculpe, no era gestionar, en ningún momento íbamos a gestionar nada; nosotros lo que íbamos a hacer era un estudio de campo, cuantificar en función de la residencia, cuántos trabajadores tienen normalmente, los residentes, conocer cómo estaban las residencias in situ..., porque sí que habían dado datos por teléfono, pero claro... Y, a la vez, ya que se iba y había médicos disponibles, por lo menos, llegar allí y ayudar en lo que se pudiera, pero realmente era un estudio de campo. (Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid / núm. 308 / 4 de diciembre de 2020, pág. 18.999).

El diputado **Emilio Delgado** (Más Madrid) formula preguntas en la misma dirección y Burgueño no puede responder adecuadamente.

El Sr. DELGADO ORGAZ: Transamed, que es la empresa a la que usted, en nombre de la Comunidad de Madrid, envía un contrato que luego no...

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: No, yo le doy un documento... Como yo consideraba amigo a esta persona, le mando el documento para que esté tranquilo, porque la Comunidad de Madrid se compromete a pagar las nóminas de los trabajadores.

El Sr. DELGADO ORGAZ: Es que no acabo de entender en nombre de qué le manda usted ese documento a la empresa.

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: Yo no le mando nada. Como amigo, le mando el documento que Carlos Mur me firma para el banco, ¿vale?, para que él esté tranquilo.

El Sr. DELGADO ORGAZ: Sí, pero quiero decir... Es que yo no puedo hablar en nombre de la Comunidad de Madrid. Si yo encargara ahora mismo a una empresa trabajos para la Comunidad de Madrid...

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: Vale, pero nosotros en ese momento habíamos hecho una UTE.

El Sr. DELGADO ORGAZ: Disculpe, estoy hablando yo, permítame terminar. Si yo hoy envío un contrato en nombre de la Comunidad de Madrid a una empresa, entiendo que estoy incurriendo en un delito de estafa, porque yo no soy nadie de la Comunidad de Madrid.

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: No, no, yo no le mandé ningún contrato en nombre de la Comunidad de Madrid.



El Sr. DELGADO ORGAZ: No era un contrato.

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: Yo, simplemente, al haber hecho una especie de UTE o una UTE, ¿vale?, una colaboración laboral, claro, este chico estaba preocupado de que...: oye, que cómo nos van a pagar si no hay contrato firmado ni hay nada. Entonces, yo le envié la copia para decirle: estate tranquilo, porque el doctor Mur me ha dicho que se encargan de las nóminas, gastos fijos y gastos variables. Le mandé ese documento para que estuviese tranquilo, simplemente, como compañero de trabajo, como...

El Sr. DELGADO ORGAZ: Estoy intentando comprender...

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: A ver, es que es así. O sea, igual, que me enseñe un documento...

El Sr. DELGADO ORGAZ: No, si es que lo grave es que es así; o sea, lo grave es que, después de lo que le comento, después de que la Comunidad de Madrid, una Administración que trabaja con un presupuesto de 20.000 millones de euros, en lugar de contratar, en la mayor crisis sanitaria de su historia, a una empresa con acreditada experiencia, con recursos, ¡no!, le encarga los trabajos a una persona autónoma sin contrato de por medio ni nada.

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: Según la primera...

El Sr. DELGADO ORGAZ: Pero es que usted me está diciendo...

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: Disculpe.

El Sr. DELGADO ORGAZ: Me está diciendo -disculpe, permítame terminar- que después usted, a su vez, contacta con una empresa de un conocido que nos acaba de decir que no trataba bien a los trabajadores, que no disponía de medios...

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: Me he enterado ahora.

El Sr. DELGADO ORGAZ: Y que se enteró después.

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: Sí, sí, totalmente después.

El Sr. DELGADO ORGAZ: O sea que ni siquiera usted conocía la empresa a la que usted, en calidad de no se sabe qué, encargó estos trabajos y que esa empresa, luego, no es capaz de llevarlos a cabo, ¡y que todo lo hacen de manera informal!

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: A mí me engañó esta empresa; a mí don Eduardo me engañó.

El Sr. DELGADO ORGAZ: Repito, en un contexto que ha costado más de 10.000 muertes en la Comunidad de Madrid. (Pág. 19.018).

Las respuestas de Encarnación Burgueño al diputado Delgado Orgaz revelan que la Comunidad de Madrid encargó a una persona sin experiencia en gestión de servicios sociosanitarios la supuesta

medicalización de las residencias madrileñas en medio de la *peor crisis sanitaria de la historia* de la democracia, cuando murieron en apenas dos meses el 20% de los residentes; y muestra que lo que hizo la señora Burgueño fue hablar «con un conocido» para que montara una empresa. Como resume **Emilio Delgado**, quedó claro:

“ Que el 26 de marzo usted empieza a trabajar de forma colaborativa con la Comunidad de Madrid sin documento alguno que lo justifique y empieza a encargar trabajos a terceros sin documento contractual alguno que lo justifique, es simplemente un informe, una nota que usted le manda ”

Más adelante en la declaración jurada de Eduardo Esteban, gerente de Transamed, sabremos que la atención sanitaria que debía prestar no incluía la derivación hospitalaria.

Estas son las respuestas de **Encarnación Burgueño** a las preguntas de la diputada García Villa:

Sra. GARCÍA VILLA: *Entonces, ¿ustedes no daban asistencia sanitaria a las personas mayores de residencias?*

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: *Sí; si había que darla, sí, puesto que había médicos que estaban de baja o había residencias que, por normativa, no tenían por qué tener un médico. Por el caos que había, si había que poner oxigenoterapia de urgencia o una medicación de urgencia o una sueroterapia, se ponía, porque, de hecho, iban médicos.*

La Sra. GARCÍA VILLA: *El contrato que ustedes firmaron con la consejería, ¿quién lo firmó? ¿Qué firma consta en ese contrato? ¿Quién los contrato?*

La Sra. BURGUEÑO JEREZ: *Es que contrato no había, porque, por el tema de la situación del estado de alarma, no había un contrato como tal sino simplemente que nosotros empezamos a trabajar; era una situación caótica y ¡había residencias a las que no había ido gente en días!*

Y esto es lo que declaró **Eduardo Esteban** sobre la función de Transamed en las residencias:

La Sra. GARCÍA VILLA: *Entonces, a ustedes, más que nada, Encarnación Burgueño les dice que la Comunidad de Madrid les va a contratar para medicalizar las residencias.*

El Sr. ESTEBAN ARAGONÉS: *No es exactamente la palabra “medicalizar”, pero sí nos dice que tenemos que ir a las residencias y tratar a pacientes in situ. A ver, lógicamente, tres vehículos de intervención rápida y una UVI móvil para medicalizar cuatrocientas y pico residencias es totalmente insuficiente, y así se lo expresamos. ¡Esto es totalmente insuficiente!*

Sr. ESTEBAN ARAGONÉS: *Mire, nos hemos encontrado con residencias que tenían un paciente, por ejemplo, que el día anterior se había roto la cadera; pidieron una ambulancia del*



Summa y la ambulancia del Summa no llegó. Entonces, solicitamos otra vez la intervención de Summa y nos dijeron que teníamos que hablar con el geriatra; se habló con el geriatra y ahí se quedó todo. Llamaron a los familiares; los familiares estaban enterados de esta situación y decidieron que no iba a ser trasladado al hospital. Nos encontramos situaciones en las que se nos iba de las manos todo; enfermos muy graves que podíamos estabilizar hasta cierto punto y no podíamos hacer nada más, y pedíamos ayuda al Summa o a instituciones para los traslados. Nosotros teníamos métodos de traslado, pero no nos lo permitían; nos decían que no podíamos trasladar. Teníamos métodos de traslado y pedíamos ayuda a instituciones públicas que sí podían hacer los trasladados, pero tampoco los trasladaban.

La Sra. GARCÍA VILLA: La Comunidad de Madrid durante varios días prohibió la derivación a los hospitales, tanto que solamente consiguió una derivación de más ciento y pico residencias. Recordemos que han muerto 7.000 personas en las residencias y que la única atención sanitaria que tenían dentro de las residencias -el plan de choque- era a través de su empresa, que pensaban gastarse 16.000 euros y que ni siquiera han pagado.

El Sr. ESTEBAN ARAGONÉS: El gasto es más, pero sí, era nuestra empresa. También estaba por medio una empresa sevillana que se llamaba SAMU, que nosotros nos la cruzamos un par de veces. Estaba la UME, pero la UME no disponía de médicos; simplemente disponía de los servicios sanitarios de los que disponían y no lo sé exactamente, pero no disponía de médicos. Realmente, en el tiempo que nosotros estuvimos interviniendo en las residencias no vimos a nadie más. Es más, había residencias católicas que nos decían: hemos rezado a Dios para que nos manden ayuda y habéis venido vosotros. Contestábamos: ¿pero no ha venido nadie más aquí?; y ellos respondían: no, nadie más, estamos solos.

La Sra. GARCÍA VILLA: ¿Cuántos días llevaban esperando esas residencias a que alguien se pasara -algún médico, alguna asistencia sanitaria- por allí?

El Sr. ESTEBAN ARAGONÉS: Pues en la más grande que estuvimos, en la que tuvimos más equipos, llevaban una semana y media, casi dos.

La Sra. GARCÍA VILLA: ¿Casi dos semanas sin que apareciera ningún médico y sin poder derivar a ninguna persona a un hospital de esa residencia?

El Sr. ESTEBAN ARAGONÉS: Lo más curioso es que ellos tenían médico, pero el médico era de alto riesgo y no aparecía por la residencia, solo para firmar los certificados.

Por último, Carlos Mur, en la misma Comisión, indicó que Encarnación Burgueño le envió un *whatsapp* el día 22 a las 7.04 ofreciendo su colaboración para la “*revisión de residencias de mayores en apuros*”. Se aceptó la colaboración que consistió “*en visitas de hasta cien residencias por parte de nueve personas*”, pero el Plan de Encarnación Burgueño:

“ *No es un plan para medicalizar residencias* ” (pág. 23.082).

C.3. CONCLUSIONES PRELIMINARES

“ La palabra medicalización es una palabra que elude la realidad, engaña a la realidad. La medicalización va en grados: desde ninguna a máxima. La máxima sería cuidados intensivos; **la mínima sería tener al lado las atenciones clínicas para al menos evitar el sufrimiento específico asociado a esa forma de morir**. Esa forma de morir, y pido disculpas a quien me esté oyendo y tenga familiares en este problema porque le puede doler, pero esa forma de morir es cruel. Es espantosa. Los pulmones están llenos de líquido y células inflamatorias, no son elásticos. La cantidad de energía y de potencia muscular, por parte de los músculos respiratorios para mover esos pulmones y respirar, es terrible. La angustia, el agotamiento que afecta a estos pacientes es enorme. Es una forma no solo indigna, cruel también, de morir ”.

Francisco Pozo Rodríguez, médico epidemiológico y neumólogo en la Comisión Ciudadana

La residencia es como el hogar en que vivimos cada uno de nosotros. No es un hospital ni tiene por qué serlo, porque las personas, cuando enfermamos, dejamos nuestra casa e ingresamos en el hospital. En un país donde se reconoce constitucional y legalmente el derecho a la protección de la salud, resultaba obligado que, si no permitían salir a los residentes de su hogar, los centros residenciales debían ser medicalizados.

La medicalización es sin duda un concepto de grado, pero para que pueda hablarse de ella con sentido debe incorporar unas dotaciones personales y materiales mínimas. Implica una dotación de personal sanitario, de equipamiento, de medicación, etc., que permita realizar la atención hospitalaria necesaria en cada contexto. Los grados van desde una dotación básica -la de una planta de hospital- a una dotación más reforzada, como en una urgencia de hospital general o en determinadas áreas: reanimación o cuidados intensivos.

Pues bien, como se ha visto en las páginas anteriores, todos los testimonios de familiares, profesionales de las residencias, profesionales sanitarios que acudieron a ellas, el exconsejero de Políticas Sociales, el exasesor de la Consejería Antonio Burgueño, todos sostienen que no se produjo esa medicalización.

Constituyen, además, **pruebas definitivas de que la medicalización de las residencias no se llevó a cabo** las siguientes:

1. El auto de 6 de mayo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en relación con la solicitud realizada por el Ayuntamiento de Leganés, en que se sostiene que: de los documentos aportados por el Gobierno autonómico “no se desprende que se haya procedido a dotar de personal médico, de enfermería, ni de auxiliar sanitario” a cada una de las residencias “en número que permita constatar la adecuada atención sanitaria ante la situación de emergencia en la que nos encontramos [...] El personal médico y de enfermería que se hace constar como enviado a las residencias en los diferentes informes es claramente insuficiente para la atención del número de ingresados y enfermos existentes en las mismas”.



2. Las **dos cartas enviadas por Alberto Reyero** al consejero de Sanidad denunciando la falta de medicalización de las residencias, así como la solicitud planteada por el propio Reyero en el Consejo del Gobierno autonómico del 25 de marzo de 2020, transcritas en parte a lo largo de este punto.

3. La conocida como **Operación Bicho**, que tenía como objetivo llevar ayuda a las residencias y que fue un auténtico fiasco. Se le encargó a una persona sin experiencia alguna en el sector (Encarnación Burgueño), pero que era hija del ideólogo de la privatización madrileña y a quien Díaz Ayuso había rescatado como asesor al inicio de la pandemia (Antonio Burgueño). Todo el operativo consistió en cuatro ambulancias que visitaban los centros con algún material. El ejecutor de esa operación, Eduardo Esteban, de la empresa de ambulancias Transamed, declaró ante la Asamblea de Madrid que sólo le dejaron trasladar al hospital “a una persona” en doce días.

En realidad, **estamos ante una decisión cuya gravedad iguala (si no excede) a la del Protocolo de no derivación**: las autoridades tenían localizados a más de mil profesionales sanitarios, pero en vez de enviarlos a aquellos lugares donde estaban falleciendo cientos de personas cada día (las residencias), optaron por destinarlos a un hospital de campaña donde habían decidido tratar únicamente a enfermos leves (IFEMA).

C.4. LOS DERECHOS VULNERADOS

La medicalización tiene una relación directa con la protección de los derechos que tienen las personas mayores y las personas con discapacidad en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía. El derecho a la vida, los derechos a no sufrir tratos inhumanos o degradantes y a la protección de la salud y, enmarcando todos ellos, el derecho a no sufrir discriminación fundada en sus circunstancias personales, es decir, por la edad y por la discapacidad.

La medicalización —exigida por el TSJM— obligaba al Gobierno autonómico a un tipo de prestación material, concreta y determinada en los geriátricos, es decir, actuaciones en el ámbito de la salud en favor de los residentes y las trabajadoras de los centros, no siendo en absoluto suficiente para entender cumplida aquella obligación la realización de una mera actividad general, administrativa y discrecional (tal y como ocurrió).

En consecuencia, la ausencia de medicalización ha supuesto la vulneración de modo general y directo del derecho a la igualdad y a la no discriminación en relación con el acceso a la vida, a la protección de la salud, y el derecho a la integridad física y moral.

- En relación con **el derecho a la vida** (art.15 CE), si bien es cierto que resulta enormemente difícil establecer la relación causal directa entre la muerte concreta de cada residente y la falta de medicalización del centro residencial en el que se produjeron, pues muchas también se produjeron en los hospitales, cabe más que razonablemente pensar que el hecho de haber sido atendidos con medios sanitarios adecuados, además de reducir el dolor y el daño mientras se encontraban con vida, hubiera protegido de la muerte a muchos más.

Eduardo Esteban, gerente de la empresa Transamed, contratada para la 'medicalización' de las residencias, afirmó en la comparecencia ante la Comisión de investigación de la Asamblea de Madrid:

“Podíamos haber salvado a más gente si hubiéramos tenido más medios y tiempo. Vimos morir a personas sin sedación y hay personas que murieron sin condiciones dignas. Vimos también cadáveres sin retirar. Los que nosotros vimos morir, sufrieron”

■ Se vulneró el **derecho a la integridad física y moral** (art.15 CE) de las personas residentes. El Tribunal Constitucional español ha establecido que este derecho comprende el de que no se dañe o perjudique la salud personal (STC 35/1996, de 11 de marzo, fj.3) en aquellos supuestos en que se genere un peligro grave y cierto para la misma (STC 119/2001, de 24 de mayo, fj.6 y 7). La misma declaración de Esteban, en el párrafo anterior corrobora lo que las trabajadoras de las residencias testificaron en las comparecencias, se abandonó a personas mayores y personas con discapacidad, singularmente vulnerables, precisamente en el momento en el que existía un peligro grave y cierto para su salud.

■ Se vulneró el **derecho a la igualdad y a no sufrir discriminación** (art.14 CE) en relación con el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria (art.43 CE y art.1.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad), porque se despojó arbitrariamente (es decir, sin una justificación sólida y proporcionada de la acción) a las personas residentes de la posibilidad de acceder al cuidado sanitario al que tenían derecho. Especialmente a las personas con discapacidad, para las que el art.49 CE prevé una atención especializada de los poderes públicos “que los ampararán especialmente” para el disfrute de los derechos del Título I de la Constitución.

Un ejemplo claro y concreto de la vulneración del derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria, así como (por su consecuencia), el de la integridad física y moral y a no ser sometido a tratos inhumanos, es el vinculado a los tratamientos paliativos. En efecto, al impedirse (como se verá en el punto siguiente) de forma generalizada la derivación de personas mayores y personas con discapacidad a los hospitales, estos tratamientos debieron realizarse en las residencias. Sin embargo, María Alía (Médicos Sin Fronteras) recordó durante su comparecencia que los cuidados paliativos no pueden hacerse si no se tienen recursos humanos y materiales cualificados:

“Cuidados paliativos no son perfusiones de morfina, cuidados paliativos incluye oxígeno para que las personas que están en fase terminal y una infección y dificultad respiratoria no se mueran asfixiados; incluye una serie de cuidados de enfermería que no se podían dar porque no tenían personal suficiente y porque tenían muchísimas personas enfermas; y también incluye el entorno familiar y el apoyo psicosocial... algo que no se hizo”

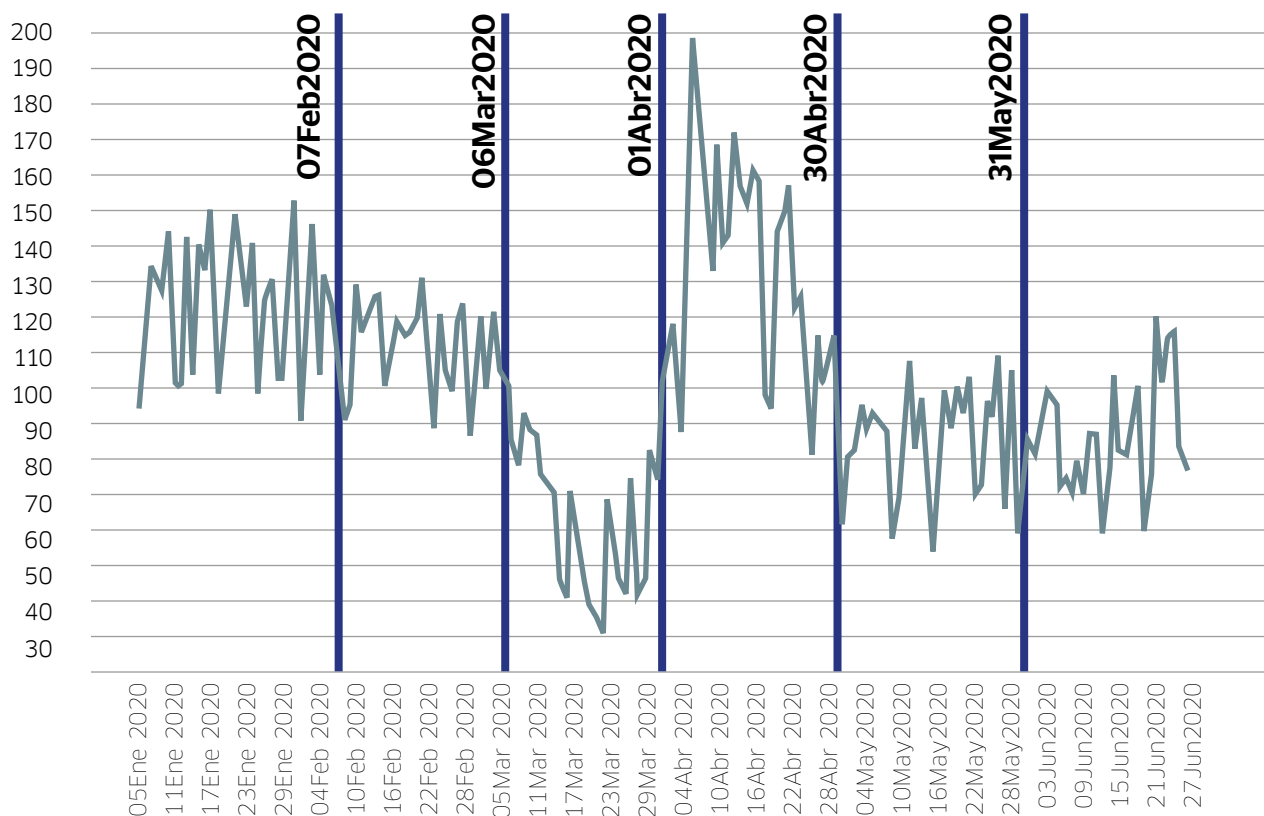
En consecuencia, la inexistencia de medios sanitarios con los que atender de forma mínimamente digna a quienes lo necesitaban, unida a la denegación de derivación allí donde esos medios, aunque mermados, sí existían, impactó de forma injustificada y discriminatoria en la salud, la integridad física y el derecho a no sufrir tratos inhumanos de los residentes.

D. DERIVACIONES HOSPITALARIAS

En primer lugar, es necesario entender cómo funciona el sistema en situación de normalidad. Cuando una residencia detecta que una persona necesita ser trasladada al hospital, llama a una ambulancia, que llevará al paciente al hospital de referencia al que está adscrito cada centro. Esa gestión también se puede realizar desde el centro de Atención Primaria del que dependa cada residencia.

Los datos oficiales de derivaciones diarias desde las residencias a los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, facilitados por el Gobierno regional a través del Portal de Transparencia, se ilustran en la Figura 8. El periodo abarca de enero a junio de 2020, para comprobar cuáles eran antes de la pandemia, en situación de normalidad sanitaria, y cuáles después de la ola, en periodo de vuelta a la normalidad

FIGURA 8. Derivaciones hospitalarias diarias en la Comunidad de Madrid, entre enero y junio de 2020



Fuente: Gobierno de la Comunidad de Madrid.

El análisis de la información demuestra que, **a partir del 7 de marzo, disminuyen drásticamente las derivaciones** hasta alcanzar un mínimo el 23 de marzo.

Es importante destacar que, según la Memoria del SERMAS de 2020 (pág. 69), **el día 7 de marzo se inicia la gestión centralizada de camas hospitalarias** en la Consejería de Sanidad. Una

coincidencia que lleva a plantear la hipótesis de que en esa fecha se empezara a restringir la atención hospitalaria de las personas mayores que vivían en las residencias siguiendo alguna decisión política tomada en los días previos.

Durante el mes de enero se producían alrededor de 120 derivaciones diarias, algo superior a lo observado en el mes de febrero y posiblemente relacionado con la gripe estacional. Se produce un cambio en la serie temporal entre el 6 y el 7 de marzo. Veamos con más detalle estos hechos dada la trascendencia que tuvieron en la atención a los residentes.

El 7 de marzo empieza a funcionar la gestión centralizada de camas en la Consejería de Sanidad.

El 12 de marzo, el consejero de Sanidad anuncia un Plan de acción, que nunca se llega a publicar de forma íntegra. Se habla de la medicalización de las residencias. Altos cargos de la Consejería de Sanidad empiezan a elaborar diversos Protocolos para que sean aplicados por los geriatras hospitalarios.

El 13 de marzo se produce una de las reuniones para la elaboración de los Protocolos. Los trabajos están coordinados por el entonces director general de Coordinación Sociosanitaria, el Sr. Carlos Mur, y por quien sería su sucesor, el Sr. Javier Martínez Peromingo.

El producto de esas reuniones son dos Protocolos:

► **Protocolo de no derivación hospitalaria**, donde se establecían los criterios para excluir o no recomendar el traslado de residentes a hospitales.

► **Protocolo clínico**, en el que se dan pautas de actuación en las residencias durante el periodo epidémico.

El Protocolo de no derivación se aprobó el 18 de marzo. Fue firmado digitalmente por Carlos Mur. El mismo alto cargo firmó otras tres versiones los días 20, 24 y 25 de marzo (Rico, 2020-1). En dicho Protocolo se crea la figura del **geriatra de enlace** en 22 hospitales públicos, convirtiéndolos en los únicos con capacidad para autorizar una derivación. De esa forma, si un familiar o la directora de una residencia tenían la tentación de saltarse el sistema y llamar directamente a una ambulancia, se encontraron con una negativa. La ambulancia no se presentaba, salvo que tuviera la autorización expresa del geriatra de enlace.

Minutos después de firmar el **Protocolo**, los días 18, 20, 24 y 25, Carlos Mur se lo envió por correo electrónico a altos cargos de las Consejerías de Sanidad y de Políticas Sociales, **para su conocimiento y aplicación**. En los mensajes se indica expresamente que la comunicación debe **"hacerse extensiva" a los gerentes y los directores médicos** de los hospitales de Madrid.

Los destinatarios de los correos de Carlos Mur fueron en total 18 personas diferentes, aunque no todas recibieron las cuatro versiones del Protocolo. Hay ocho altos cargos del Gobierno Ayuso que sí figuran en todos los envíos, entre ellos la viceconsejera de Asistencia Sanitaria (Ana Dávila-Ponce de León Muncio) y el gerente del SUMMA 112 (Pablo Busca Ostalaza).

El **SUMMA 112** es el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid, gestiona el servicio de ambulancias de la Comunidad y desempeñó un papel clave: actuó como **elemento de cierre del sistema**, para evitar derivaciones no autorizadas. Una ambulancia sólo iba a una residencia si tenía la autorización previa



del geriatra de enlace para recoger a un paciente. Ese sistema de cierre no funcionó para los residentes que tenían **un seguro privado**, que podían llamar a una ambulancia privada y ser trasladados a un hospital privado.

El **protocolo del 25 de marzo** especifica algo importante, y es que **había de valorar cada caso individualmente con criterio clínico** para el traslado al hospital de los residentes con enfermedad terminal, que se encuentran en cuidados paliativos y con alto grado de fragilidad. En la siguiente tabla se resumen los criterios de no derivación.

TABLA 2. Las cuatro versiones del Protocolo de restricción de derivaciones

<p>Protocolo del 18 de Marzo</p>	<p>CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA ANTE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA:</p> <p>Se procederá a derivar al hospital a los pacientes que cumplan con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente es independiente para la marcha o Índice de Barthel >60. • Paciente sin deterioro cognitivo, o deterioro cognitivo con GDS <6. • No existe comorbilidad asociada en fase avanzada
<p>Protocolo del 20 de Marzo</p>	<p>CRITERIOS DE EXCLUSION DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA ANTE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7) • Deterioro funcional severo (definidos por Barthel <25) <p>Deterioro funcional grave (Barthel 25-40) más deterioro cognitivo moderado (GDS de 5): lo ideal sería visita/ atención en la propia residencia.</p>
<p>Protocolo del 24 de Marzo</p>	<p>RECOMENDACIONES DE EXCLUSIÓN DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA ANTE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA</p> <p>Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7)</p> <p>Deterioro funcional severo (definidos por Barthel <25)</p> <p>Deterioro funcional grave (Barthel 25-40) más deterioro cognitivo moderado (GDS de 5): lo ideal sería visita/ atención en la propia residencia. Si no es posible, se deriva.</p>
<p>Protocolo del 25 de Marzo</p>	<p>RECOMENDACIONES DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA ANTE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA</p> <p>según sintomatología y valorando el estado de las urgencias hospitalarias, priorizando la cobertura sanitaria en residencia</p> <p>Valorar clínicamente la derivación al hospital a los pacientes que cumplan estos criterios:</p> <p>Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7)</p> <p>Criterio de Fragilidad igual o mayor de 7.</p>

Fuente: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

INFORME DE LA COMISIÓN CIUDADANA **POR** **LA VERDAD EN LAS** **RESIDENCIAS DE MADRID**

El **Protocolo clínico**, cuya elaboración coordinó Martínez Peromingo, es menos conocido públicamente, pero tiene al menos un elemento del máximo interés para los trabajos de esta Comisión. En el Anexo 2 se recogen los “Datos que deben aportar las residencias en la llamada al geriatra”. Es decir, la persona que llamase desde la residencia (médico, enfermera, directora...) para pedir el traslado de una persona enferma debía tener estos datos a mano y comentárselos al geriatra. Si tenía dependencia física o deterioro cognitivo alto entraba en las categorías de no derivación. Es la prueba inequívoca de que **los geriatras no realizaron una valoración individual de cada paciente** en cada caso, sino que les aplicaron la misma plantilla a todos de forma colectiva.

ANEXO 2. DATOS QUE DEBEN APORTAR LAS RESIDENCIAS EN LA LLAMADA AL GERIATRA

RESIDENCIA: Nombre de la residencia, dirección y teléfono

PACIENTE: Nombre + DNI/CIPA

EDAD:

SINTOMAS con tiempo de evolución de cada uno

Tos

Fiebre

Disnea

Dolor Pleurítico

Capacidad para la ingesta oral

COMORBILIDAD

HTA

DM2

CÁNCER (estadio)

EPOC/NEUMOPATÍA, disnea de reposo o a mínimos esfuerzos?

-OCD

DEMENCIA: GEDS

CARDIOPATIA Grado NYHA

INSUFICIENCIA RENAL AVANZADA grado

Enf hepática avanzada: encefalopatía, ascitis

PARKINSON, ELA Y OTRAS NEUROLOGÍAS (Estadio)

OBESIDAD

BARTHEL:

DEAMBULACIÓN

COGNITIVO: grado: ¿reconoce personas allegadas, mantiene conversación, sabe pedir ayuda?

TA

FC

T_v y Tiempo de fiebre

Frecuencia Respiratoria

SATURACIÓN BASAL:

Nivel conciencia: alerta/letargia/confusión/coma



D.1. LO QUE DICEN LOS INFORMES

Desde que comenzaron los contagios de la COVID-19 en Wuhan, a finales de 2019, los sistemas de salud comenzaron a prepararse para un posible aumento de la demanda de servicios. Después llegaron las noticias de aumento de contagios desde Italia.

Según la **Memoria SERMAS** (2020, p.64) en el SUMMA112 las llamadas por sospecha de COVID-19 aumentaron significativamente a partir del 22 de febrero 2020. El 3 de marzo fallece una persona por COVID-19 en el Hospital Gregorio Marañón. Esta persona vivía en la residencia La Paz.

El 7 de marzo la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid pone en marcha la Gestión Centralizada de Camas, y la Mesa de Gestión de Traslado Interhospitalario de SUMMA112 (SERMAS, p. 69). La decisión de no derivar pacientes desde las residencias a hospitales se pudo tomar en la Consejería de Sanidad en esa fecha, ya que es a partir de entonces cuando se observa una disminución drástica de los traslados.

La Comunidad de Madrid ha aportado, a través del Portal de Transparencia, los datos oficiales de los 18.895 traslados realizados en los seis primeros meses del año 2020, incluyendo la residencia de origen y el hospital de destino. El análisis de esos miles de datos (Rico, 2020-2) permite llegar a una conclusión clara: **en las cuatro semanas críticas de la pandemia**, entre el 9 de marzo y el 5 de abril, **no sólo no aumentaron de forma exponencial las derivaciones hospitalarias** como sería lógico al multiplicarse el número de enfermos, **sino que se desplomaron un 36,8% respecto a las cuatro semanas previas a la pandemia**. Y ese frenazo fue mucho más brusco precisamente en los geriátricos más azotados por el virus, hasta el extremo de que ni uno solo de los 82 centros con mayor número de fallecidos llegó a trasladar un paciente al día de media durante esas cuatro semanas.

La comparación residencia a residencia de las derivaciones hospitalarias en las cuatro semanas más críticas de la pandemia -del 7 de marzo al 3 de abril- y en las cuatro semanas anteriores muestra un desplome generalizado de traslados en los centros con mayor mortalidad. Los casos más extremos son los siguientes, en los que las derivaciones se redujeron entre un 75% y un 95%:

- ▶ **Vitalia Home Parla (50 fallecidos en marzo y abril):** Entre el 7 de marzo y el 3 de abril no se produjo ninguna derivación. En los 15 primeros días de vigencia del Protocolo no hubo derivaciones.
- ▶ **Adolfo Suárez (79 fallecidos):** Entre el 7 de marzo y el 3 de abril se realizó una derivación (27 de marzo). En los 15 primeros días de vigencia del Protocolo hubo un traslado.
- ▶ **Francisco de Vitoria (87 fallecidos):** Entre el 7 de marzo y el 3 de abril se hicieron cuatro traslados (9, 11, 14 y 23 de marzo). En los 15 primeros días de vigencia del Protocolo hubo un traslado.
- ▶ **Geriassa Madrid (42 fallecidos):** Entre el 7 de marzo y el 3 de abril se efectuaron tres traslados (8, 10 y 30 de marzo). En los 15 primeros días de vigencia del Protocolo hubo un traslado.

INFORME DE LA COMISIÓN CIUDADANA **POR** **LA VERDAD EN LAS** **RESIDENCIAS DE MADRID**

- ▶ **La Alameda (41 fallecidos):** Entre el 7 de marzo y el 3 de abril se hicieron tres traslados (12 y 14 de marzo y 1 de abril). En los 15 primeros días de vigencia del Protocolo hubo un traslado.
- ▶ **Amavir Vallecas (40 fallecidos):** Entre el 7 de marzo y el 3 de abril se produjeron cuatro derivaciones (8, 9 y 29 de marzo y 3 de abril). En los 15 primeros días de vigencia del Protocolo hubo un traslado.
- ▶ **Campo Real (40 fallecidos):** Entre el 7 de marzo y el 3 de abril se hicieron dos derivaciones (10 de marzo y 3 de abril). En los 15 primeros días de vigencia del Protocolo no hubo ningún traslado.
- ▶ **San Juan de Dios (69 fallecidos):** Entre el 7 de marzo y el 3 de abril se efectuaron ocho traslados (7, 10, 13, 14, 18, 24, y dos el 28 de marzo). En los 15 primeros días de vigencia del Protocolo hubo cuatro traslados.
- ▶ **Los Nogales Pacífico (83 fallecidos):** Entre el 7 de marzo y el 3 de abril se produjeron seis traslados (7, 8, 9 y 12 de marzo y dos el 1 de abril). En los 15 primeros días de vigencia del Protocolo hubo dos traslados.
- ▶ **Ballesol Alcalá (90 fallecidos):** Entre el 7 de marzo y el 3 de abril hubo seis derivaciones (7, 8, 9, 12, 15 y 17 de marzo). En los 15 primeros días de vigencia del Protocolo no hubo traslados.
- ▶ **Caser Moraleja (62 fallecidos):** Entre el 7 de marzo y el 3 de abril se realizó un traslado (25 de marzo). En los 15 primeros días de vigencia del Protocolo hubo un traslado.

Los tres **días con menos traslados** fueron el 20, 21 y 22 de marzo, justo después de la aprobación del Protocolo.

- ▶ De uno enero a 6 de marzo: 120 derivaciones / día.
- ▶ Entre 7 marzo y 31 marzo: 65 personas / día. Algo más de la mitad que antes de la pandemia, cuando lo esperable es que hubieran aumentado fuertemente por el aumento de contagios.
- ▶ El 1 de abril vuelven a aumentar derivaciones, con un promedio de 130 / día hasta el 29 de abril. Después se estabiliza en 90 / día.

El 17 de marzo es el único día que se produce un aumento de derivaciones. Ese día, los medios de comunicación informaron sobre las 19 muertes en la residencia Montehermoso. Ese mismo día se trasladaron enfermos de Montehermoso al Hospital Clínico San Carlos, según declaración de Rosa Ana Castillo durante su comparecencia ante esta Comisión. También ese día la presidenta Isabel Díaz Ayuso declaró en televisión (Telecinco) que eso no era la tónica general de lo que ocurría en las residencias de la región, aunque periodistas de El País hicieron una extensa descripción de las dificultades para los traslados al hospital y el número de fallecidos en las residencias de la Comunidad.



El 18 de marzo, las derivaciones volvieron a caer. Ese día aparece esta instrucción en el servicio de urgencias del Hospital Infanta Cristina de Parla:

“*Ante la situación de saturación actual, y por indicación de dirección médica dada esta mañana, no se permite el ingreso de pacientes de residencia en el hospital*”

Esta fue la sentencia escrita en el parte de alta de Urgencias a la que tuvo acceso El Confidencial y por el que se devolvió a su centro asistencial a una mujer menor de 80 años que presentaba «neumonía bilateral» y «probable COVID-19 (pendiente PCR)», según se especifica en el «juicio clínico» del mismo documento. La paciente fallecía tres días después en su residencia tras no ser ingresada en el Hospital Infanta Cristina de Parla.

Durante la última semana de marzo, ascienden ligeramente los traslados a hospitales, hasta alcanzar los valores de la primera semana de marzo durante la primera semana de abril.

Por último, hay que indicar que una revisión sistemática de los estudios sobre la mortalidad de los residentes con infección COVID-19 en España durante marzo y abril de 2020 revela que dos hospitales de Madrid en los que (conforme a los resultados publicados por equipos médicos de estos hospitales) las derivaciones no se produjeron según criterios clínicos adecuados. La mortalidad de los pacientes COVID-19 que no fueron derivados en las residencias que dependían de estos dos hospitales fue de 37% y de 45%, mientras que en otras CCAA estos porcentajes variaban entre 8 y 26% (Zunzunegui et al., 2023).

D.2. LO QUE DICEN LOS TESTIGOS

En la comparecencia ante la Asamblea de Madrid, el señor **Augusto García Navarro**, presidente Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, afirma lo siguiente:

“*En Madrid se pusieron en marcha 22 geriatras de enlace que, además, trabajaban de 8 a 22 de lunes a domingo... Los geriatras lo que hacían era intentar ver si el tratamiento que necesitaba esa persona se podía dar en la residencia o en el hospital*” (23089).

Mensaje del **Dr. Miguel Castro** a **Ana Arredondo**, domingo 15 marzo 2020. Residencia Monte Hermoso:

“*Según los del SUMMA, para derivar a los residentes se ha habilitado el siguiente número ..., está a cargo de M, geriatra del clínico, cuando desees derivar, primero llama a M, te va a pedir datos del residente: edad, patologías, y la puntuación de Barthel. Con las nuevas indicaciones solo están recibiendo con puntajes superiores a 62. Luego que ella autorice el traslado llamas al 061 solicitando la ambulancia y les dices que has hablado con M. Ellos lo corroboran y luego te corresponden a la llamada*”

INFORME DE LA COMISIÓN CIUDADANA **POR** **LA VERDAD EN LAS** **RESIDENCIAS DE MADRID**

Informe de la **Dra. Ana Leonor Zamora Sarabia**, especialista de Medicina Preventiva. Área de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid tras la visita a la residencia con 16 fallecidos en 72 horas. 16/3/2020.

“ *Muchos enfermos muy enfermos sin traslado hospitalario... Hasta ahora no están trasladando a casi nadie*”.

“También ese fin de semana hay un médico que pone una incidencia, que queda constancia. Dice que se habla con el 061 para solicitar ambulancias para el traslado de ocho personas. Me enlazan con el jefe de Médicos del Summa. Doy los detalles de los residentes a la geriatra, que me indica que quien cumple los requisitos son dos personas, Miguel que tiene un Barthel de 99 y Enrique que tiene un Barthel de 93. El resto queda en la residencia con medidas de soporte y valoración de medidas paliativas”

Esta última declaración es una prueba de que no hubo valoración individual, sino simplemente comprobación de la escala Barthel.

Informe del Forense sobre el Testimonio de la **Dra. Ana Zamora** en el juicio sobre la residencia Monte Hermoso.

“ *SUMMA 112 denegó el traslado de muchos pacientes a hospitales y uno de los criterios, que a mí me mencionaron verbalmente, era porque tenían más de 72 años, y esto me lo mencionaron verbalmente en las residencias* ” (no pone en qué fechas, pero es antes de los protocolos de 18 y siguientes).

El 15 de marzo tiene conocimiento de que han fallecido 14 personas en MH. Al visitar la residencia le comunica la directora de Monte Hermoso *“que se sentía absolutamente impotente y que a varias de esas personas las había intentado trasladar al hospital y que no se les había trasladado”*.

En su carta de 31 de marzo al consejero de Sanidad, sr. Ruiz Escudero, el **sr. Alberto Reyero** dice lo siguiente:

“ *En lo que se refiere a las personas mayores, se está excluyendo casi en su totalidad la derivación hospitalaria a personas de grado 3 de dependencia y, en el caso de las personas con discapacidad, el protocolo existente les discrimina directamente por su discapacidad, algo que estoy seguro de que no compartimos ninguno de nosotros y que puede ocasionarnos problemas legales en el futuro* ”

Doce días más tarde, el 11 de abril, el sr. Reyero insiste a Ruiz Escudero:



“Tampoco quiero olvidarme de una cuestión que me preocupa especialmente y que ya te he transmitido con anterioridad: **la escasa derivación hospitalaria de nuestros centros residenciales. Si eso hubiera venido acompañado de la medicalización de las residencias, habría tenido sentido, pero no ha sido así.** Como se os ha trasladado desde los centros y desde algunas patronales del sector, los datos de derivación a hospitales desde residencias son tremendamente escasos y preocupantes”

En la comparecencia en la Comisión de Investigación de la Asamblea de Madrid, el **Dr. Mur** dio a entender las razones de los protocolos:

“Los hospitales estaban en situación de colapso (23064).

“El cataclismo al que hacían frente en primera línea todos los profesionales era enorme y no queríamos que no tuvieran ningún tipo de apoyo desde la administración y que pesaran sobre sus hombros determinadas decisiones” (23051)

Respecto a las derivaciones, Carlos Mur declaró en la Comisión de Investigación de la Asamblea de Madrid (24 febrero 2021).

“Todo dependía de la Mesa de Coordinación del 112 que era quien organizaba los distintos traslados (23059).

“Ciertamente, desde la mesa de coordinación 112, en la cual yo no formaba parte, no se habilitaron traslados directos a otros hospitales... lo que nosotros pedíamos, y que se llevó a efecto a primeros de abril, era la derivación desde las residencias de mayores hasta los hospitales de apoyo Cruz Roja y Santa Cristina, de media y larga estancia, Guadarrama, Fuenfría, Virgen de la Poveda...” (23062).

El doctor Carlos Mur, en esa comparecencia, también señaló:

“Se elaboraron hasta **seis borradores del protocolo clínico**, hasta llegar al último el día 25... Los textos toman como base un documento elaborado por el Dr. Javier Martínez Peromingo (23050).

“El primer protocolo se me trasladó como aprobado desde la mesa de apoyo al Sermas... y de la Mesa de Apoyo a la Consejería de Sanidad del día 15, y entendí que estaba avalado... Y a petición de dichos profesionales (los geriatras)... los firmé” (23056).

El **Dr. Javier Martínez Peromingo**, Director General de Coordinación sociosanitaria. (en marzo 2020 era jefe servicio de geriatría del hospital Rey Juan Carlos de Móstoles), testificó lo siguiente:

“ El día 17 tuvimos conocimiento de que, además de una serie de criterios con los que nosotros estábamos de acuerdo, en los que prioritariamente se debería..., es decir, los pacientes que estaban en situaciones terminales de vida y demás, había otro documento que era más restrictivo sobre el que manifestamos al doctor Mur que no estábamos de acuerdo ” (23926).

Para mayor sorpresa, consta que existió una petición de la Consejería de Sanidad a la de Políticas Sociales para que se aceptase la derivación de pacientes de los hospitales a los centros residenciales. Así consta en la carta del **Sr. Reyero** al Dr. Ruiz Escudero:

“ Por supuesto que estamos dispuestos a poner plazas a vuestra disposición, estamos convencidos de que nos tenemos que alinear todos para salir de esta crisis. Pero no podemos hacerlo sin atender primero al problema existente en todas nuestras residencias, que con esta carga adicional se vería incrementado... y sin contar con los medios humanos y materiales. ”

Hay sólidos indicios y testimonios de directores y médicos de residencias, así como de familiares, de que el protocolo de 18 de marzo empezó a aplicarse días antes, con órdenes verbales de no derivación (Ver figura de derivaciones a hospitales que disminuyen de forma muy acusada a partir del 7 de marzo, Figura 8). Los datos del Portal de Transparencia de la Comunidad de Madrid lo demuestran. El sr. Reyero recoge esta hipótesis en su libro, y hay pruebas que lo corroboran. La médica Lidia Sánchez de la residencia AMAVIR en Alcorcón declara bajo juramento en la Comisión de Investigación de la Asamblea de Madrid que no se le permitió ninguna derivación al hospital desde el 10 al 31 de marzo y que del 31 de marzo al 8 de abril solo permitieron 7 derivaciones. El médico Miguel Ángel Rodríguez Cañas, de la residencia de La Purísima Concepción, envió el **17 de marzo** una carta a los familiares en la que se afirmaba:

“ Los pacientes con sospecha de estar contagiados **no son derivables a hospital por criterio de las autoridades sanitarias**, que nos recomiendan que los mantengamos en la residencia. Permanecen aislados ”

El **Sr. Oscar Álvarez López**, gerente de la Agencia Madrileña de Acción Social del 17-9-19 al 26-6-20, en su comparecencia en la Asamblea de Madrid relata lo siguiente, sobre la reunión con los jefes de servicio de geriatría y otros, el 13 de marzo.

“ Se presenta un plan de atención a los mayores, desde la situación que desborda en ese momento, que en dos días se colapsaba ” (23884)..



Sobre el protocolo:

“ El sábado 21 (de marzo de 2020) yo le traslado (al consejero de Política social) el miedo por el protocolo ” (23879).

Sobre el **obligado (o no) cumplimiento del protocolo** (el consejero de Sanidad le negaba ese carácter, pues no era ni una orden ni una instrucción administrativa), el gerente declara:

“ Yo entiendo que ese y cualquier protocolo. ¿No? Me refiero a que el protocolo, una orden, una instrucción que se de en un momento de pandemia por una autoridad sanitaria... Entonces ¿cualquiera de las residencias se ve obligada? Pues evidentemente, porque directamente tienes que contactar (con el geriatra de enlace), es que no hay otra posibilidad ” (23887).

Declaración de **Dr. Augusto García Navarro**, presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

“ Yo no tengo ni que decirle que está mal hecho ese protocolo ... Por ejemplo, imagine una persona que le falta un brazo... Esa persona puede ser activa social e intelectualmente ” (23098).

“Lo que no se puede hacer sabiendo que una persona necesita un tratamiento sintomático y el tratamiento de refuerzo del coronavirus... y no se lo pueden dispensar allí donde está, es dejarlo sin ese tratamiento... Si no puedes tienes que derivarlo ” (23106 y 23107).

El **Sr. Ignacio Fernández-Cid Plañiol**, Presidente Federación Empresarial de la Dependencia, a la pregunta sobre si tuvieron problemas de derivación hospitalaria contesta rotundamente contesta:

“ Si partimos de la base de que las residencias son las casas de los mayores, las personas no suelen morir en las residencias, en las casas. La gente cuando está mal se va al hospital para que le atiendan; pues, lamentablemente, la gran mortalidad la hemos tenido en las residencias. ¡Eso confirma el hecho de que no lo hemos tenido tan fácil para hacer derivaciones hospitalarias! ” (14747).

Y a la pregunta sobre si cree que ha tenido que ver algo la incidencia de la mortalidad por los protocolos de la Comunidad de Madrid de no derivar personas a hospitales, responde de forma tajante: “Sí” 14725).

■ Lo siguiente son algunos **extractos de las declaraciones de familiares y trabajadoras de las residencias** efectuados en las Jornadas de Comparecencias.

- ▶ “Antes de cerrar las visitas sí se autorizaban derivaciones. De hecho falleció la primera residente en el hospital, que dijeron que había dado positiva, le hicieron la prueba allí. A partir de cuando cerraron las residencias, nada. Incluso el médico estaba desesperado, enviando mensajes, llamando y demás, que incluso discutía con la directora para enviar residentes a hospitales” (José Antonio Torres).
- ▶ “Cuando preguntábamos cuántos residentes habían fallecido, en algunas residencias era el 20% o el 30% de los residentes. Estoy hablando de principios de abril. Prácticamente todos habían fallecido en las residencias, no se había podido derivar, para tener una derivación necesitaban una aprobación del geriatra de zona del hospital, y si no las ambulancias no acudían a recoger a los residentes. Había un bloqueo total de las derivaciones ...” (Miriam Alía).
- ▶ “Tres veces así, hablando con la fisio, yo pidiendo que lo desviasen al hospital porque mi padre cada vez comía menos. Le pedía y le reiteraba que me llamase algún médico, que los enviasen a La Paz que era su hospital de referencia. Pues no” (M.ª Paz Villanueva Sanz).
- ▶ El día 7 de abril era mi cumpleaños, y a las seis y cuarto de la tarde es la primera vez que me llama un médico. Y me dice: “¿Es usted la hija? Le llamo para decirle que vamos a sedar a su padre”. Y volví a pedir otra vez: ‘¿Pero por qué no le llevan a La Paz? ¿Por qué no le llevan a un hospital, al nuevo que han hecho? ¿Por qué?’ ‘No se puede hacer nada, le vamos a sedar’. ‘Llevo desde el día 25 de marzo pidiendo que le lleven a un hospital y me llama ahora usted para decirme que lo van a sedar’. Y no me contestó. Y digo ‘bueno, vale, ¿que me van a llamar ustedes mañana a las ocho de la mañana para decirme que ha fallecido igual que ayer mi madre?’ Y no me contestó. Y así fue. El día 8 de abril, a las ocho de la mañana, otra vez. Me volvieron a llamar a la misma hora, a las ocho de la mañana. ¿Es usted la hija de Eduardo? Lo siento mucho, ha fallecido” (M.ª Paz Villanueva Sanz).
- ▶ “A mi madre la vi el día 19 de marzo en video, el 20 enferma, pero no trasladaban a nadie, según el protocolo; la policía en la puerta de la residencia. Poco después murió” (Isabel Hernández Costales).
- ▶ “Cuando nos dicen este estado grave y agónico, reclamamos que le derivaran al hospital porque en nuestra cabeza no podía haber que una persona enferma, no se le pudiera derivar al hospital. Ahora ya vamos entendiéndolo, pero entonces era impensable. Nos dijeron que era imposible, que no trasladaban, que no podían derivar, que no venían a buscarles en ambulancias. Y entonces decidimos ir a buscarle, nos dijo que su estado era muy delicado, y que además aunque le lleváramos a la puerta del hospital, allí estaba el triaje y ya no les dejaban entrar” (M.ª Jesús Valero).
- ▶ “El 20 de marzo recibo una llamada de la doctora, diciéndome que mi madre se ha puesto mala súbitamente, que tiene muchas dificultades para respirar. Les digo que voy inmediatamente para trasladarla al hospital y me dicen que no, que no envían ambulancias y que no están trasladando al hospital a nadie según Protocolo, que lo único que pueden hacer es darle tratamiento paliativo” (Isabel Hernández Costales).



- ▶ “El 25 de marzo la doctora habló conmigo y yo le dije que por qué no derivaban a mi madre a un hospital. Me dijo que habían enviado un Protocolo de la Comunidad de Madrid que prohibía hacer derivaciones a personas con algún tipo de patología. Ella, su patología eran sus piernas, tenía muchísima artrosis, y no podía andar por sí sola. Se manejaba con el andador, pero bueno, últimamente la verdad es que le costaba bastante. Su cabeza estaba perfectamente, nos contaba todo lo que pasaba, día a día. Me dice: ‘Tú madre era de las primeras personas que enfermaron, y yo por mí parte si la hubiera derivado, pero la geriatra del hospital de Parla ha dicho que no, que no se la puede derivar’” (Ramona Carvajal Jiménez).
- ▶ Transcripción del audio donde la doctora Mirta le explica a Ramona Carvajal la situación médica de su madre, Alejina. Respecto a la derivación dice:

“ Alejina empezó el 11 de marzo. En un inicio se planteó la derivación. Pero luego en el hospital, cuando tú llamas a pedir la ambulancia, ellos te dicen: ¿tiene síntomas respiratorios? A consultar con el geriatra del hospital. Y con el geriatra del hospital es que hemos manejado a Alejina. Y no tiene criterios para derivación [...] La Comunidad de Madrid tienen unos criterios para los residentes, que son: puede ser trasladado a urgencias todo aquel paciente que tenga infección respiratoria o insuficiencia respiratoria, uno. Dos, que no tenga deterioro cognitivo. Tres, que tenga un parte que sea una persona independiente. Cuatro, que no tenga patologías asociadas, que no sea hipertenso, que no sea diabético, que no tenga antecedentes de nada. Entonces eso es algo que es ilógico, ¿verdad? Porque lo que no puede esperar uno es que una persona mayor de 80 años no tenga nada. Y ese es el comunicado que recibí el sábado, porque el día viernes habían pasado uno peor, que era que si la persona no caminaba, si era independiente para la marcha iba al hospital; si no, no. Duro, duro. Comunicado de la Comunidad de Madrid para todos los médicos de las residencias, para los directores, para el personal de enfermería ”

- ▶ “La primera derivación que se hizo en mi centro fue el 9 de abril. Sobre el 15 de marzo había ya 30 residentes que murieron. Y hasta abril 60. Y morían solos, sin prácticamente atención porque no había personal para darles la mano, para acompañarles. Era todo muy frío. Horrible. Era algo totalmente deshumanizado” (Rosa Serna).
- ▶ “En mi residencia no hubo derivaciones, quizás alguna privada” (Nandi Gutiérrez).
- ▶ “Al principio hubo algún traslado, sobre todo de seguros privados; después no hubo derivaciones de ningún tipo” (Pilar Torres).
- ▶ “A principios de marzo ya no se hicieron derivaciones, o se redujeron de forma drástica... El parón de las derivaciones se produce antes de los protocolos. Durante un mes se produjo un ‘repliegue sanitario’” (Alberto Rejero).
- ▶ “En mi residencia sí hubo derivaciones, los primeros días; pero desde el 8 de marzo ya no” (José Antonio Torres).

- ▶ “En mi residencia se devolvieron desde los hospitales residentes no curados”. Esta afirmación de una trabajadora (Pilar Torres) es confirmada por el sr. Alberto Reyero en su carta de 11 de abril al consejero de Sanidad:

“ Derivaciones de pacientes dados de alta desde un centro hospitalario que son trasladados a centros residenciales directamente, siendo positivos en COVID-19. Una situación que consideramos puede provocar nuevo picos de contagio en centros residenciales muy mermados tanto en personal como en residentes, por el efecto de dicho virus ”

- ▶ “Derivaciones no hubo hasta el día 29 de marzo” (Paula Rivera).
- ▶ “Saqué a mi madre con una ambulancia, sin nada, con un camión; sin documentación ni nada” (Concha Quirós).
- ▶ “Al final alguno se consiguió derivar porque los familiares insistieron mucho. En el hospital, si por ejemplo iban en silla de ruedas, no. Tenían que ser personas que eran totalmente válidas, que pudieran andar, que estuvieran bien cognitivamente. O sea una serie de normas para poder ir llevándolos al hospital.

Y luego ya empezaron a trasladar a algunas personas. Es verdad que algunas se salvaron y otras fallecieron también en el hospital porque claro la enfermedad iba ya muy avanzada. Los que murieron en el hospital al menos tendrían su oxígeno y murieron más dignamente que los que fallecieron en las residencias” (Pilar Torres).

- ▶ “Quería que derivaran a mis padres (él válido y ella no), pero solo pude hablar con la fisio” (M.ª Paz Villanueva).
- ▶ “La doctora me dijo: ‘no me dejan trasladarla al hospital, no sé qué hacer’” (Pilar Torres).

El **Dr. Manuel González** (Médico especialista en cuidados paliativos, del Equipo de Atención Domiciliaria) afirmó en su comparecencia que él sí conseguía derivar a quien estimaba que debía ser trasladado (no pasaba por los geriatras de enlace), pues los médicos del sistema nacional de salud reciben mayor consideración que los médicos de las residencias

El médico de la residencia llamaba para pedir que algunos residentes fueran trasladados a los hospitales, pero **la negativa era total**. Esta realidad, que **demostraría una planificación que excluía el triaje individualizado por criterios clínicos en favor de un triaje general de grupo**, es corroborada en la entrevista que el periodista Fernando Peinado (*El País*) realiza a la Dra. Emily Rojas en la residencia Vitalia Leganés:

– FP: “¿Has estado desde el principio?”

– Sí, al principio no nos los admitían directamente; luego ya nos pusieron en contacto con el geriatra para que nos dijera si era derivable o no (al Severo Ochoa), y si no lo era nos indicaba el tratamiento.



– ¿Cuántas veces te ha pasado que te hayan rechazado ambulancia?

– Ya perdí la cuenta; porque, al final, como ya han tomado esa medida, llamo a la geriatra y simplemente no me acepta la medida y me dice el tratamiento”.

Por su parte, en la comparecencia la **Dra. Mirian Alia** (MSF) relata como

“ Hubo un **bloqueo total de las derivaciones** en la mayoría de los hospitales hasta la segunda o tercera semana de abril, y hubo hospitales que no retomaron las derivaciones hasta en mayo; por ejemplo el hospital de El Escorial, o el hospital de Tajo... Otra de las cosas que vimos es que **solo había posibilidad de derivación a hospitales públicos**, no había posibilidad de derivación a Ifema, y que **el triaje** que se hacía para decidir si se derivaba a alguien o no **estaba basado en criterios clínicos sino en criterios de dependencia**. Yo llevo 18 años trabajando ... jamás he visto un triaje que no tenga en cuenta la capacidad de supervivencia desde el punto de vista clínico. **Es la primera vez en mi vida en 18 años de experiencia humanitaria que veo un triaje que se basa en dependencia**, y este triaje se daba igual en personas mayores que en personas con discapacidad, y esto es algo que no se ha mencionado lo suficiente. Una persona que vivía en un centro sociosanitario, en un centro tutelado, tampoco se podía derivar, independientemente de su edad... ese bloqueo no obedeció a criterios clínicos sino a criterios de dependencia. **Funcionó el criterio de exclusión frente al de la vulnerabilidad** ”

En la primera jornada de la Comisión, tras la declaración de **Ramona Carvajal**, hija de residente fallecida en la residencia Vitalia de Griñón, escuchamos el audio de la conversación con la médica de la residencia, grabado por Ramona el día 23 de marzo de 2020. La doctora le explica a que, pese a que su madre lleva trece días enferma, según los criterios de la comunidad de Madrid, no va a poder ser hospitalizada. Ante la pregunta de la hija sobre los criterios de la Comunidad por los cuales no puede ser derivada su madre a un hospital –“¿qué criterios serían, la falta de oxígeno?”–, la respuesta pone de manifiesto que se primaba la asistencia a pacientes “que no tengan patologías asociadas”. La médica, que considera esto ilógico, reconoce incluso que un día antes recibieron un comunicado ‘todavía peor’:

“ Si la persona era independiente para caminar, iba al hospital, si no, no ”

La residente falleció 17 días después de esta conversación.

Además de estos testimonios (a los que podría sumarse otros muchos del mismo tenor), hay también **diversas pruebas que confirman una planificación que prescindía de los criterios clínicos** para la (no) derivación:

El mensaje enviado a los médicos del centro de salud de la calle Segovia, en Madrid capital, por parte del director de este, donde les indica:

“ Del CS Segovia sólo depende una residencia de ancianos, pero os cuento: cualquier cuestión relativa a la necesidad de hospitalización de un residente en estas instituciones, necesidad de atención sanitaria de alguno de sus usuarios, dotación de material, etc., será gestionada desde el hospital o desde la Dirección Asistencial, Y NUNCA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA ” (mayúsculas en el original).

Por último, para cerrar esta parte dedicada a los testigos directos, no puede dejar de recogerse aquí, por su claridad y crudeza, la intervención del diputado **Dr. Figuera Álvarez** durante la comparecencia en la Asamblea de Madrid del consejero de Sanidad de la Comunidad, Dr. Ruiz Escudero:

“ Nosotros, como responsables políticos, tenemos que ver lo que pasó, y lo que pasó fue que esa tormenta perfecta en que ustedes se encontraron, con una sanidad pública mermada por tantos años de recortes, no pudo hacer frente a la crisis enorme de pandemia que hubo entre el 15 de marzo y el 17 de abril; por eso, en esos momentos ¡se hicieron esos protocolos!... Yo estuve en contacto continuamente con el doctor Carlos Mur, porque tengo una relación de amistad con él, y me pasó parte de la información. **Esos protocolos se hicieron por criterios políticos, ¡no por criterios médicos!**, porque no había suficientes medios para atender a los pacientes en los hospitales. ¡Los hospitales se colapsaron! —hay que decirlo con toda claridad— Los sanitarios nos enfermamos en una medida muy importante. Cuando se construyó Ifema tuvimos que trasladar a parte de los sanitarios de Atención Primaria a cubrir Ifema y nos quedamos desmantelados... y hay que reconocer que hubo un colapso en los hospitales, y al no poder atenderlos a todos **hubo un intento de triaje masivo que se trasladó a las residencias** y también a algunos domicilios ... ¡Esta es la pura verdad! ¿Qué pasó? Que en las residencias se filtraron, se filtraron de manera muy fuerte, **¡y fueron muy eficaces esos protocolos!**, pero serán los jueces los que digan si rayaron la ilegalidad, ¡porque **hubo gente que se quedó sin ser atendida de manera adecuada**... ¡Esa es la verdad!

”

D.3. CONCLUSIONES PRELIMINARES

Las personas fallecidas sin atención hospitalaria en residencias, en marzo y abril de 2020, fueron 7.291. Algunas de estas personas no hubieran requerido traslado por sus condiciones terminales, pero la mayoría sí. Ciertamente, aunque se hubiera derivado a todos los pacientes que los profesionales de la residencia, los familiares, o los propios residentes consideraran que podían beneficiarse de la atención hospitalaria, **no todos hubieran sobrevivido; pero sí muchos de ellos**, pues los tratamientos hospitalarios se fueron afinando en las primeras semanas para dar respuesta a los síntomas y mecanismos fisiopatológicos letales (trombosis, tormenta de citoquinas...).

Entre enero y marzo de 2020, las defunciones diarias de personas que vivían en las residencias, ocurridas en los hospitales, era de 20/día, un número similar al de las personas que fallecían en las residencias. En el periodo de restricción de las derivaciones, el número de fallecidos en hospitales de personas que vivían en residencias llega a 40/día, mientras que los fallecidos diarios en las residencias alcanzan los 300/día (Béland et al., 2024); estos datos nos indican una diferente capacidad de atención en residencias



y hospitales. A partir de las primeras semanas de abril, cuando se levantan las restricciones y se admiten las derivaciones con normalidad, los defunciones diarios comienzan a descender y en el mes de mayo observamos que el número de defunciones diarios es menor de 20 tanto en las residencias como en los residentes que fallecen en hospitales. Por ello podemos estimar que, en las residencias de la Comunidad Autónoma, al reducir drásticamente las derivaciones a hospitales, sin haber medicalizado las residencias, murieron en marzo y abril de 2020 miles de personas cuya muerte podía haberse evitado con una atención sanitaria adecuada, atención a la que los residentes tenían igual derecho que el resto de la ciudadanía.

Cuando llegó la pandemia **se planteó el dilema** (ético y jurídico) de cómo dar respuesta a una probable saturación de los medios disponibles para combatir el virus –principalmente medios de detección y prevención, ventilación mecánica invasiva y camas de UCI– a medida que aumentarían progresivamente las hospitalizaciones. **La búsqueda de equilibrio se guió por dos consideraciones: por un lado, las posibilidades máximas del paciente de sobrevivir al virus**, prestando atención al pronóstico en la infección SARS-CoV-2; **por otro, el número máximo de años que se podía asegurar a ese paciente tras el alta hospitalaria, criterio utilitarista basado en la esperanza de vida.**

Una investigación reciente concluye que durante marzo-abril de 2020, mientras que las derivaciones hospitalarias disminuían debido a las intervenciones del gobierno de la Comunidad de Madrid, las muertes diarias de residentes dentro de las residencias aumentaban. Los aumentos en la ocupación de camas hospitalarias de Unidades de Cuidados Intensivos y otras camas hospitalarias sugieren que el gobierno de la Comunidad de Madrid optó por proteger a los hospitales del colapso restringiendo las derivaciones hospitalarias de las residencias **sin implementar simultáneamente estándares de atención de crisis.** (Béland et al., 2024)

El 3 de marzo **se crea la figura del geriatra consultor** (o geriatra de enlace) en los hospitales, que va a ser la persona encargada de autorizar o rechazar los ingresos desde las residencias. Estos geriatras no iban a atender personalmente a los residentes enfermos, sino que eran informados por teléfono del diagnóstico por el médico de las residencias (en seguida veremos que esto no fue así). Con base en ello habrían de tomar (se afirma que individualizadamente) la decisión de derivar al residente al hospital, o no.

Se supone que, al mismo tiempo, se iban a medicalizar las residencias para atender a los pacientes in situ, con medicación, oxigenoterapia, profesionales sanitarios suficientes... Sin embargo, a pesar de que esta medicalización no se hizo ni de forma mínimamente eficaz (como se ha visto en el punto anterior), sí se redujeron drásticamente las derivaciones a partir del día 7 de marzo. Ese día se puso en marcha la Gestión Centralizada de Camas de la Consejería y la Mesa de gestión de traslados del SUMMA 112. Seguramente el 112 empezó a pedir autorización a los geriatras de enlace de cada hospital. Es posible que los geriatras exigieran un documento firmado por la Consejería con los criterios a aplicar, y de ahí surgieron los protocolos.

Es cierto que existe una discusión en torno a la **obligatoriedad** o no de los protocolos. Diversos juristas que se han pronunciado sobre el Protocolo de no derivación sostienen que la naturaleza jurídica del documento es **la de una “orden de servicio” o “instrucción”**, que deben cumplir todas aquellas personas que dependen jerárquicamente del órgano que las dicta. A su entender, el Protocolo encajaría en el artículo 6 de la Ley 40/2015, en el que se determina que *“los órganos administrativos podrán dirigir las actividades de sus órganos jerárquicamente dependientes mediante instrucciones y órdenes*

de servicio". Resultaría llamativo que un acto administrativo que dispone cómo debe llevarse algo a cabo fuera de cumplimiento discrecional por los destinatarios. Sea como fuere, lo cierto es que de las declaraciones efectuadas en las comparecencias ante la Asamblea, y también ante la Comisión de la Verdad, existe la convicción de que se asumieron como tales, y esto debió ser porque tal era su propósito, obligar.

En cualquier caso, el **elemento clave sobre la legalidad o ilegalidad de las derivaciones** es saber si se estableció un 'protocolo de guerra' pero con criterios médicos e individualizados para decidir el traslado a los hospitales, o bien lo que se aplicó fue un **triaje masivo e indiscriminado**, encubierto con la existencia de unos geriatras de enlace que, en realidad, no pudieron materialmente atender de forma mínimamente personalizada cada una de las solicitudes de derivación por parte de las residencias.

En este sentido es revelador el Informe de la **doctora Zamora**, en la que admite que no existía valoración individualizada sino simplemente comprobación de la escala de Barthel.

O lo declarado en la Comisión Ciudadana por el médico epidemiológico y neumólogo **Francisco Pozo Rodríguez**:

“Las restricciones a los ingresos hospitalarios que se produjeron en Madrid parece que es una singularidad. Yo no tengo datos de que se hayan producido en otros sitios, pero igual sí. Estas restricciones, por un lado cometen una importante transgresión clínica: juzgan la necesidad de ingreso o la posibilidad de ingreso en función de agrupamientos: pacientes por encima de tal edad, pacientes en silla de ruedas, pacientes tal. Y eso clínicamente no es correcto. Las decisiones sobre transferir o no a la UVI, al hospital, deben hacerse desde el punto de vista de la ética clínica sobre datos individuales”

O lo revelado por el **Sr. Reyero** en su declaración ante la misma Comisión Ciudadana:

“El criterio [para el traslado] era de movilidad, no era otro. Una directora de una residencia de Alcorcón lo explicó muy bien en la comparecencia en la Asamblea: una persona, por el hecho de ir en una silla de ruedas, ya quedaba excluida. Es algo que es absolutamente terrorífico. Además no tiene, creo, ningún sentido médico”.

O el intachable argumento de **Carmen Miquel**, de Amnistía Internacional:

“Hay un tema aquí que no debemos olvidar y es que es el único Protocolo que hubo en su momento referido al lugar donde residían las personas. Es decir, aunque el Protocolo incorpore criterios de fragilidad y de discapacidad, al final la decisión es en bloque por el lugar donde reside la persona. Entonces, aunque hay muchos otros criterios, el Protocolo y también otras personas lo dijeron así, realmente no se miraba el detalle, no había capacidad. Es decir, no había una valoración individualizada, donde un médico pueda tomarte tus constantes y básicamente valorar lo que está pasando contigo en tiempo real. Hemos visto que no había personal en la residencias, y que cuando lo había eran auxiliares que estaban desbordadas, entonces pretender que un geriatra de enlace por teléfono, con una



ayuda de una auxiliar o algo que alguien ha tomado en una nota el día anterior, eso sea una valoración individualizada... No nos podemos engañar. Entonces la discriminación en bloque, que no se nos olvide, era por el lugar donde vivían estas personas, además de por la edad, la discapacidad y otros factores ”.

Por lo demás, ¿con quién hablaban los geriatras en las residencias para decidir qué hacer? ¿Siempre con médicos? Esto no es posible porque la mayoría de las veces no los había; hablaban con las directoras, las fisioterapeutas, las enfermeras (si las había), las auxiliares... De modo que **la versión que defiende que cada negociación de traslado a un hospital a cada persona mayor usuaria de residencia estuvo basada en un mínimo estudio individualizado de caso no es creíble**, desde ningún punto de vista. Más bien aparece como obvio lo contrario; tal y como se apunta en la comparecencia del diputado **Figuera Álvarez** en la Asamblea:

“ Hubo un intento de triaje masivo en las residencias... y fue eficaz ”.

En efecto, las declaraciones de todos los testigos, salvo las de las autoridades responsables de los famosos protocolos, insisten en que estos respondieron a una planificación de los recursos en la que los ancianos de las residencias quedaban excluidos. En consecuencia, **estamos en presencia de restricciones de ingresos hospitalarios que supondrían**, cada una de ellas y en su conjunto:

- ▶ Una **grave transgresión clínica**, la de decidir la posibilidad del ingreso en función de agrupamientos (en lugar de en función de decisiones individualizadas), por edad, por discapacidad o por enfermedad.
- ▶ Una **grave transgresión jurídica**, pues se discriminó a las personas mayores en residencias por su sola condición de vivir en ellas y ser vulnerables.

Un último dato importante a tener en cuenta respecto al impacto del Protocolo es el siguiente: **en cuanto se empiezan a normalizar las derivaciones** (en la segunda quincena de abril de 2020), **se reduce significativamente el número de residentes fallecidos**.

Por supuesto, en un tema tan complejo no se puede pensar que un efecto concreto se debe a una única causa. En la segunda quincena de abril se había reducido la carga vírica y ya había fallecido un número importante de residentes, circunstancias que sin duda también contribuyeron a la caída del número de decesos. Pero parece evidente que, al ser muchas más las personas atendidas en los hospitales, el sistema sanitario logra salvar la vida de una parte de los pacientes. El razonamiento contrafáctico es disparatado: supone defender que las 7.291 personas que murieron sin atención médica en las residencias en marzo y abril de 2020 habrían muerto igual en caso de que las 7.291 hubieran recibido un tratamiento médico adecuado. ¿De verdad alguien puede sostener que los sanitarios madrileños no habrían sido capaces de salvar ni una sola de esas vidas?

El Gobierno regional, al abordar el tema del frenazo a las derivaciones, ha utilizado diversos argumentos para intentar justificarlas. En mayo de 2020 la presidenta madrileña aseguró falsamente en la Asamblea que el Protocolo de derivación era “un borrador”. Otro argumento habitual ha sido que se habían producido

miles de derivaciones, obviando que el problema no está en los traslados hospitalarios que sí se hicieron, sino en aquellos que no se realizaron en cumplimiento del Protocolo de no derivación. En febrero de 2024, la presidenta Díaz Ayuso recurrió a un nuevo argumento: **aunque se hubiera trasladado a los residentes al hospital, habrían muerto igual**. Los datos oficiales del propio Gobierno madrileño (del Portal de Transparencia) demuestran que **esa afirmación no es cierta. En marzo y abril de 2020, se produjeron 6.308 derivaciones desde las residencias a los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid: 2.305 en marzo y 4.003 en abril. Y, en el mismo periodo, fallecieron en el hospital 2.179 residentes y sobrevivieron 4.129**. Por tanto, **salvaron su vida el 65% de los residentes trasladados al hospital en los meses de marzo y abril**.

Parece lógico pensar que un porcentaje similar de supervivencia se habría producido entre las 7.291 personas mayores que fallecieron en las residencias de haber sido trasladados al hospital, dado que el criterio principal para no trasladarlos fue la dependencia física o el deterioro cognitivo.

Estas cifras oficiales del Gobierno madrileño son congruentes con dos estudios específicos realizados en hospitales públicos madrileños. El primero muestra que de 130 residentes trasladados al Hospital Ramón y Cajal en marzo y abril de 2020, sobrevivieron 94, lo que supone que salvaron su vida el 72,3%. El segundo se centró el Hospital Infanta Sofía: de los 292 residentes ingresados entre marzo y junio de aquel año, sobrevivieron 168, es decir, el 57,5% (Zunzunegui, 2023).

La conclusión es que lo ocurrido a las personas mayores que vivían en las residencias durante la crisis sanitaria respondió a un **plan perfectamente trazado** por el Gobierno de la Comunidad de Madrid dirigido a impedir que los residentes enfermos llegasen a los hospitales o a Ifema, un plan que impactó de forma ilícita y brutal contra los derechos fundamentales de las personas residentes en los centros.

En último término, la contravención por parte del ejecutivo autonómico de la obligación positiva de los poderes públicos de proteger la vida de personas en situación de vulnerabilidad que se hallaban bajo su tutela refuerza la idea de que pudo cometerse un **delito de omisión del deber de socorro**, conforme a los artículos 195 y 196 del Código Penal. El Gobierno de la presidenta Díaz Ayuso desatendió a personas desamparadas en peligro manifiesto y grave, primero no medicalizando las residencias y, más tarde, denegando a los residentes la asistencia sanitaria que los poderes públicos estaban obligados a proveer y a la que ellos tenían derecho, y derivándose de todo ello un riesgo grave para la salud y la vida de las personas, tal y como contempla el tipo penal y tal y como sucedió.

D.4. LOS DERECHOS VULNERADOS

La (no) medicalización y la (no) derivación hospitalaria consecuencia de las decisiones de política sanitaria tomadas a partir del 7 de marzo, que culminaron con el envío de los protocolos, son en realidad las dos caras de la misma moneda:

“ Yo siempre digo que no podemos entender el Protocolo sin la ausencia de medicalización. Las dos cosas van absolutamente ligadas ” **Alberto Reyero**



La no derivación, con unas residencias adecuadamente medicalizadas, hubiera estado justificada; sin una mínima atención médica en las residencias, no derivar significaba desposeer arbitrariamente (de forma discriminatoria) a las personas mayores de su derecho a la protección de **la vida** y de **la salud**, así como a no sufrir **maltratos físicos y psíquicos**. La argumentación debe ser una reproducción de la descrita en el punto C.4., y allí nos remitimos. Solo dos consideraciones al respecto:

1ª. El nuevo criterio de derivación utilidad versus vulnerabilidad es contrario a los derechos humanos

En medicina siempre se ha ordenado la atención a las personas en función de la situación clínica de cada uno, empezando por las más vulnerables, las que tenían mayor riesgo de muerte inmediata (herida abierta de cabeza, infarto de miocardio...), después las más graves (cáncer), después las menos graves, aunque con procesos incapacitantes (hernia disco, litiasis renal), y luego las personas con procesos más leves (esguince de tobillo...). No se ha ordenado por el criterio de quién tenía menos discapacidad, menos enfermedades, más fuerza para remontar la situación, o menos edad. Desde luego, siempre, en todos los casos, se deben indicar intervenciones que puedan beneficiar a los pacientes y es rechazable cualquier intervención de la que no se espere que pueda alterar el curso de la enfermedad (tratamiento o diagnósticos innecesarios, encarnizamiento terapéutico). Pero, **cuando un profesional considera que un tratamiento puede beneficiar a un paciente** (medicación, oxigenoterapia, etc.), **el orden de atención debe ser por gravedad**, por vulnerabilidad, no por utilidad.

La Consejería de Sanidad de Madrid decidió el cambio de criterio, de la vulnerabilidad a la utilidad, es decir, atender a los más capaces y no atender a los más vulnerables.

Así lo entiende también **Rubio**:

“*La intervención médica empezó a vincularse a la propia viabilidad de la vida es decir, a la capacidad de superar la enfermedad y seguir viviendo el máximo número de años. Lo importante no era tanto que un paciente pudiera curarse, sino que la curación se aplicara a un cuerpo que pudiera proyectarse en el tiempo. Así, se consideraba que alguien joven, previamente sano y con una alta esperanza de vida, tenía una vida plena, y esa valoración actuaba como un factor de apoyo que aseguraba la continuidad de esa persona en caso de exposición al virus. A las personas mayores, por el contrario, se les negaban los medios que podrían haberles permitido seguir viviendo, ya que sus cuerpos pasaban a ser vistos como cuerpos ya enfermos, especialmente si esas personas estaban institucionalizadas*” (Rubio, 2022, 467).

Es decir, aplicar un “cuestionario” de exclusión / derivación según la falta de capacidad de la persona, según sus otras patologías. Aunque el protocolo dice que es orientativo y que se haga esa deliberación entre el profesional de la residencia y el geriatra del hospital (que es el que decidirá el traslado o no traslado), los testimonios disponibles muestran que esa evaluación clínica de cada paciente por los geriatras de hospital fue materialmente imposible. Lo común es que se pedía telefónicamente información sobre si el paciente cumplía o no los criterios de derivación. Los resultados de disminución drástica de derivaciones son la prueba de que se había establecido una barrera difícil de superar.

Hay que tener en cuenta que la **Sociedad Española de Geriátría y Gerontología**, en sus recomendaciones de 18 de marzo de 2020 para el manejo de la infección COVID-19 en residencias de personas mayores, dice textualmente:

“*Las derivaciones al hospital de agudos de ancianos con COVID-19 desde una residencia de mayores se han de reducir al máximo, en todo caso, no ha de basarse la limitación en la edad sino en criterios de situación funcional y pronóstico y ser individualizadas*”
(Recomendación 2.1.2).

Adviértase que la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología recomendó basar el traslado al hospital en el criterio de funcionalidad. Es decir que no se considera únicamente el pronóstico del paciente infectado por COVID-19 o la gravedad de su infección respiratoria aguda, sino que se incluye la valoración de su función física y cognitiva. Este tipo de lenguaje de la SEGG permitió que se utilizara un criterio de utilidad para la hospitalización sin tener en cuenta que muchas residencias no contaban con los medios profesionales ni materiales para prestar una atención médica adecuada, ni para tratar la infección COVID-19 ni para procurar una muerte digna.

2ª. La no derivación por el hecho de vivir en una residencia de personas mayores es discriminatoria y arbitraria, y por ello ilegal

Además de entender que el criterio establecido es contrario a Derecho, también debe entenderse que lo es aplicación discriminatoria por lugar de residencia, ‘por código postal’.

Aunque no hubieran existido más recursos alternativos, los criterios de atención hospitalaria (urgencias, ingreso) debieron ser igual para personas que vivían en residencias o que vivían en su casa. Puede que hubiera órdenes verbales para no trasladar personas mayores o con discapacidad desde sus casas, y puede que el SUMMA-112 les negara el traslado. Sin embargo, el Gobierno de la Comunidad de Madrid solamente estableció protocolos escritos con criterios de derivación en las residencias. En la práctica, las residencias se convirtieron en una trampa mortal.

Un ejemplo que muestra esta discriminación es que **si se tenía seguro privado se podía ir a un hospital privado y contar con ambulancia de traslado** (aunque se estuviera en los criterios de “no derivación” de la Comunidad de Madrid). Si no se tenía seguro privado, aunque se estuviera enfermo y la Comunidad de Madrid tuviera un acuerdo para la derivación de pacientes a ese hospital privado, no se autorizaba la derivación. El ex alcalde de Leganés, **Santiago Llorente**, relató en su comparecencia cómo había observado un traslado en ambulancia al hospital de un residente con seguro privado:



“ Vi con mis propios ojos en la puerta de esta residencia como llegaba una ambulancia de una empresa privada que devolvía un paciente, un señor mayor, cuyos familiares habían contratado esta ambulancia, que habían ido al hospital de Leganés y no lo habían admitido, al hospital de Getafe y no lo habían admitido, al Doce de Octubre y no lo habían admitido. La solución que adoptaron estos familiares fue llevarse a este residente a su casa. Pero justo en ese momento llegó otra ambulancia a recoger a otro residente. Les dijimos que no se lo iban a admitir en ningún hospital. Me dijeron: es que tenemos seguro privado y ya tenemos plaza en Monte Príncipe. Uno se sorprende. ¿No estaba centralizado el mando único en la Comunidad de Madrid? ¿No estaban todas las plazas disponibles en los hospitales privados a disposición de la Comunidad de Madrid para que cualquier persona necesitada pueda ocupar una plaza de hospital pública o privada en función de las necesidades? Me di cuenta de que esto no era así ”

E. HOSPITAL DE CAMPAÑA EN IFEMA

El Gobierno de la Comunidad de Madrid puso en marcha un **hospital de campaña en las instalaciones de IFEMA**, el recinto ferial de Madrid. Puesto en marcha en apenas 48 horas, estuvo abierto entre el 22 de marzo y el 30 de abril y atendió durante ese periodo a 3.811 pacientes, según los datos oficiales de la memoria del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) de 2020.

El hospital de IFEMA tenía una capacidad teórica de 5.500 camas, aunque sólo se pusieron en marcha 1.300, según la citada Memoria del SERMAS:

“ El pabellón 9, completamente habilitado en apenas 4 días, se dotó de 750 camas de hospitalización y 16 puestos de UCI. Posteriormente, se habilitó el pabellón 7, con 550 camas de hospitalización. Por tanto, el número total de camas habilitadas fue de 1.300 camas a pesar de tener capacidad para alcanzar las 5.500 camas ”

La Comunidad de Madrid no escatimó a la hora de enviar recursos humanos al hospital de IFEMA, que absorbió hasta 3.000 profesionales sanitarios. Así lo explica el SERMAS:

“ Una vez puesto en marcha, prestaron servicio en el Hospital profesionales de los 3 ámbitos del Servicio Madrileño de Salud (Hospitales, Atención Primaria -que se ocupó de los dos turnos de día- y SUMMA112 -que se ocupó del turno de noche-), acercándose casi a 3.000 personas si tenemos en cuenta la totalidad de efectivos ”

La puesta en marcha de Ifema conllevó el cierre de los 102 centros de Atención Primaria, así como de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), cuyo personal constituyó el grueso de los sanitarios que trabajaron en el hospital de campaña. Ello provocó una saturación aún mayor de las urgencias hospitalarias.

Durante las seis semanas que estuvo operativo IFEMA como hospital de campaña para tratar a los enfermos de COVID-19, las residencias de Madrid quedaron diezmadas, como hemos visto con anterioridad. Y, entre el 22 de marzo y el 30 de abril, 6.339 personas murieron en el centro donde vivían, sin ser trasladadas a un hospital. De ellas, más de 5.700 fallecieron con COVID-19 o síntomas compatibles.

A IFEMA solo fueron derivados 23 residentes y todos ellos tenían síntomas leves: 12 del centro Monteverde, en Villaviciosa de Odón, y 11 de Sol Salud, en Collado Villalba.

Sorprende también la decisión de cerrar IFEMA, que se ejecuta el 30 de abril, pero se adopta bastantes días antes. De hecho, según los datos del SUMMA, el último traslado al hospital de campaña se produjo el 22 de abril. En esas fechas seguían falleciendo más de cien residentes cada día. Sin embargo, el Gobierno madrileño entendió que no era necesario mantener abierto el hospital de campaña.

En la carta enviada el 11 de abril de 2020 por el entonces consejero **Alberto Reyero** envió a su homólogo Enrique Ruiz Escudero, el primero se quejó de que no se hubieran podido derivar residentes enfermos a IFEMA:

“ En semanas anteriores hemos hecho distintas propuestas para que los usuarios de residencias pudieran derivarse a otros recursos, ya fuera a los hoteles medicalizados puestos en marcha o que incluso se reservara espacio en IFEMA para ellos. Sobre estas propuestas hemos tenido respuestas negativas en un primer momento ”

Pese a ello, Reyero insiste en la necesidad de trasladar residentes a IFEMA:

“ Entendemos que serán decisiones basadas en criterios clínicos, médicos o sanitarios, pero también entendemos que deberían derivarse más pacientes de residencias a centros hospitalarios, sobre todo, ahora que tanto IFEMA como el resto de hospitales empiezan a estar en una situación de menor presión asistencial que en semanas anteriores ”

La menor presión asistencial fue utilizada por el Gobierno de la Comunidad de Madrid para **presumir de “repliegue sanitario”**, y en esa estrategia se inserta el cierre del hospital de IFEMA. Una política que también provocó en aquel momento la indignación de Reyero, tal y como indica en la citada misiva del 11 de abril:

“ Tampoco puedo dejar de citar la decepción que supone escuchar mensajes que mencionan un repliegue sanitario en la Comunidad, como consecuencia de la mejora en la situación hospitalaria general, y que eso no suponga ningún refuerzo sanitario en las residencias, cuando es absolutamente necesario y venimos insistiendo en ello repetidamente. No lo puedo entender ”



En su comparecencia ante esta Comisión Ciudadana, Alberto Reyero también concedió gran importancia a dos cuestiones relacionadas con el hospital de campaña: el desvío hacia IFEMA de personal sanitario y el hecho de que luego no se atendiese allí a residentes enfermos:

“ No había en muchos casos posibilidad de trabajar con personal sanitario para que trabajaran en las propias residencias. El personal social es un segundo nivel con respecto al personal sanitario, en niveles salariales y en niveles de carga de trabajo. Y eso, en muchos casos, **significó que el sistema sanitario actuara de aspiradora de personas que estaban trabajando en las residencias.** Las residencias estimamos que sufrieron en ese momento en torno **a un 40% de bajas.** El propio sistema lo que consiguió, en lugar de aportar médicos a las residencias, fue quitárselos. Médicos o enfermeras. Por eso es importante hablar del caso Ifema. En Ifema se pusieron muchos recursos. Según informaciones en prensa, los médicos que estaban atendiendo los centros de salud, que se cerraron, se enviaron a Ifema. **Esos médicos hubieran tenido mucho mejor resultado si en lugar de enviar a Ifema, que era un lugar en el que luego vimos que solo se atendió a personas con pronóstico leve, se hubieran enviado a las residencias,** hubiéramos estado en otra situación absolutamente distinta. .

En muchos casos contar con la atención sanitaria, con los medios adecuados, no hubiera significado que se salvaran todas las vidas que nos hubiese gustado salvar. Eso es algo que no podemos negar. Pero **seguro que podríamos haber salvado más vidas, y una cosa que también es muy importante, podríamos haber ayudado a personas a que murieran con dignidad.** Muchas de las personas que fueron rechazada en las puertas de los hospitales murieron en una situación absolutamente indigna, en la que no contaban con la medicación adecuada ni los soportes adecuados para poder ser atendidos en las últimas horas de la vida ”

Durante su testimonio, Reyero recordó que había pedido de forma infructuosa al consejero de Sanidad el traslado de residentes a IFEMA y confiesa que el único criterio para no derivarlos fue de falta de movilidad:

“ Yo pedí de manera directa al propio consejero de Sanidad que se derivaran a Ifema y las razones fueron que allí no podía ir gente con problemas de movilidad. Esa fue la única razón que se me dio. En la Comisión de investigación [de la Asamblea de Madrid], el señor Mur se reafirmó en que él también había pedido eso y que le extrañaba que eso ocurriera ”

Carlos Mur, en una declaración judicial realizada en marzo de 2023 (ya citada en parte en este Informe, V.2.C.2), también admitió que el traslado del personal sanitario a IFEMA había impedido destinarlo a medicalizar las residencias:

“ El IFEMA supone la rotación de unos 600 médicos y 821 enfermeras, que proceden del cierre de los 37 servicios de urgencias de atención primaria, **personal con el cual en principio se pensaba medicalizar las residencias**. Y por las propias características del Ifema, ausencia de camas articuladas, de gerocultores, de auxiliares de enfermería, en los días iniciales **no admiten personas que tienen un alto grado de dependencia** porque no tienen los medios para atenderles allí. Yo después, personalmente, después de insistir mucho, tanto al consejero de Sanidad como al director médico del Ifema, conseguimos trasladar una serie de residentes, apenas 23, los cuales fueron dados de alta en los siguientes días. **Y nunca más fueron admitidos pacientes de residencias porque dijeron que no contaban con los medios para atender a personas de la tipología del mayor institucionalizado [...]**

De 475 residencias de la Comunidad de Madrid, aproximadamente siempre se movieron entre 65 y 70 residencias muy críticas, **la canalización de medios hacia otros dispositivos que se estaban abriendo no permitió contar con suficientes medios, sobre todo recursos humanos, médicos y enfermeras, para medicalizar todas las residencias como hubiera sido debido** ”

Esta declaración de Carlos Mur tiene un enorme valor para entender el papel fundamental de IFEMA en la medida en que deja establecidos los siguientes hechos:

1. El personal de atención primaria se iba a utilizar inicialmente para medicalizar las residencias, pero finalmente se envió a Ifema.
2. La “canalización de medios” hacia IFEMA impidió medicalizar residencias.
3. La razón alegada para no trasladar residentes enfermos fue que en IFEMA “no contaban con los medios para atender a personas de la tipología del mayor institucionalizado”. Es decir, por el simple hecho de vivir en una residencia, puesto que en este tipo de centros no hay una sola “tipología” de personas. La mayoría son personas con distintos grados y tipos de dependencia. Lo que hizo el Gobierno de Madrid fue identificar residente con persona dependiente y excluir a las personas dependientes del traslado a IFEMA.

En la misma línea se había pronunciado el firmante del Protocolo de no derivación en su comparecencia ante la Comisión de investigación de la Asamblea de Madrid:

“ El Ifema fue un hospital de campaña que se creó de la nada, en un pabellón, como bien recuerdan, del día 20 al 22 de marzo. En aquel momento los criterios que a nosotros nos habían trasladado el día 19 de marzo para poder ingresar a una persona en el Ifema eran que fueran pacientes sin problemas para la actividad básica de la vida diaria y sin deterioro cognitivo. Lógicamente no lo cumplían muchísimos residentes en las residencias de mayores. Lo mismo en el caso de los hoteles medicalizados. Yo hablé con mi compañera, con la directora general de Docencia e Investigación, que se encargaba de ello, y también con el propio consejero de Sanidad y, evidentemente, lo que me transmitieron o nos transmitieron a todos era que ni existían determinadas camas articuladas ni auxiliares o gerocultores para atender a personas mayores con un alto grado de dependencia, al igual que en los hospitales ”



El **IFEMA estaba reservado a las personas "salvables"**. Aunque se creó en un tiempo récord, su propia naturaleza evidenciaba la existencia de una *raison d'état* (o interés nacional) que suponía negar los nuevos recursos a aquellos individuos más difíciles de curar. Ciertos sectores de la población, que tenían una baja esperanza de vida debido a enfermedades crónicas o situaciones de dependencia, quedaron sin tratamiento y confinados, para evitar nuevos contagios. Esto respondía a una estrategia dirigida a preservar ciertas vidas en detrimento de otras.

Se podía haber derivado pacientes de residencias a IFEMA, o haber derivado más pacientes desde hospitales generales para dar cabida en esos hospitales a los pacientes de las residencias. Se podía haber puesto IFEMA al 100% de capacidad. No se hizo.

En definitiva, **lo ocurrido fue lo siguiente:**

- a.** En la Comunidad de Madrid estaban perfectamente identificadas las residencias de mayores como los lugares donde se estaba produciendo la mayor mortalidad.
- b.** El Gobierno madrileño manifestó la intención de medicalizar las residencias con el personal sanitario procedente de Atención Primaria, pero no lo hizo y lo destinó a IFEMA.
- c.** El Gobierno madrileño prohibió el traslado de residentes enfermos a IFEMA.
- d.** En las seis semanas que estuvo abierto el hospital de campaña, murieron 6.339 personas en las residencias madrileñas, sin recibir atención médica adecuada, puesto que primero el personal previsto para medicalizar los centros donde vivían se trasladó a IFEMA y después se impidió derivar a los mayores enfermos a IFEMA.

Lo que sí hizo el Gobierno madrileño fue **poner en marcha una potente operación de propaganda en torno a IFEMA**, al que bautizó como "el hospital milagro". El 1 de mayo, en el acto organizado para celebrar el cierre de IFEMA, Isabel Díaz Ayuso afirmó lo siguiente:

“*IFEMA se ha convertido ahora en el hospital milagro. Tanto es así que la paciente mayor que hemos tenido en este hospital de campaña tenía 103 años. Por eso se llama el hospital milagro, porque prácticamente todas las personas que han venido aquí han sanado, han curado para después pasar a hoteles medicalizados o irse a casa con los suyos*”

No mencionó cuál había sido la política de admisión en dicho hospital de campaña, que sin duda explica que "prácticamente todas las personas" atendidas en Ifema hubieran "sanado". Lógicamente, si se hubieran trasladado de forma masiva a Ifema los residentes que necesitaban cuidados con urgencia, una parte habría fallecido. Y entonces habría sido imposible bautizarlo como "hospital milagro".

Dentro de esa campaña de propaganda, el Gobierno madrileño presentó IFEMA como un hito que había sorprendido al mundo. Así lo expresó **Díaz Ayuso** en el acto de clausura del hospital:

“ Este proyecto ha sorprendido al mundo. Numerosos países nos han llamado, se han interesado por el proyecto porque ha creado al final una tendencia, ha sido un símbolo de la lucha contra una pandemia como la que está teniendo el planeta. Y es un orgullo saber que se han interesado por esto tantos otros países ”

Una idea que ya la propia presidenta madrileña ya había difundido unos días antes en una comparecencia en la Asamblea autonómica:

“ Señorías, ¡lo que ha ocurrido en Ifema sorprende al mundo! El jefe de expertos de COVID-19 de la OMS visitó la instalación y la describió como extraordinaria, ¡como un milagro! No hay ningún hospital en el mundo que haya manejado 1.000 enfermos de COVID-19 de manera simultánea, algunos de los cuales estaban graves. Y la mejor noticia: el número de altas ha sido superior a los 4.000 pacientes, que volvieron a casa o a hoteles entre aplausos, porque cada vez que uno de ellos recobraba la vida se iba con un aplauso. ¡Ese ha sido el maravilloso ambiente que se creó en el hospital de campaña! ”

De ese “maravilloso ambiente” no pudo beneficiarse lamentablemente ninguno de los miles de residentes que enfermaron gravemente y que eran los más necesitados de ese “milagro” médico. Y, cuatro años después, el Gobierno madrileño sigue sin responder a la pregunta esencial en este tema: ¿qué sentido tiene poner en marcha un hospital de campaña e impedir que atienda al colectivo que está padeciendo de forma más brutal la pandemia?

Lo cierto es que el hospital IFEMA aparece en el conjunto de la gestión como **el gran símbolo de la discriminación hacia las personas mayores**. Existiendo un ‘hospital milagro’ que se construyó para albergar 5.000 camas y que no acogió ni la tercera parte, no se entiende por qué miles de ancianos quedaron desprotegidos de su derecho constitucional a la protección de la salud, y con él a la vida y a la integridad física y moral. Resulta especialmente doloroso que el Gobierno de la Comunidad de Madrid ponga como ejemplo de éxito precisamente el instrumento que absorbió los facultativos que hubieran medicalizado las residencias y que cerró mortalmente las puertas a quienes necesitaban de sus cuidados.

F. LOS HOSPITALES PRIVADOS

Además del hospital de campaña creado en IFEMA, el Gobierno de la Comunidad de Madrid tuvo a su disposición otro recurso para atender a los residentes enfermos pero tampoco lo utilizó: los hospitales privados.

El 29 de abril de 2020, en la Asamblea de Madrid, la presidenta **Díaz Ayuso** afirmó lo siguiente:



“ El jueves 12 de marzo mantuve la primera reunión con representantes de la sanidad pública y privada para crear, de manera **histórica**, un **mando único** de la sanidad en Madrid, según el cual quedaban bajo las órdenes de la Consejería de Sanidad los 102 hospitales de la comunidad: 34 públicos y 68 privados; es decir, **funcionaríamos como un solo hospital**, que pasaba a tener 102 sucursales, y así creamos un sistema centralizado de UCI y compras. ¡Esta decisión ha salvado muchas vidas! ”

La decisión de aprobar ese mando único fue, sin duda, una buena idea ante la enorme crisis sanitaria desatada. Pero lo cierto es que, según los datos oficiales del Gobierno de Madrid, **ni una sola persona fue trasladada desde una residencia a un hospital privado¹⁶, salvo que tuviese un seguro privado, aunque hubiera plazas disponibles, según declararon representantes de estos.**

La memoria 2020 de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE) indica que la ocupación hospitalaria en hospitales privados cayó un 23% en marzo y un 58% en abril (pág. 54). Como consecuencia de la pandemia disminuyó la actividad programada (cirugías, diagnósticos) que realizan estos centros. Carlos Rus, presidente de ASPE, declaró el 3 de abril de 2020 que había 2.200 camas privadas de UCI y 2.000 respiradores en todo el país sin utilizar.

En la memoria del Sermas (2020, p.47) se indica que se preveía hacer conciertos para uso de estas camas. Era la vía más rápida. Estaban instaladas las camas y dotadas de personal. Se utilizaron en parte, pero solo para atender derivaciones de residentes desde hospitales públicos. Podían haberse utilizado mucho más, admitiendo traslados de residentes sin seguro privado (la inmensa mayoría de los residentes no tienen un seguro privado) directamente a hospitales privados.

Cómo funcionó el sistema lo detalló **Juan Abarca**, presidente de HM Hospitales, cuando compareció en octubre de 2020 ante la comisión de investigación de la Asamblea de Madrid a petición del Grupo Popular. HM Hospitales tiene el 10% de los centros sanitarios privados de la Comunidad de Madrid y es, junto al Grupo Quirón, el principal operador privado en la región. Abarca explicó que los residentes que trataron en sus centros venían de otros hospitales y nunca directamente de una residencia, salvo que tuvieran seguro privado:

“ Venían los pacientes siempre a través del hospital público. O sea, no venían los pacientes de la residencia; **solo nos venían pacientes de residencia cuando eran pacientes de aseguradoras**, que los traían las ambulancias de las aseguradoras. Pero los pacientes del Sermas venían siempre a través de un hospital público y, por tanto, no sabemos exactamente el número de pacientes que vinieron desde las residencias, desde los públicos ”

No obstante, antes de su comparecencia en la Asamblea, Juan Abarca repasó los expedientes clínicos para poder ofrecer cifras más concretas a los diputados. Así lo explicó el dueño de HM Hospitales:

¹⁶ El Gobierno madrileño, en una respuesta a través del Portal de Transparencia al periodista Manuel Rico, afirmó que no había derivado a nadie directamente desde residencias a hospitales privados.

“ *Nosotros atendimos 600 pacientes de la pública. Ya le digo que no podemos identificar bien todos los pacientes que vienen de residencias de la pública, porque vienen de hospitales públicos. Pero, buceando en las historias, nos salen 182 pacientes; de los cuales, 33 vinieron de la pública y 149 vinieron de la privada. Es lo que me ha pedido, ¿no? los que procedían de la pública venían sin seguro y los que procedían de la privada venían con seguro* ”

Por tanto, **la explicación de Juan Abarca coincide con la versión oficial del Gobierno de Madrid: no se trasladó a ningún residente enfermo a los hospitales privados, salvo que tuvieran un seguro privado, en cuyo caso se saltaban el sistema impuesto por el Protocolo de no derivación**. De este modo, **en las residencias se instalaron en realidad dos circuitos** con resultados diametralmente opuestos:

- ▶ **Si un residente no tenía seguro privado, se le aplicaba el Protocolo de no derivación y la ambulancia del SUMMA 112 no iba a buscarle** salvo que tuviera autorización expresa del geriatra de enlace.
- ▶ **Si un residente tenía seguro privado, iba a buscarle la ambulancia privada y le llevaba a un hospital privado**, dejando sin efecto tanto el Protocolo de no derivación como la figura del geriatra de enlace.

En su declaración ante esta Comisión Ciudadana, **Alberto Reyero** también incidió en esta discriminación:

“ *Otro tema importante son los hospitales privados. Luego nos enteramos de que en muchos hospitales privados no se cubrieron todas las camas, hubo camas vacías, así lo reconocieron personas de los propios hospitales privados que acudieron a la comisión de investigación en la Asamblea. Por lo tanto, **el sistema no se utilizó al pleno rendimiento** que se tenía que haber utilizado. En muchos casos se podía haber atendido a personas en camas privadas. Esta persona que compareció, el presidente de Hospitales de Madrid, en la comisión de investigación dijo que no se había derivado a ninguna persona de una residencia a un hospital privado. Que solo habían conseguido sortear todo este sistema que se había establecido de exclusión aquellos que tenían un seguro privado y que eso les había permitido, por medio de una residencia privada, que fueran a recoger a las personas. Lo cual también me parece especialmente terrible. **Creo que en una sociedad democrática no nos podemos permitir que el tener dinero o no tener dinero suponga que te vayas a salvar*** ”

En definitiva, en lo que respecta a los residentes enfermos, no es cierto que en la Comunidad de Madrid operase un mando único de la sanidad. Los hospitales privados no estuvieron a disposición de quienes vivían en una residencia (salvo que tuvieran seguro privado).

Por tanto, en relación con las 7.291 personas mayores que fallecieron en los centros donde residían durante los meses de marzo y abril de 2020, tanto Ifema como los 68 hospitales privados fueron recursos completamente baldíos. Ni uno solo fue derivado a esos centros hospitalarios para intentar salvar sus



vidas. Fueron recursos a disposición del Gobierno madrileño, que éste decidió no utilizar. A día de hoy sigue sin explicar por qué vetó el tratamiento de residentes en IFEMA y en los hospitales privados.

G. OTROS RECURSOS

En los puntos anteriores se han analizado las cuatro grandes opciones que existieron para prestar atención sanitaria a los residentes enfermos: medicalizar los centros, las derivaciones hospitalarias, el traslado a Ifema y la atención en hospitales privados.

Para completar el mapa de **los recursos que estuvieron disponibles** es necesario fijarse también, aunque sea brevemente, en la gestión de los hoteles medicalizados, de los efectivos del SAMUR, y de los profesionales sanitarios de Médicos Sin Fronteras y Médicos del Mundo. También cabe fijarse en la eficacia en el uso de las instalaciones propias. Veamos alguna información y algunos datos.

■ Los ‘hoteles medicalizados’

Los hoteles medicalizados se crearon para atender a pacientes con síntomas leves, no dependientes, con evolución favorable de la enfermedad de al menos siete días en el hospital y once días en el domicilio. (Sermas 2020, p. 78)

Se habilitaron 14 hoteles, con 1.036 camas, de forma escalonada. Algunos datos respecto a estos recursos son los siguientes:

- ▶ Personal: trabajaron en ellos 149 médicos, 202 enfermeras y 130 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs).
- ▶ Ingresos: del 19 de marzo al 24 junio ingresaron 2.738 personas. (estuvieron operativos un máximo de 13 hoteles)
- ▶ En el momento de mayor ocupación estuvieron ocupadas 837 camas de las 1.036 totales

El 19 de marzo, la Comunidad de Madrid abrió el primer hotel medicalizado (Ayre Gran Hotel Colón, gestionado por el Hospital Gregorio Marañón). El Gobierno autonómico explicó así su funcionamiento en la **nota oficial** difundida el 4 de junio, día en que se clausuró:

“ En apenas 24 horas, los profesionales del Hospital Gregorio Marañón, convirtieron este hotel en un nuevo espacio sanitizado y lo dotaron de personal y recursos para que funcionase como una planta más del propio centro sanitario. El objetivo fue prestar asistencia sanitaria a los pacientes menos graves pero que sí requerían seguimiento y monitorización o que precisaban un lugar donde llevar a cabo la cuarentena ”

El consejero **Alberto Reyero**, en su carta de 11 de abril al consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, le recuerda las propuestas planteadas desde Políticas Sociales, entre ellas que los usuarios de las residencias

“... pudieran derivarse a otros recursos, ya fuera a los hoteles ‘medicalizados’ puestos en marcha, o que incluso se reservara un espacio en IFEMA para ellos. Sobre estas propuestas hemos tenido respuestas negativas en un primer momento”

A los hoteles medicalizados se podían haber enviado los pacientes leves que fueron al hospital de campaña IFEMA, mientras que en IFEMA debían haber aceptado pacientes de mediana gravedad.

Se tiene el testimonio del caso de una residente de la residencia Parque de los Frailes ingresada en el Severo Ochoa, hospital desde el que llamaron a la hija para preguntar si debían enviar a su madre de vuelta a la residencia en caso de mejoría. Al solicitar la hija que, en tal caso, la derivasen a un hotel medicalizado, le dijeron que no era posible por no cumplir los criterios requeridos.

De acuerdo con los datos oficiales del Gobierno madrileño, **ni un solo residente fue trasladado a un hotel medicalizado.**

■ EL SAMUR

La Comunidad de Madrid fue la que soportó mayor presión asistencial de toda España. Había comunidades autónomas que tenían recursos disponibles y a las que podría haber pedido ayuda. No solo Madrid no lo hizo, sino que profesionales sanitarios que trabajan en esta Comunidad **se desplazaron a otros territorios**. El ejemplo más claro es lo ocurrido con el SAMUR (Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate), que opera en el Ayuntamiento de Madrid. Efectivos de este servicio se desplazaron a Castilla y León.

Una decisión que provocó el malestar de **Alberto Reyero**, tal y como se recoge en la carta que envió el 11 de abril de 2020 al consejero de Sanidad:

“Por no mencionar que equipos de SAMUR se envíen en apoyo al sistema sanitario de Castilla y León. Sé que es una decisión que le corresponde al Ayuntamiento de Madrid y que persigue la solidaridad territorial que comparto, pero ¿no sería más adecuado que reforzaran la situación sanitaria en las residencias?”

■ Profesionales sanitarios de Médicos Sin Fronteras y Médicos del Mundo

El ofrecimiento de las ONG Médicos Sin Fronteras y Médicos del Mundo para prestar asistencia en las residencias fue rechazado o aceptado tarde y de forma parcial.

El testimonio de **Miriam Alía**, la médica responsable de emergencias de Médicos Sin Fronteras, ya recogido en el punto V.A.2 de este Informe, confirma que la Comunidad de Madrid permitió entrar en las residencias al personal sanitario de Médicos sin Fronteras únicamente después del 6 de abril, a través de Platercam. Un extracto de lo allí recogido:



“...En cuanto **a las residencias, nosotros nos pusimos a disposición de la Consejería de Sanidad primero, pero realmente no nos pidió nada**. Nos costó explicar qué podíamos hacer. Nosotros no podíamos hacer tratamiento, no podíamos hacer clínica en las residencias, porque no estamos autorizados para ello. Podíamos hacer formación, podíamos hacer sectorización y podíamos hacer todo lo que es prevención y control de infección. Es decir, evitar que los pacientes, residentes y trabajadores se contagiaran”

Por su parte, la **asociación de familiares de residentes Pladigmare**, el 8 de abril de 2020, escribió una carta a la presidenta Díaz Ayuso pidiéndole que aceptara la ayuda de profesionales de Médicos del Mundo:

“Nos hemos puesto en contacto con la ONG Médicos del Mundo que nos aseguran estarían encantados de poder entrar en Residencias para hacer un diagnóstico de la situación y establecer Planes de Prevención aplicables a todas ellas, que podrían salvar centenares o miles de vidas”

El **Sr. Miguel Ángel Rodríguez**, jefe de gabinete de la presidenta **Díaz Ayuso**, respondió que lo tenían todo bajo control dando a entender que no necesitaban ayuda externa. **No aceptaban la oferta de Médicos del Mundo** porque ya contaban con recursos suficientes:

“Hace tiempo que establecimos un mando único en la Consejería de Sanidad, que moviliza a profesionales de medicina y enfermería de atención primaria y de geriatría de los hospitales, y está coordinando eficazmente el trabajo de las Consejerías de Justicia, Interior y Víctimas ... y de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, y de la Delegación del Gobierno, y cuenta con la colaboración del Ayuntamiento de Madrid, la UME y voluntarios de Cruz Roja.

Las intervenciones han incluido desde el primer momento la realización de inspecciones físicas y diagnósticos en la red asistencial, el análisis de la situación existente en cada residencia, la identificación de necesidades y la detección de urgencias. A ello le siguen una valoración sanitaria, el establecimiento de un plan de actuación y el dictado de pautas para el personal de los centros. Y por supuesto, las residencias son puntualmente desinfectadas y en ellas se distribuyen EPIs como mascarillas, guantes, gafas y gorros.

Madrid ha sido la primera comunidad autónoma en implementar medidas específicas para garantizar la atención a las personas mayores..”

Firmado por Miguel Angel Rodríguez, Secretaria de la Presidencia de la Comunidad de Madrid el 8 de Abril de 2020

Una lectura somera de este Informe demuestra sin mayor esfuerzo la **falsedad** de todos y cada uno de los mensajes que esa carta contiene.

■ Ampliación del uso de las instalaciones propias

En 2020 había en la Comunidad de Madrid 13.240 camas instaladas, pero las camas en funcionamiento fueron 11.389, según datos de la memoria del SERMAS. Una decisión inmediata debió ser poner en funcionamiento las camas instaladas disponibles: 1.851. El incremento de camas hospitalarias habría podido contribuir a atender a las personas que vivían en las residencias.

■ Solicitud de apoyo a otras Comunidades Autónomas

Para poder ampliar el uso de instalaciones propias, poder completar la apertura del hospital de IFEMA, poder reforzar hospitales privados, o poder medicalizar las residencias con una mayor incidencia de COVID-19, se podía haber pedido apoyo a otras Comunidades Autónomas vecinas, para que cedieran temporalmente equipos de personal sanitario (de la misma manera que la Comunidad de Madrid envió personal de SAMUR a la Comunidad Autónoma vecina). Cuando en la Comunidad de Madrid la incidencia estaba aumentando muy rápidamente, en marzo de 2020, y cuando se estaban comenzando a saturar los hospitales, en otras Comunidades Autónomas, tanto la incidencia, como la ocupación hospitalaria y de camas UCI era mucho menor. El apoyo desde los Servicios de Salud de otras CCAA hubiera permitido que, durante el mes de marzo, se pudieran reforzar los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, evitando así la decisión de reducir drásticamente las derivaciones desde las residencias a los hospitales.

Todos estos hechos dejan en evidencia **la mala utilización de los recursos propios o creados al inicio de la pandemia** (como los hoteles medicalizados), **la adopción de medidas incomprensibles** desde el punto de vista de la gestión racional de recursos (el envío a otras comunidades de efectivos del SAMUR que se necesitaban en Madrid), **y el rechazo inexplicable de la ayuda** ofrecida por prestigiosas ONG como Médicos Sin Fronteras o Médicos del Mundo.

Las declaraciones de responsables del Gobierno madrileño apuntan a que, al menos parte de dichas decisiones, tenían como objetivo transmitir la idea de que la Comunidad de Madrid no necesitaba ayuda e incluso era solidaria con territorios limítrofes.



VI. EL DERECHO A LA VERDAD

VI. 1. EL DERECHO A LA VERDAD

Partimos de que la protección constitucional de los derechos fundamentales abarca tanto acciones de **prevención**, dirigidas a evitar que se vulneren, como de **reacción**, cuando el daño se produce. Pues bien, lo relatado en este Informe muestra que las personas que vivieron la pandemia en los centros residenciales de Madrid fueron víctimas tanto de una clamorosa ausencia de prevención antes de la crisis sanitaria, como de una incompetente, edadista y capacitista toma de decisiones una vez irrumpió la pandemia. Sabemos también del desinterés, opacidad y desprecio por parte del Gobierno autonómico de Madrid en relación con las reclamaciones sobre su responsabilidad en la gestión de las residencias. A continuación veremos cómo **el sistema judicial**, la garantía reactiva por excelencia, **se ha unido por ahora a este abandono**, renunciando a cumplir su deber de buscar la verdad de lo que realmente sucedió y dejando indefensas a las familias.

Las personas que tenían su casa —su vivienda, su morada— en los centros residenciales vieron menoscabados sus derechos fundamentales de forma grave. El derecho a ser tratados dignamente, el derecho a la vida, a la protección de la salud, a la intimidad personal y familiar, a no ser discriminados por su edad, por su discapacidad o por tener una enfermedad... estos derechos y algunos más fueron limitados o directamente suprimidos, ocasionando un sufrimiento extraordinario a miles de seres humanos, muchos de los cuales murieron.

No cabe duda de que las circunstancias en que estos hechos se produjeron fueron excepcionales, y que debido a ellas no solo quienes vivían en centros residenciales sino muchas otras personas vieron sus derechos restringidos de forma drástica. Sin embargo, **la información que tenemos sobre lo ocurrido en las residencias** —por los datos ofrecidos por la propia Comunidad Autónoma de Madrid, por informes de organizaciones independientes, por las revelaciones de testigos cualificados, profesionales, pacientes, familiares..., todo lo que se contiene en este Informe— **nos señala de forma más que indiciaria**, pero cierta y no especulativa, que, más allá del contexto de crisis, **se adoptaron por parte de las autoridades y de algunas personas privadas decisiones ilícitas, discriminatorias, con vulneración gravísima** (por la calidad de los derechos y por la cantidad de víctimas) **de derechos de personas en situación de especial vulnerabilidad**.

Pues bien, lo cierto es que **esos indicios más que razonables no han merecido una investigación a la altura de la gravedad de los hechos**, vulnerándose con ello la garantía imprescindible que en un Estado de Derecho se reconoce a todos los ciudadanos y ciudadanas: **un juicio justo** en el que no se produzca **indefensión**.

Así, a la violación de derechos provocada por un modelo de cuidados atrasado y disfuncional y por una serie de decisiones más que discutibles, se ha añadido la actitud de las autoridades responsables de llevar a cabo las mínimas averiguaciones —necesariamente rigurosas, pues la gravedad de lo sucedido así lo exige— para determinar si las decisiones fueron legales o ilegales. Con ello **se ha vulnerado el ‘derecho a la verdad’**, sin el cual la **tutela judicial efectiva** carece de fuerza alguna.

El **derecho a la verdad** es el derecho de la víctima o sus familiares a obtener de los órganos competentes del Estado el esclarecimiento de los hechos violatorios y las responsabilidades correspondientes, a través de la investigación y el juzgamiento de esos hechos. El derecho a la verdad es importante desde la perspectiva individual y desde la perspectiva social:

- ▶ Porque para las personas afectadas, la familia y los allegados de las víctimas, conocer lo que pasó constituye una forma de reparación a veces más importante que el reconocimiento de una indemnización.
- ▶ Porque contribuye a reforzar la confianza de la sociedad en las instituciones y en el Estado de Derecho.

El Tribunal Constitucional español (TC), resolviendo un caso de denuncia por torturas y tratos inhumanos y degradantes, ha afirmado que:

“ El derecho a **la tutela judicial efectiva sólo se satisface si se produce una investigación de lo denunciado que sea a su vez suficiente y efectiva**, pues la tutela que se solicita consiste inicialmente en que se indague sobre lo acaecido. Tales suficiencia y efectividad sólo pueden evaluarse **con las circunstancias concretas de la denuncia y de lo denunciado, y desde la gravedad de lo denunciado y su previa opacidad**, rasgos ambos que afectan al grado de esfuerzo judicial exigido por el art. 24.1 CE¹⁷ ”

Por su parte, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), en diversas sentencias¹⁸, ha configurado el ‘derecho a la verdad’ como elemento integrante del aspecto procesal de diversos derechos del Convenio Europeo de Derechos Humanos (artículos 2 -vida-, 3 -tratos inhumanos-, 5 -seguridad- y 13 -recurso efectivo-). Este elemento consiste en **la obligación positiva de los Estados de realizar la adecuada investigación de las circunstancias de una violación de derechos**, a efectos de proporcionar una adecuada reparación a la víctima.

Más allá de la problemática técnico-jurídica que plantea el derecho a la verdad –por ejemplo, respecto de la legitimación, quiénes son sus titulares, o quiénes pueden invocarlo en el curso de un proceso (las víctimas y sus familiares exclusivamente, o la ‘colectividad’)– lo cierto es que **la ausencia de una investigación adecuada y suficiente** para determinar las responsabilidades de una posible vulneración de derechos **supone** directamente la **ineficacia del derecho**. Si el derecho que se reclama es fundamental (como lo es la vida, o el trato discriminatorio por discapacidad o edad, o el acceso a la protección de la salud), entonces la falta de diligencia en la investigación debe considerarse una carencia muy grave.

Es cierto que los casos que han dado lugar a la jurisprudencia señalada se refieren fundamentalmente a torturas, detenciones secretas, desapariciones forzadas y deportaciones ilegales. Son casos en los que según los altos tribunales debe comparecer un **‘canon reforzado’** en la diligencia judicial, debido a la gravedad de los hechos y de los derechos vulnerados, y debido a la **opacidad pública** para investigarlos –la **dificultad para obtener pruebas** determinada por una conjunción de intereses público-privados– definida por una especie de ‘fuerza mayor’. En estos casos, el Tribunal Constitucional ha considerado que resulta exigible una **“diligencia reforzada del órgano judicial”**, no sólo “a la



vista de los derechos fundamentales en juego” y “de la gravedad de la vulneración”, sino también “de la absoluta necesidad de tutela de los mismos en ese contexto”¹⁹

Una mínima capacidad de observación nos permite descubrir que **lo ocurrido en las residencias geriátricas** de la Comunidad Autónoma de Madrid durante la pandemia **comparte rasgos esenciales** con aquellas circunstancias que exigen una especial diligencia del órgano judicial. Por una parte, la **gravedad de los hechos** acaecidos en las primeras semanas de la pandemia (en resumen, el encierro de miles de personas vulnerables y enfermas sin acceso a medios para proteger su salud) y la **gravedad de los derechos afectados** es incontestable, tanto por el valor de lo perdido (la vida, la integridad física y psíquica, la protección de la salud) como por la cantidad de víctimas (7.291). Por otra parte, y como veremos en seguida, **la dificultad de obtener pruebas** que sostengan las denuncias es más que patente, lo cual no quiere decir ni que sea imposible ni que se deba dejar de buscarlas por quienes tienen la responsabilidad de hacerlo. Por último, la **responsabilidad por la custodia** y por las decisiones que puedan afectar a quienes se someten a una autoridad determinada, en este caso del Estado. El paralelismo, indiscutible, justifica sobradamente que la interpretación favorable a esa especial diligencia se extienda a un caso como el que estudia este informe.

Antes de entrar en todo ello, **veamos qué ha hecho el Ministerio Fiscal en cumplimiento de su misión** de “promover la acción de la justicia en defensa de la legalidad, de los derechos de los ciudadanos y del interés público tutelado por la ley, de oficio o a petición de los interesados, así como velar por la independencia de los Tribunales, y procurar ante éstos la satisfacción del interés social” (art.124.1 CE y art.1 de la Ley 50/1981, de 30 de diciembre, por la que se regula el Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal).

VI. 2. LA (NO) INVESTIGACIÓN DEL MINISTERIO DEL PÚBLICO

Los hechos demuestran, como se verá en adelante, que **la Fiscalía no ha tenido interés en investigar** lo ocurrido en las residencias de la región y, además, la fiscal superior de Madrid -Almudena Lastra- ha elaborado un discurso oficial en línea con el Gobierno regional, un discurso que sepulta la verdad con el objetivo de evitar cualquier investigación penal. Los **casos** en los que el Ministerio Público ha mostrado una actitud proactiva son **escasísimos** –se puede citar la proposición de prueba de la fiscal en el curso de las diligencias previas 838/2021 abiertas en el Juzgado de Instrucción n.º 7 de Madrid–, pero tienen un enorme valor porque muestran cuál debería haber sido la actuación de la Fiscalía.

Además de **denuncias** o querrelas **individuales**, en la Comunidad de Madrid se plantearon iniciativas judiciales por parte de **familiares agrupados** en las dos asociaciones de familiares que estaban activas cuando se inició la pandemia: Marea de Residencias y Pladigmare (Plataforma por la Dignidad de las Personas Mayores en las Residencias).

En 2020, Pladigmare presentó 59 denuncias ante la Fiscalía por hechos ocurridos en residencias de Madrid donde la mortalidad fue especialmente alta. En 39 casos se incoaron diligencias preprocesales

¹⁷ SSTC 34/2008, de 25 de febrero (fj.6) y 52/2008, de 14 de abril (fj.2), siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre este particular (por todas, SSTEDH de 16 de diciembre de 2003, Kmetty c. Hungría, § 37, y de 2 de noviembre de 2004, Martínez Sala y otros c. España, §156).

¹⁸ Por ejemplo, McCann y otros c. Reino Unido, 1995; Orhan contra Turquía, 2002; Campeanu c. Rumanía, 2011.

civiles, todas ellas archivadas. De los otros 20 asuntos, en los que se abrieron diligencias de investigación penal, 16 se archivaron sin ni siquiera haber llamado a los familiares denunciantes para que pudieran declarar o aportar pruebas. La **Fiscalía sólo ha llevado a los tribunales dos denuncias**, que afectan a la residencia pública Adolfo Suárez y el centro de Orpea en Carabanchel, mientras que en otros dos casos el Ministerio Público dejó de investigar porque ya estaban abiertos procedimientos penales en los juzgados, por lo ocurrido en Orpea Valdemarín y DomusVi Usera.

El hecho de que, en la inmensa mayoría de las denuncias, **la Fiscalía no realizase la más mínima actuación investigadora** da una idea del escaso interés mostrado por el Ministerio Público para esclarecer los hechos. Una pasividad que incluyó a **los propios familiares de las víctimas, que ni siquiera fueron** llamados a declarar. Algo que va en contra de la propia normativa del Ministerio Público.

La Instrucción de la Fiscalía General del Estado (FGE) núm. 8/2005, sobre el deber de información en la tutela y protección de las víctimas en el proceso penal, señala en su punto 4 que:

“*[e]n los **delitos de especial gravedad**, antes de solicitarse por el fiscal el sobreseimiento provisional por falta de pruebas, procurarán los Sres. Fiscales contactar previamente con la víctima, si no estuviera personada, a fin de asegurar la inexistencia de medios o diligencias de prueba que no hubieran aflorado en la instrucción y la víctima pudiera proporcionar. Y en todo caso, cuidarán que sean informados de la posibilidad de personarse en la causa, arts. 782.2 y 800.5 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal*”

En esta línea, el art. 11.2 de la Ley 4/2015 del Estatuto de la víctima del delito (LEVO), reconoce a todas las víctimas el derecho “a comparecer ante las autoridades encargadas de la investigación para aportarles las fuentes de prueba y la información que estimen relevante para el esclarecimiento de los hechos”, puesto que, como declara el Considerando 34 de la Directiva 2010/21/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, “[n]o se puede hacer justicia si no se permite a las víctimas explicar las circunstancias del delito y aportar pruebas de forma comprensible para las autoridades competentes”. Los familiares se consideran “víctimas indirectas”.

Todo ello se reconoció por parte de la FGE en un **Decreto**, aprobado **el 6 de octubre de 2022**, en el que se determinaba expresamente:

“La remisión a las/los Sras./es. Fiscales de su ámbito territorial de las instrucciones u órdenes de servicio que correspondan tendentes a garantizar que:

- i) Los familiares víctimas indirectas del art. 2.b) LEVO sean oídos en las diligencias de investigación seguidas por los hechos a los que se refiere el presente oficio.
- ii) En los procedimientos judiciales seguidos por estos hechos, las/los Sras./es. Fiscales interesen la diligencia de toma de declaración de los familiares víctimas indirectas del art. 2.b) LEVO,

¹⁹ STC 7/2004, de 9 de febrero, (fj.8).



cuando no haya sido acordada de oficio por el órgano judicial, velando por su derecho a ser informados de acuerdo con las previsiones del Estatuto de la víctima del delito y de la Instrucción de la FGE núm. 8/2005, en especial cuando no estén personados en el procedimiento.

iii) En los procedimientos judiciales las/los Sras./es. Fiscales asistan a la toma de declaración de los familiares víctimas indirectas del art. 2.b) LEVO y de las personas investigadas, así como a todas aquellas declaraciones testificales que resulten de relevancia en el proceso.

Ese Decreto de la FGE **se aprobó en octubre de 2022. ¡Casi dos años y medio después de que los familiares de Marea de Residencias y de Pladigmare presentasen sus iniciativas judiciales!**

Y cuando la inmensa mayoría de las querellas en los tribunales y de las denuncias ante la Fiscalía ya habían sido archivadas.

En una nota de prensa emitida un mes después de dicho Decreto de la FGE, la Fiscal Superior de la Comunidad de Madrid, **Almudena Lastra**, aseguró que había dado, el 21 de diciembre de 2021, una orden verbal a la Fiscal Jefe de la Fiscalía Provincial de que “los fiscales de todas las fiscalías territoriales asistieran a las declaraciones de los familiares víctimas en los procedimientos judiciales, que éstos fueran oídos en las diligencias de investigación que se incoaran, que no se opusieran a la práctica de las diligencias por ellos interesadas y que se pidieran ampliaciones de los informes médicos forenses, ya que se tenía conocimiento de la insuficiencia de los que se estaban emitiendo”.

Lo cierto es que, se diese o no esa orden verbal, **en la práctica totalidad de las denuncias presentadas ante la Fiscalía no se escuchó a los familiares de las víctimas**, en contra de lo establecido en la propia legislación española (Ley del Estatuto de la víctima del delito) y en la propia normativa del Ministerio Público (Instrucción núm. 8/2005 de la FGE).

Por si fuera poco, en la Memoria de la Fiscalía de Madrid correspondiente al ejercicio 2021, se echa mano del **argumento de la “revictimización”**. El Ministerio Público arguye que no citó a declarar a los familiares para hacerles un favor al evitar que se tengan que enfrentar de nuevo a la situación traumática que vivieron. En concreto, se afirma lo siguiente:

“*En su día se decidió no citar a los familiares en la mayoría de las diligencias de investigación por un lado, para evitar la revictimización y, por otro, por la situación sanitaria que hacía aconsejable el menor contacto social posible*”

La verdad es la contraria. Familiares de víctimas han denunciado reiteradamente que no se investigue los hechos y, **en el caso de los comparecientes ante esta Comisión de la Verdad**, ha sido unánime su agradecimiento porque **era la primera vez que podían contar su historia y que alguien les escuchaba**. Una fuente adicional de dolor para las víctimas es no ser escuchadas. Y, en todo caso, el Ministerio Público no se puede arrojar la decisión de desposeer a las víctimas de un derecho del que son titulares. Les correspondería a ellas decidir si no quieren ir a declarar.

En esa misma nota de prensa de la Fiscalía Superior de Madrid se recordaba que Almudena Lastra había incluido en **la Junta de fiscales jefe de la Comunidad de Madrid**, celebrada el **14 de febrero de 2022**, el siguiente punto en el orden del día: procedimientos y diligencias de investigación sobre fallecidos en residencias. En el mismo se exhortaba a las fiscales jefe *“para que los fiscales actúen con el máximo celo y la necesidad de que acudan a las declaraciones y demás diligencias en el juzgado y que, cuando no puedan acudir por tener otros servicios, deberán remitir escrito al juzgado poniendo en su conocimiento la imposibilidad de acudir y las razones que se lo impiden”*.

A quien no haya seguido la actuación del Ministerio Público en este y otros temas le **puede sorprender que haya que recordarles a los fiscales “la necesidad de acudir a las declaraciones y demás diligencias en el juzgado”**. Pero para entonces, febrero de 2022, habían sido ya decenas las veces que los abogados de Marea de Residencias se habían quejado de que en los procedimientos judiciales abiertos los fiscales ni siquiera asistían a las declaraciones y diligencias. Y que, cuando lo hacían, mantenían una actitud completamente pasiva, sin hacer preguntas a los testigos o imputados y sin plantear la realización de diligencias para impulsar la investigación judicial.

Hay que destacar que esta petición de la Fiscal Superior se produjo casi dos años después de la presentación de las primeras querellas. Y tampoco hay datos sobre el nivel de cumplimiento de ese recordatorio. Sí hay datos sobre lo contrario. En su comparecencia ante esta Comisión de la Verdad, **Alberto Reyero** declaró:

“*En la primera declaración que hice como testigo en Plaza de Castilla no había presencia de fiscal, en la segunda sí. Bueno, a mí eso me llama la atención, que no hubiera un fiscal*”

Esa primera declaración judicial del ex consejero de Políticas Sociales se produjo en marzo de 2023, casi un año después de que la Sra. Lastra recordase a los fiscales que debían acudir a los interrogatorios.

De hecho, lo que llama poderosamente la atención es que la **Fiscalía de Madrid nunca haya considerado necesario interrogar a Alberto Reyero**, a pesar de que publicó un libro *-Morirán de forma indigna-* en el que aporta múltiples informaciones sobre hechos cruciales para entender lo que ocurrió con las residencias de Madrid en los meses de marzo y abril de 2020; a pesar de que él mismo siempre se ha declarado dispuesto a aportar su testimonio para esclarecer la verdad; y a pesar de que es un testigo de primer nivel porque se sentaba en el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid cuando ocurrieron los hechos.

Alberto Reyero es el caso más destacado, por el cargo que ocupaba, pero no el único. En general, el Ministerio Público no ha tomado declaración a todas aquellas personas (directoras de residencias, responsables de patronales, involucrados en la Operación Bicho...) que públicamente han denunciado la imposibilidad de las residencias de acceder a recursos sanitarios durante el momento crítico de la primera ola de la pandemia.

Los ejemplos de desidia de la Fiscalía son tantos que podrían servir para otro informe específico. Sirva como ejemplo lo que ocurrió con las dos querellas presentadas por familiares de 29 residentes fallecidos en centros de Leganés. La fiscal del caso, abierto en el **Juzgado de Instrucción 5 de Leganés**,



pidió cerrar la investigación en un escrito de apenas tres folios de extensión y en el que **se obvia por completo el elemento central que denuncian los familiares**: que los mayores que caían enfermos no eran trasladados a los hospitales como consecuencia del Protocolo de no derivación.

Otro ejemplo clarificador lo constituye el texto del **informe** presentado por el Ministerio Público, en **diciembre de 2021**, en el **procedimiento 486/2021** seguido ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid. Respecto a la denuncia de los familiares comenta:

“ *La denuncia se centra en la aplicación de la Comunidad de Madrid. No se ofrece dato alguno en la denuncia acerca de si dicho Protocolo fue recibido en alguna, algunas o en todas las residencias de la Comunidad, ni de si fue aplicado, o si como consecuencia de su aplicación el residente no hubiera recibido el tratamiento adecuado o hubiera fallecido, no se identifica a ningún residente que haya solicitado la derivación al hospital y que no haya sido trasladado [...]*

No aporta, más allá de poder ser una opinión o hipótesis, que dicho resultado sea consecuencia de un protocolo emitido por la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, ya que al desconocerse y no identificarse por tanto las víctimas o perjudicados por su hipotética aplicación, no se puede establecer el nexo causal entre la conducta que se imputa a los denunciados y el resultado ilícito ”

En otras palabras, **se queja de que en la denuncia los familiares no hayan realizado el trabajo que le corresponde realizar a la propia Fiscalía**. Entre otras razones, porque los familiares no tienen capacidad de acceder a la mayoría de las pruebas y los fiscales sí. Por no hablar de que, en diciembre de 2021, todavía se ponga en duda la aplicación del Protocolo de no derivación. Lo cierto es que, de forma generalizada, la Fiscalía archivó diligencias de investigación o solicitó el sobreseimiento de causas judiciales apoyándose en la falta de pruebas aportadas por los familiares. Sin embargo, los estándares internacionales de protección de derechos humanos establecen que la Fiscalía debe ser proactiva en su investigación y no limitarse a la denuncia de los familiares.

Otras dos prácticas habituales por parte del Ministerio Público han sido acordar o pedir el **archivo de las actuaciones por la “falta de medios” existentes o apoyándose en informes de los geriatras de enlace**, que eran precisamente las personas encargadas de aplicar el Protocolo de no derivación. No parece razonable imaginar que dichos geriatras de enlace fuesen a aportar pruebas de su mala actuación para autoinculparse en un procedimiento penal.

En las **diligencias abiertas** en los casos de las residencias **Orpea de Carabanchel** (DP 264/2020) y **Amavir Coslada** (DI 70/2020), se hace hincapié en que las residencias tuvieron que “*gestionar los medios escasos de que disponía, con carencias de material médico, de recursos, con profesionales sanitarios y auxiliares trabajando en condiciones extremas y desbordados ante la multitud de contagios*”. El Ministerio Público **constata un hecho** (la escasez de medios), **pero no investiga si hubo responsables de esa escasez de medios**. Por ejemplo, si hubo decisiones que supusieron un obstáculo para que los residentes pudieran acceder a los recursos sanitarios.

En los **decretos de archivo** respecto a las residencias Amavir Coslada (DI 70/2020), La Solana de Tiernes (DI 71/2020) o Las Camelias de Móstoles (DI 31/2020), el Ministerio Público indica que

se requirió al geriatra de enlace del hospital de referencia para que emitiera un informe en el que se “determinaran los criterios de carácter médico, clínico, asistencial o de otra naturaleza, que aconsejaban la derivación de los residentes al hospital o bien su permanencia en la residencia”. Como es lógico, en sus respuestas los geriatras de enlace afirmaron que todas las decisiones se habían adoptado tras una “valoración geriátrica integral” de cada residente y tras analizar las circunstancias concretas de cada centro. Lo que **no es tan lógico es que el Ministerio Público se conformase con dicho informe de parte** y no adoptara la más mínima diligencia para comprobar si lo que sostienen los geriatras de enlace es cierto. Por ejemplo, solicitando toda la documentación existente sobre esas valoraciones geriátricas integrales supuestamente realizadas o tomando declaración al personal de la residencia para que explicase cómo eran dichas valoraciones.

Como se deduce de lo relatado en este Informe (V.2.D.), hay evidencias de que, en los peores momentos de la crisis sanitaria, **la realidad poco tenía que ver con ese escenario idílico de valoración detallada** que dibujan los geriatras de enlace. En la citada causa que se sigue en el Juzgado de Instrucción 5 de Leganés, se admite que en el caso de tres residentes fallecidos, desde la residencia se llamó al hospital para trasladar al enfermo y ni siquiera les cogieron el teléfono. Si los geriatras de enlace no daban abasto ni para coger el teléfono, parece difícil que pudieran realizar una detallada “valoración geriátrica individual” de cada paciente. En los tres casos de Leganés, desde luego, no hubo valoración ni detallada, ni somera. No hubo ninguna. Y los residentes fallecieron sin ser trasladados al hospital.

VI. 3. LA VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA VERDAD Y A UN JUICIO JUSTO

Este Informe no tiene la intención de sustituir a las demandas que víctimas y familiares, en el ejercicio de su derecho fundamental a la tutela judicial efectiva, han presentado desde hace cuatro años ante los tribunales para buscar justicia. Pero sí pretende exponer las razones por las cuales entiende que el argumento en virtud del cual lo único que cabe ante lo ocurrido en las residencias es entender el contexto excepcional de la crisis y lamentar sus consecuencias supone un argumento falaz y contrario al Estado de Derecho. Desprotege a quienes entonces sufrieron decisiones discriminatorias e ilícitas y, lo que puede ser peor, desprotege a la ciudadanía ante futuros casos similares.

A partir de lo relatado en los dos puntos anteriores, en este **epígrafe vamos a poner en conexión** los elementos que la jurisprudencia ha establecido como principales a la hora de determinar la **exigencia de una investigación diligente por parte de las autoridades**, con la realidad de las ‘investigaciones’ llevadas a cabo por el Ministerio Público. Adelantamos que, de lo conocido, debe afirmarse categóricamente que este no ha hecho bien su trabajo.

Los elementos de partida son los siguientes:

- ▶ La gravedad de los hechos.
- ▶ La gravedad de los derechos vulnerados.
- ▶ La dificultad de obtener pruebas.
- ▶ La situación de especial vulnerabilidad de las personas residentes unida a la situación especial que significa estar bajo la custodia física del Estado o de una institución a la que los poderes públicos deben fiscalizar singularmente.



- ▶ La obligación positiva de los Estados de actuar en estos casos.
- ▶ La participación de las víctimas y sus familiares.
- ▶ El turno del Tribunal Constitucional.

a· La gravedad de los hechos

El Tribunal Constitucional ha afirmado que el derecho a la tutela judicial efectiva sólo se satisface si se produce una investigación de lo denunciado que sea a su vez suficiente y efectiva, y que estas sólo pueden evaluarse con las circunstancias concretas de la denuncia y de lo denunciado, y “**desde la gravedad de lo denunciado y su previa opacidad**, rasgos ambos que afectan al grado de esfuerzo judicial exigido por el art. 24.1 CE” (STC 34/2008, fj.6).

En este punto no se puede añadir mucho más de lo visto ya en el Informe. La gravedad de los hechos reside en que miles de personas mayores, encerradas en centros geriátricos, en situación de discapacidad o con alguna enfermedad, vieron cómo se les discriminaba en su intención de acceder al Sistema Nacional de Salud al que constitucionalmente tenían derecho, abocándolas a una injusta desatención y un gravísimo sufrimiento que, en muchos casos, terminó con su vida; y que, en los mejores de ellos, les produjo consecuencias irreversibles en su integridad física y moral. Los hechos son incontestables, y son de la gravedad suficiente como para que se investigue —más allá de lo puramente superficial— si esa discriminación estuvo o no justificada.

Sin embargo, como se ha señalado más arriba, **en la práctica totalidad de las denuncias presentadas ante la Fiscalía no se escuchó a los familiares de las víctimas**, contradiciendo lo establecido en la propia legislación española. Lo que sigue es absolutamente revelador: la misma **Fiscalía** tiene establecido (Instrucción 8/2005) que en los **delitos de especial gravedad**, antes de solicitar el sobreseimiento provisional por falta de pruebas, los fiscales han de tratar de **contactar con la víctima**, por si esta pudiera proporcionar medios de prueba que no hubieran aparecido en la instrucción; sin embargo, hubo que esperar hasta octubre de 2022 para que un Decreto del propio Ministerio Público recordase “*a las/los Sras./es. Fiscales... que los familiares víctimas indirectas sean oídos en las diligencias de investigación seguidas*” por los hechos de que estamos tratando. Más de dos años después de los hechos y con la mayoría de denuncias archivadas. Unos meses antes, en febrero de 2022, ante las quejas insistentes de los abogados, en la Junta de fiscales jefe de la Comunidad de Madrid se exhortó a los fiscales en “**la necesidad de acudir a las declaraciones y demás diligencias en el juzgado**”, recordatorio de una obligación legal que revela el abandono existente. Ni siquiera el Consejero Alberto Reyero, exconsejero de políticas sociales de la Comunidad de Madrid y del grupo político Ciudadanos, tantas veces citado aquí, y que sin duda es un testigo excepcional de todo lo sucedido, que reiteradamente y desde el principio ha señalado la gravedad de los hechos (ahí están sus mensajes al Consejero de Sanidad, Sr. Escudero), ha tenido el atractivo suficiente para ser interrogado por las/los Sras./es. Fiscales:

“*En la primera declaración que hice como testigo en Plaza de Castilla no había presencia no hubo presencia de fiscal, en la segunda sí. Bueno, a mí eso me llama la atención, que no hubiera un fiscal*” **Alberto Reyero**

b- La gravedad de los derechos vulnerados

El impacto que las decisiones adoptadas por las autoridades tuvieron en estos y otros derechos ha sido también comentado con detalle en distintos puntos de este informe. En este punto queremos destacar el derecho al trato igual y no sufrir discriminación (art.14 CE, art.14 CEDH, art.21 de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE, CDFUE) en relación con el derecho a la vida (art.15 CE y art.2 CEDH) y con el derecho a la protección de la salud (art.43 CE, art.35 de la CDFUE).

El **derecho a no ser privado de la vida** es un derecho fundamental y universalmente reconocido, aplicable en todo momento y en toda circunstancia. La vida es un derecho que no permite suspensión, es una norma del llamado *ius cogens* (derecho consuetudinario internacional), protegido por los tratados internacionales y regionales, y obviamente por nuestra Constitución. En el punto e. de este mismo epígrafe veremos, además, cómo su protección es un deber ineludible para los Estados.

En cuanto a la **protección de la salud y el derecho a la atención sanitaria**, sabemos que es condición imprescindible para preservar la dignidad de la persona, para evitar su sufrimiento. Por eso en su realización la legislación exige el respeto a la personalidad, a la intimidad, a la no discriminación, a la información, a la confidencialidad, a la asignación de médico... (art. 11 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). Por eso, a pesar de aparecer en la Constitución española como un principio rector de la política económica y social, el legislador (siguiendo en este caso las obligaciones internacionales) lo ha convertido formalmente en un derecho fundamental a casi todos los efectos.

En cuanto al **derecho a la igualdad de trato y a no ser discriminado**, estamos ante un valor, un principio y un derecho esencial, de profundo valor constitucional y de enorme calado también en el ámbito de **la Unión Europea**. Nadie puede ser discriminado por razón de edad, de discapacidad, de enfermedad o condición de salud... o por cualquier otra condición o circunstancia personal o social, dice el art.2 de la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, entre otros en el ámbito sanitario (art.3.1.e). Y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que goza de la misma validez jurídica que los Tratados, proclama que la dignidad humana es inviolable (art.1) y prohíbe «toda discriminación», en particular la ejercida por razón de discapacidad, edad (art. 21). En el ámbito de **Naciones Unidas**, el Comité DESC (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas) asegura que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todas las personas sin discriminación y, especialmente, para los sectores más vulnerables de la población.

Sin entrar en las terribles consecuencias que sobre el **derecho a la integridad física y moral** (art.15 CE) tuvieron las decisiones diferenciadoras que determinaron que, no habiendo medicalizado las residencias, las personas necesitadas de protección sanitaria permanecieran enclaustradas en los centros geriátricos, es evidente que **los derechos afectados por estas decisiones revisten la suficiente gravedad** —en calidad y en número— como para justificar una investigación rigurosa por parte del Ministerio Público. Sin embargo, hay que reiterarlo, esta no se ha llevado nunca a cabo. En palabras de **Carmen Miquel**, responsable del Informe de AI:



“La organización [Amnistía] lo que hace es valorar lo que hace o no hace una institución y si eso responde a los estándares de derechos humanos. En este caso hemos identificado que no es así. **Hay una clara preocupación porque no se siguen los estándares de investigación con relación al derecho a la vida. La vulneración del derecho a la vida requiere un estándar de investigación muy reforzado**, y en este caso no se han cumplido. Y eso es lo que desde Amnistía tratamos de poner de manifiesto”

c- La dificultad de obtener pruebas

La jurisprudencia constitucional y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos insiste en exigir a los órganos judiciales un canon reforzado de diligencia cuando, además de la gravedad de los hechos y de los derechos vulnerados, existe una palmaria **opacidad** o **bloqueo** públicos para investigarlos, una **complejidad** o dificultad para obtener testimonios personales y documentales, o una **falta evidente de transparencia** para poner en manos de las víctimas y sus familiares la información necesaria para ejercer el derecho a la tutela judicial.

Aplicando por analogía los argumentos del Tribunal Constitucional para otros casos de graves vulneraciones de derechos humanos (STC 34/2008, fj.7), puede afirmarse que para valorar si existe una sospecha razonable de que el cierre de una investigación es contrario al art.24 CE, “es necesario **tomar en consideración las circunstancias concretas de cada caso** en el contexto propio de este tipo de denuncias y de la instrucción a la que dan lugar”:

► Se ha de atender a la **dificultad o escasez del acervo probatorio**, así como la dificultad de la víctima de aportar los medios de prueba, lo cual “debe **alentar la diligencia del instructor para la práctica efectiva de las medidas posibles de investigación**”. En estos casos, la tutela judicial de los derechos de las víctimas de las residencias “puede exigir que se inicie o avance en una investigación allí donde quizás en otro tipo de supuestos podría advertirse una base insuficiente”. En relación con esto sugerimos que se revise la literalidad del informe del Ministerio Público para el procedimiento 486/2021, reproducido en el punto anterior, en el que el fiscal se queja de que en la denuncia los familiares no hayan realizado el trabajo que le corresponde realizar a la propia Fiscalía.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en la misma línea que el Tribunal Constitucional, ha acuñado el **estándar de la ‘queja demostrable’** (STEDH de 11 de abril de 2000, *Sevtap Veznedaroglu* c. Turquía, § 32), la ‘sospecha razonable’ (STEDH de 16 de diciembre de 2003, *Kmetty* c. Hungría, § 37) y la ‘afirmación defendible’ (STEDH de 2 de noviembre de 2004, *Martínez Sala* y otros c. España, § 156) utilizados para desencadenar la obligación judicial de una investigación oficial eficaz. Se trata, en definitiva, de no exigir a los familiares de las víctimas lo que de ningún modo pueden conseguir; por el contrario, lo que se requiere es que las acciones ilícitas denunciadas sean **‘aparentemente verosímiles’** (también STC 224/2007, de 22 de octubre, fj.3), un rasgo que, no cabe duda, está presente en las demandas de los familiares de los residentes.

► Para considerar correcta la no apertura o la clausura de una investigación (porque

las sospechas no aparecen como razonables) “el órgano judicial debe observar algunas cautelas que se derivan de la posible peculiar situación psicológica del denunciante y de la cualificación oficial de los denunciados. La **desigualdad de armas que tales factores puede acarrear debe compensarse con la firmeza judicial frente a la posible resistencia o demora en la aportación de medios de prueba**, con la especial atención a diligencias de prueba cuyo origen se sitúe al margen de las instituciones afectadas por la denuncia...”

Pues bien, en relación con lo sucedido en las residencias durante las primeras semanas de la pandemia, la **desigualdad de medios y la dificultad de hacerse con el acervo probatorio es más que notoria**. Podrían ponerse numerosos ejemplos para demostrarlo, pero vamos con dos:

▶ La Comisión que firma este Informe no ha conseguido que ni uno solo de los geriatras de enlace asista a las sesiones de comparecencias para explicar su experiencia, posición y actuación en relación con los protocolos que discriminaron a las personas residentes en los centros geriátricos, bloqueando su derivación a los hospitales. Es evidente que tienen miedo y no quieren hablar. Por su parte, la Consejería de Sanidad, a través de su Dirección General Asistencial, ha denegado la solicitud por vía de la Ley de Transparencia para obtener información acerca de las llamadas y los correos electrónicos emitidos y recibidos en residencias de mayores, al SUMMA112 o al O61, hacia geriatras de hospital, etc., por ser objeto de un procedimiento judicial en curso.

▶ En febrero de 2024 la Comunidad de Madrid ha impugnado ante los tribunales la decisión del Consejo de Transparencia (a instancias de un ciudadano que las había solicitado formalmente) ordenando que se publiquen las actas o informes que los agentes de la Policía Municipal de Madrid redactaron durante sus inspecciones a las residencias de la capital²⁰. La lectura de algunas esas actas —filtradas por la prensa, pero que podían haber sido reclamadas hace tiempo por la Fiscalía— son material suficiente para justificar una investigación de oficio y en profundidad sobre casos concretos, tal es el nivel de lo que en ellas se deduce acaecido contra los derechos y la dignidad de los residentes

Sin embargo, esta dificultad de acceder a la prueba, este bloqueo institucional, esta desigualdad de armas, no han activado en absoluto al Ministerio Público. Por eso, durante las comparecencias ante la Comisión de la Verdad, **Carmen Miquel**, de Amnistía Internacional, denunció la **inadmisibilidad** de que la **Fiscalía** haya hecho **recaer en las familias el impulso de las investigaciones**:

“ Los casos que continúan abiertos **es por el impulso de las familias**, que han tenido que hacer un esfuerzo ímprobo, porque se hacen ustedes cargo de la **opacidad** de la naturaleza de esta vulneración de derechos humanos. El que la familia tenga que impulsar una investigación requiriendo **documentación, testimonios**, diligencias por llamarlo de alguna manera, en un lugar que no está bajo su control y que además ha demostrado no ser especialmente transparente, pues es un esfuerzo que no puede caer en las familias ”



d- La vulnerabilidad de las personas residentes y su especial sujeción a la custodia del Estado

El Tribunal Constitucional tiene establecido que:

“ En supuestos en los que el valor superior de la dignidad humana puede verse comprometido con motivo de **una situación especial en la que el ciudadano se encuentra provisionalmente bajo la custodia física del Estado, es necesario acentuar las garantías**, de tal modo que el ordenamiento constitucional pueda amparar al ciudadano fácticamente desprotegido ante cualquier sospecha de excesos contra su integridad física o moral... De este modo cabe apreciar la existencia de una vulneración del derecho a la tutela judicial efectiva (art. 24.1 CE) en relación con el art. 15 CE cuando, rechazando las alegaciones y peticiones de diligencias presentadas, los órganos judiciales no investigan suficientemente unos malos tratos supuestamente infligidos con ocasión de la custodia policial de una persona” (STC 224/2007, de 22 de octubre, fj.3).

Entendemos que existe una relación de sujeción especial cuando existe una vinculación especialmente intensa entre la Administración y el ciudadano que permite a la Administración (o su institución delegada, aunque sea privada) modular en su favor principios relacionados con la organización, la sanción y la limitación de los derechos fundamentales. Como sucede con centros penitenciarios y hospitales, las residencias de personas mayores deben considerarse espacios donde esa sujeción especial tiene lugar, sujeción que se manifiesta en aspectos organizativos y limitadores de derechos ampliamente aceptados (aunque discutibles desde la perspectiva de la desinstitucionalización y la atención centrada en la persona).

Sea como fuere, **esa relación** no solo favorece a la institución (en los aspectos organizativos) y limita a los residentes (en su autonomía, su intimidad, su libertad de circulación), sino que **responsabiliza de forma intensa a aquélla en cuanto a la protección de quienes quedan a su cargo**, sobre todo en aquellos casos en los que la vulnerabilidad es un rasgo generalizado entre ellos. Por ello, cuando en un contexto de sujeción especial se ha producido un daño colectivo de la dimensión del que estamos hablando —miles de personas encerradas sin atención médica con resultado de muerte o lesiones físicas y psíquicas para muchas de ellas— la investigación que debe ponerse en marcha para saber lo sucedido ha de ser necesariamente intensa y rigurosa. La no activación de esa investigación y la ausencia generalizada de respuesta ante las demandas presentadas nos lleva a afirmar que ha existido una vulneración de la tutela judicial (art.24 CE) en relación con el derecho a la vida (art.15 CE) y a la protección de la salud (art.43 CE).

e- La obligación positiva de los Estados

Según el TEDH, en casos en los que los derechos en peligro o vulnerados son de la relevancia

²⁰ CARRERA, Javier, “Ayuso acude a los tribunales para que las actas de las residencias no salgan a la luz: el Consejo de Transparencia obliga a hacer públicos los informes policiales de la pandemia”, Ser, 5 de febrero de 2024.

del **derecho a la vida**, debe activarse la obligación positiva de los Estados de realizar una investigación adecuada, de buena fe, con la diligencia debida y de manera no discriminatoria. El Tribunal ha perfilado esta obligación positivamente en casos en los que los denunciantes estaban en una especial situación de vulnerabilidad por enfermedad (por ejemplo G.N. y otros c. Italia, 2009, relativo a solicitantes que padecían una enfermedad potencialmente mortal, de cáncer terminal; Oyal c. Turquía, 2010, en el que el demandante había sido infectado por el virus VIH, que ponía en peligro su vida; Aftanache c. Rumanía, 2020, § 53, en el que el personal médico se negó a administrar el tratamiento habitual de insulina a un diabético en estado precario...). Se trata de casos en los que lo que se espera de los poderes públicos es un plus de diligencia en la protección de los derechos de las personas; en los que, si sucede algún hecho controvertido, saber la verdad es especialmente exigible; y en los que, si se prueba la violación de derechos, es perentorio proporcionar una adecuada reparación a las víctimas y sus familiares. Así, el **artículo 2 del CEDH** contiene, según el Tribunal, una **obligación procesal de llevar a cabo una investigación efectiva** de las supuestas infracciones de un Estado miembro (Armani Da Silva c. Reino Unido [GC], 2016, § 229). Esta obligación positiva de los poderes públicos refuerza la idea de que pudo cometerse un **delito de omisión del deber de socorro**, tal y como se ha indicado en I.V.2.D.3.

Al hablar de la gravedad de los hechos, en los puntos a y b de este epígrafe, ya se han vertido otros argumentos esenciales de este apartado, se dan por reproducidos, pero puede ser pertinente realizar una consideración más, relacionada con la **complejidad de la crisis sanitaria** y sus consecuencias sobre las personas que vivían en las residencias. Sin duda, en el caso (en los miles de casos particulares y concretos) de las residencias de Madrid, concurre esa complejidad. Sin embargo, esta no puede ejercer en contra de los derechos fundamentales de la ciudadanía, ni puede exonerar de las responsabilidades que pudieran haberse producido por la decisiones adoptadas. Frente a ello debe traerse de nuevo aquí al TEDH, quien en Masri vs Macedonia (§192) argumenta lo siguiente: **frente a la complejidad** de las circunstancias de un caso (los obstáculos o las adversidades que impidan a una investigación progresar), la **respuesta adecuada de las autoridades es esencial para preservar la confianza del público** en el respeto del principio de legalidad y **evitar cualquier apariencia de complicidad o tolerancia** en relación con los actos ilícitos. Por las mismas razones, **el público debe tener un derecho** suficiente de **seguimiento** de la investigación o de sus conclusiones, de forma que se garantice, tanto en teoría como en la práctica, la búsqueda de responsabilidades.

f· La participación de los familiares

Como se ha comentado más arriba, en la Memoria de la Fiscalía de Madrid correspondiente al ejercicio 2021, aparece el **argumento de la “revictimización”**. El Ministerio Público justifica la exclusión de los familiares por consideración a ellos, pero lo cierto es que se trata de una decisión que provoca justo lo contrario de lo que dice pretender. Como argumento es especialmente débil, pues **es conocida la jurisprudencia europea y las resoluciones de derechos humanos de organismos internacionales que precisamente aconsejan tener muy presente a las víctimas y sus familiares**. Como decisión es equivocada, pues los allegados a las personas mayores que sufrieron y murieron en las residencias quieren ser escuchados:



“ Por eso les daba las gracias al principio, porque por lo menos voy a poder declarar y voy a poder decir el caso de mi padre, porque a mí no me han llamado en ningún juzgado. La querrela mía fue designada al Juzgado 50, no he sabido nada, se archivó supuestamente. De ahí pasamos a la Audiencia Provincial y ahora mismo está en el Tribunal Constitucional, esperando respuesta. No nos tomaron declaración ni a mí ni a mi hermana, no nos han dado esa oportunidad. Por eso agradezco que nos la den aquí ” **M.ª Jesús Valero**

g. El turno del Tribunal Constitucional

La escasa diligencia de la Fiscalía y los tribunales ordinarios ha dirigido a las víctimas hacia el Tribunal Constitucional, ante el cual ya se han interpuesto un número considerable de recursos de amparo, fundamentalmente por motivación insuficiente de las resoluciones judiciales y vulneración del artículo 24 de la Constitución, el derecho a la tutela judicial efectiva. El Tribunal Constitucional no es una última instancia judicial, pero sí es el garante último en España para la protección de los derechos fundamentales de los ciudadanos.

La relevancia constitucional de lo sucedido en las residencias, en cuanto acontecimiento de enorme impacto sobre los derechos fundamentales de un grupo determinado de personas (las personas mayores) y teniendo en cuenta su repercusión social, debería de abrir las puertas de la admisión a trámite de los recursos de amparo. Estos cumplen sin duda la utilidad general que para la interpretación de la Constitución y para la determinación del contenido y alcance de los derechos fundamentales exige la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional (arts. 49.1 y 50.1 b). Una inhibición en este punto del Alto Tribunal desmerecería su papel constitucional y dejaría a las víctimas de nuevo sin la respuesta que merecen.

VI. 4. UN COMENTARIO A LA MEMORIA DE LA FISCALÍA DE MADRID

Antes de terminar con unas breves conclusiones este apartado dedicado al derecho a la verdad y a la investigación por parte de los poderes públicos, este Informe no puede dejar de mencionar y comentar la Memoria anual de la Fiscalía de Madrid correspondiente al año 2020, presentada en octubre de 2021.

En esta Memoria, la Fiscal Superior de Madrid presentó un amplio análisis sobre lo ocurrido en las residencias de Madrid durante la pandemia. El hecho de que sea un análisis global de la actuación y de la posición del Ministerio Público ya otorga una relevancia a dicho documento. Un interés que se acrecienta por el hecho, sorprendente, de que muchas afirmaciones clave de la Fiscal Superior no se compadezcan con la verdad. Veámoslo de forma pormenorizada.

1º. La ejecución del Protocolo

En la página 192 de la Memoria de la Fiscalía de Madrid se afirma lo siguiente:

“ De los datos estadísticos aportados **se desprende que los criterios llamados de exclusión, no funcionaron como impedimentos para las derivaciones**, pues fueron objeto de traslado hospitalario usuarios de edades avanzadas y con muy diversas patologías basales y altos grados de dependencia. A pesar de que algunas residencias mostraron su disconformidad con los criterios hospitalarios, lo cierto es que en todas ellas hubo derivaciones, si bien éstas debían pasar el cribado previo de la interconsulta, y solo eran aceptadas cuando se consideraba que iba a haber un beneficio para el usuario ”

En primer lugar, sorprende que una fiscal superior hable de “los datos estadísticos aportados”, sin explicar en ningún momento de qué datos se trata. Lo cierto es que todos **los datos estadísticos** conocidos sobre las derivaciones han sido aportados por el Gobierno madrileño y cabe imaginar que la fiscal Lastra no dispondrá de otros que no sean los oficiales. Pues bien, dicho datos **prueban exactamente lo contrario** de lo que se afirma en la Memoria de la Fiscalía.

Nos remitimos a lo recogido en el capítulo de este informe sobre Derivaciones hospitalarias (V.2.D), pero es necesario recordar que en las cuatro semanas críticas las derivaciones no solo no se incrementaron, como sería lo lógico al multiplicarse los residentes enfermos, sino que se desplomaron un 37%. Y ese frenazo fue especialmente significativo en los centros residenciales más castigados por la pandemia, hasta el extremo de que ni uno solo de los 82 centros con mayor número de fallecidos llegó a trasladar un paciente al día de media durante esas cuatro semanas. Los tres días con menos traslados fueron el 20, 21 y 22 de marzo, justo después de la aprobación del Protocolo.

Mientras que en enero y febrero de 2020, la media de derivaciones diarias de pacientes desde las residencias a los hospitales fue de 120, en las dos semanas después de ponerse en marcha el primer protocolo, entre el 18 y el 28 de marzo, la media de derivaciones cayó a 53 diarias. Entre el 2 de marzo, cuando falleció la primera residente, y el 30 de abril se realizaron 6.204 derivaciones. En los primeros dos meses del año, sin pandemia, habían sido 7.233. Todos los datos analizados muestran con rotundidad que se restringieron drásticamente los traslados de pacientes desde las residencias.

Existen, además, decenas de testimonios de familiares, sanitarias y directoras de residencias que afirman que **el Protocolo actuó como impedimento para derivar pacientes al hospital**. Remitimos aquí a los recogidos en el punto V.2.D. de este mismo Informe, pero recogemos de nuevo lo relatado ante esta Comisión Ciudadana por **Ramona Carvajal** narró cómo la doctora de la residencia Vitalia de Griñón le había explicado la imposibilidad de trasladar a su madre al hospital:

“ El 25 de marzo la doctora habló conmigo y yo le dije que por qué no derivaban a mi madre a un hospital. Me dijo que habían enviado un Protocolo de la Comunidad de Madrid que prohibía hacer derivaciones a personas con algún tipo de patología. Ella su patología eran sus piernas, tenía muchísima artrosis, y no podía andar por sí sola. Se manejaba con el andador, pero bueno, últimamente la verdad es que le costaba bastante. Su cabeza estaba perfectamente, nos contaba todo lo que pasaba, día a día. Y me dice: «Tú madre era de las primeras personas que enfermaron, y yo por mí parte sí la hubiera derivado, pero la geriatra del hospital de Parla ha dicho que no, que no se la puede derivar ”



Esta Comisión Ciudadana tuvo oportunidad de escuchar dicha conversación, que fue grabada en su momento. En el audio (reproducido en mayor extensión este mismo Informe en V.2.D.2) se escucha a la doctora Mirta explicar lo siguiente respecto a la imposibilidad de derivar a Alejina, la madre de Ramona Carvajal:

“Alejina empezó el 11 de marzo. En un inicio se planteó la derivación. Pero luego en el hospital, cuando tú llamas a pedir la ambulancia, ellos te dicen: ¿tiene síntomas respiratorios? A consultar con el geriatra del hospital. Y con el geriatra del hospital es que hemos manejado a Alejina. Y no tiene criterios para derivación [...] La Comunidad de Madrid tienen unos criterios para los residentes, que son: puede ser trasladado a urgencias todo aquel paciente que tenga infección respiratoria o insuficiencia respiratoria, uno. Dos, que no tenga deterioro cognitivo. Tres, que tenga un parte que sea una persona independiente. Cuatro, que no tenga patologías asociadas, que no sea hipertenso, que no sea diabético, que no tenga antecedentes de nada”

Por lo demás, actas de la Policía Municipal de Madrid recogen declaraciones de directoras de residencias visitadas por los agentes que narran la imposibilidad de derivar a los residentes. Y la directora de una residencia de Amavir aseguró ante la Comisión de investigación de la Asamblea que el hospital rechazó a sus enfermos durante 27 días.

Frente a esa prueba documental y testifical, **se desconoce en qué se basa Almudena Lastra** para llegar a la conclusión plasmada en la Memoria de la Fiscalía.

2º. Un “tratamiento hospitalario similar” en la residencia

En las páginas 191 y 192 de la Memoria de la Fiscalía de Madrid se afirma lo siguiente:

“5. En los casos en que, como consecuencia de la interconsulta, se decidía que el usuario permaneciera en el centro, se ha observado que en la información a las familias solía ponerse el acento en la responsabilidad del hospital, en lugar de informarles **que los pacientes iban a recibir en la residencia un tratamiento hospitalario similar** la que habrían recibido caso de ser derivados”. [...]

9. Lo que sí se ha detectado es una brecha de tiempo entre la aparición de los primeros síntomas y la interconsulta, en ocasiones no suficientemente justificada, que hacía saltar la duda sobre si, de haberse realizado antes, habría tenido otra consecuencia. No obstante, al solicitar información complementaria, en casi todos los casos **se pudo comprobar que había habido una atención sanitaria constante** y que, una vez aparecidos los síntomas, ésta continuó prestándose, realizándose la interconsulta cuando aquellos fueron más fuertes o específicos”

Lección aprendida 11. Tratamiento sanitario en la residencia: **el elemento esencial que ha conducido al archivo de la mayoría de las DI ha sido el verificar que había una**

atención médica y de enfermería permanente, sin especiales demoras entre la aparición de los síntomas (teniendo en cuenta los que se consideraban específicos del COVID-19 en cada momento) y la interconsulta. Este dato es el que deberán tomar en cuenta las residencias como criterio para asegurar que su actuación se ajusta a la diligencia debida, con especial atención a los turnos de noche y de fin de semana”.

Afirmar que en las residencias existe una “atención médica y de enfermería permanente” **es algo completamente irreal en situación de normalidad**, cuando no existe crisis sanitaria de ningún tipo. En los centros más pequeños no existe ni obligación de tener enfermera, en la mayoría de las residencias privadas tienen un médico unas horas dos días por semana, es prácticamente imposible encontrar un geriátrico que tenga personal médico o de enfermería por las noches o los fines de semana. Sólo en las 25 residencias de gestión pública hay una mayor dotación de personal sanitario. En todo caso, las residencias no son hospitales y, por tanto, no tienen por qué prestar ese tipo de atención “permanente”.

Cuando llega la pandemia, el número de pacientes enfermos se multiplica de forma exponencial y el personal sanitario se ve reducido por un doble factor: algunos caen enfermos y otros son contratados por la Consejería de Sanidad. La atención médica y de enfermería no es que fuera permanente, es que fue inexistente en muchos casos y completamente insuficiente en el resto.

Siendo grave una afirmación tan alejada de la realidad, aún sorprende más si cabe que la fiscal superior afee a las residencias por no informar a las familias de que “los pacientes iban a recibir en la residencia un tratamiento hospitalario similar al que habrían recibido caso de ser derivados”. ¿Entiende Almudena Lastra que los centros residenciales debían inventarse la existencia de unos medios sanitarios de los que no disponían?

Las residencias no estaban medicalizadas antes de la pandemia, ni tenían por qué estarlo, ya que no son hospitales. Y las residencias no se medicalizaron cuando llegó la pandemia, como se ha explicado de forma detallada en este informe en el capítulo dedicado a la medicalización.

La afirmación de que en las residencias se pudo recibir un “tratamiento similar” al de un hospital **es falsa** para las 475 residencias operativas en la Comunidad de Madrid en marzo de 2020. Ni siquiera es cierta para el caso de las 25 residencias de gestión pública.

3º. Las bajas de personal se fueron “solventando”

En la página 190 de la Memoria de la Fiscalía de Madrid se indica que:

“ En cuanto a los problemas de recursos humanos, las dificultades no solo vinieron como consecuencia de las bajas producidas **durante la pandemia** –ésas, **con medidas de diversa índole, se fueron solventando**-, sino que se produjeron por la inadecuada dotación de origen de unos centros que no estaban diseñados para atender sanitariamente a sus usuarios ”



Para empezar, llama la atención que en la página 190 se afirme que los centros residenciales “no estaban diseñados para atender sanitariamente a sus usuarios” y dos páginas más adelante, como hemos visto, se argumente que las diligencias se archivaron al comprobar que existía “una atención médica y de enfermería permanente”.

En cuanto a la afirmación de que las bajas de personal **se fueron solventando**, existe el mismo problema que con otras muchas afirmaciones de la Memoria: ni se aporta dato concreto alguno, ni se explica cuál es la fuente que permite llegar a esa conclusión. ¿Cuánto personal estuvo de baja, durante cuántos días y en qué residencias? Nada se dice en la Memoria. ¿Cuándo fueron sustituidas esas bajas? Tampoco se dice nada.

Y si esos datos no están, ¿con qué base se puede afirmar que los problemas “se fueron solventando” con “medidas de diversa índole”?

Toda la evidencia conocida va en dirección contraria a esa afirmación de la Memoria de la Fiscalía. Un estudio del Círculo Empresarial de Atención a Personas (CEAP) sostiene que, **durante la primera ola de la pandemia, en la Comunidad de Madrid llegó a estar de baja el 40% del personal**. Eso es la media, lo que significa que en bastantes centros ese porcentaje fue mucho más alto.

En una de las cartas enviadas por el consejero **Alberto Reyero** a su homólogo de Sanidad **se quejaba precisamente de la falta de personal**, especialmente de médicos:

“*En lo que se refiere al apoyo sanitario en residencias, no se trata de otra cosa que de poner en marcha la tan anunciada ‘medicalización’ de las residencias, que como bien sabes no es una realidad en nuestras residencias. [...]*”

La solución que hasta ahora habéis ofrecido de enviarnos listados de personal sanitario para que los reclutemos nosotros no funciona porque competimos con Sanidad y eso nos impide contratar adecuadamente”

En su comparecencia ante la Comisión de investigación de la Asamblea de Madrid, **Carlos Mur** llegó a cifrar en 600 los profesionales sanitarios contagiados y admitió que sus bajas eran muy difíciles de cubrir:

“*Lo resumo brevemente: fundamentalmente en las residencias, en aquel momento, no llegaron EPI, y todos sabemos que -se supo también- por distintos decomisos y que no llegaron los equipos de protección individual que se habían adquirido. Eso supuso un contagio masivo hasta a 600 profesionales de los centros sociosanitarios, con lo cual la posibilidad de medicalizarlas o de dar atención in situ era muy complicada y muy difícil de cubrir por contratación*”

Eso respecto al personal sanitario, ya que en términos generales, la única cifra conocida y de una fuente fiable es la aportada por la propia patronal: el 40% del personal llegó a estar de baja.

4º. Las dotaciones de EPI fueron “adecuadas”

En las páginas 188 de la Memoria de la Fiscalía de Madrid se asegura:

“ En cuanto a los EPIs, se observó que, en este caso, el circuito de información de la Administración y el sistema de reparto funcionaron correctamente -las inspecciones y reconocimientos ligeros suministraban la información sobre necesidades que se cubrían mediante repartos periódicos-, permitiendo **adecuadas dotaciones aun en las épocas de mayor escasez** de equipos en el mercado ”

Una vez más, la Fiscalía no aporta un solo dato para fundamentar una conclusión tan rotunda. Y, de nuevo, **toda la evidencia conocida va en dirección contraria** a dicha afirmación.

Un estudio realizado por el Gobierno de Castilla y León sobre la primera ola en las residencias de la región concluyó que “al inicio de la pandemia, en el 74% de los centros no se disponía de stock suficiente de equipos de protección”. Parece bastante improbable que en Castilla y León solo una de cada cuatro residencias tuviera suficientes EPIS antes de la pandemia y en Madrid todas llegasen perfectamente equipadas y que además tampoco tuvieran ningún problema cuando estalla la crisis sanitaria. Especialmente si se tiene en cuenta que muchas residencias privadas están gestionadas por los mismos grupos empresariales en ambas comunidades, así que parece razonable pensar que su política sobre compra de material de protección sea la misma para todos sus centros.

Además, hay múltiples afirmaciones de trabajadoras de residencias destacando la falta de material a la que se enfrentaron en las primeras semanas de la pandemia. Esos testimonios también se escucharon en las **comparencias** ante esta Comisión Ciudadana:

- “Al principio nos prohibieron llevar mascarilla porque no querían que alarmáramos a los residentes. Luego hemos estado mucho tiempo con falta de EPIs”, aseguró Nandi Gutiérrez, que estaba en la Gran Residencia.

- “Yo trabajo en el centro de día. Se cerró y al personal nos subieron a planta [de la residencia]. No teníamos EPIs. Las tuvimos que hacer nosotros con bolsas de basura, como podíamos”, denunció Pilar Torres, que trabajó en pandemia en el centro Parque de los Frailes.

Por su parte, los responsables de la Comunidad de Madrid denunciaron la falta de material de protección, culpando del mismo a decisiones del Gobierno central. Y, de hecho, achacaron a esa falta de material la rapidez de los contagios. En su intervención en la Asamblea de Madrid, **Carlos Mur** señaló:



“Estoy absolutamente convencido de que la falta de material fue determinante porque eso es lo que llevó a perder hasta 600 efectivos en mitad de una guerra. Lógicamente, eso se intentó paliar con donaciones directas, con el reparto del escaso material que se almacenaba en los distintos hospitales y posteriormente, cuando ya empezó a llegar el material fletado por la Comunidad de Madrid en los distintos aviones, a través del Ifise y el 112, que hicieron más de 4.000 entregas. Pero, evidentemente, sí, porque sobre todo nos hubiéramos ahorrado una cosa terrible: ser el país con el mayor número de sanitarios fallecidos, con el mayor número de contagios y, evidentemente, no disponer de suficientes compañeros sanitarios para prestar atención, no solo en residencias sino en hospitales, en Atención Primaria y en visitas domiciliarias”

Hay que señalar, respecto a los aviones con material a los que se refiere el entonces director de Coordinación Sociosanitaria, que el primero aterrizó en Madrid el jueves 2 de abril.

5º. La naturaleza jurídica “orientativa” del Protocolo

En las páginas 191 y 192 de la Memoria de la Fiscalía de Madrid se afirma lo siguiente:

“El protocolo en sí contiene una serie de recomendaciones, que todos los geriatras hospitalarios que informaron señalaron que tenían valor meramente orientativo y no excluían la valoración integral de cada paciente.

En todo caso, conviene volver a incidir -desde otra perspectiva- en la relevancia de la consideración del protocolo como un elemento orientativo que requería de una adecuación caso por caso”

Sin duda, a la Fiscal Superior de Madrid no se le escapa que **la naturaleza jurídica de un documento aprobado por la Administración no es algo que decidan los administrados que deben aplicarlo**, sino el ordenamiento jurídico. Y, en concreto, la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Diversos juristas que se han pronunciado sobre el Protocolo de no derivación sostienen que la naturaleza jurídica del documento es **la de una “orden de servicio” o “instrucción”**, que deben cumplir todas aquellas personas que dependen jerárquicamente del órgano que las dicta. A su entender, el Protocolo encajaría en el artículo 6 de la Ley 40/2015, en el que se determina que “los órganos administrativos podrán dirigir las actividades de sus órganos jerárquicamente dependientes mediante instrucciones y órdenes de servicio”.

Por supuesto, una fiscal de larga trayectoria como Almudena Lastra puede tener otro criterio jurídico. Lo que causa perplejidad es que, en vez de exponer dicho criterio, afirme en una Memoria de la Fiscalía que el Protocolo tiene carácter “orientativo” porque así lo señalaron “todos los geriatras hospitalarios”.

6º. El número de casos investigados

Por último, es necesario llamar la atención sobre uno de los datos que sí se ofrecen en la Memoria de la Fiscalía de Madrid: **el Ministerio Público “ha investigado más de 130 defunciones”**.

Teniendo en cuenta que, sólo en marzo y abril de 2020, fallecieron en la Comunidad de Madrid 7.291 personas en las residencias sin ser trasladadas a un hospital, ello significa que **se han investigado el 1,78% de los casos**. Si se consideran todas las defunciones, incluidos quienes sí recibieron atención hospitalaria, la cifra total de decesos asciende a 9.470. De forma que el porcentaje de casos investigados sería del 1,37%.

Este porcentaje no requiere mayor explicación. La Fiscalía no investigó la muerte de más del 98% de las personas mayores que vivían en residencias y perdieron la vida en marzo y abril de 2020.

Y, pese a ello, **realiza en su Memoria afirmaciones generales** sobre la dotación “adecuada” de material de protección en los centros, sobre la sustitución de las bajas de personal, sobre la supuesta “atención médica y de enfermería” permanente que existió en las residencias y sobre la falta de impacto del Protocolo en las derivaciones hospitalarias. Afirmaciones que, en ninguno de los cuatro casos, sustenta en ningún tipo de dato.

7º. Lo relevante “jurídicamente” para la Fiscalía

En la página 190 de la Memoria de la Fiscalía de Madrid se sostiene:

“*Jurídicamente lo relevante es valorar si, producido el contagio, las acciones que llevó a cabo la residencia para evitar el resultado lesivo finalmente producido fueron las adecuadas, de modo que lo que se ha analizado principalmente es **que no hubo desatención y que no se dejó de prestar una asistencia sanitaria concreta que estuviera a su alcance y que fuera previsible que, de haberse aplicado, habría evitado la muerte.** Ese ha sido el eje del análisis en todos los casos*”

De esta forma, la Fiscal Superior está excluyendo cualquier responsabilidad de la Administración. Si lo único relevante jurídicamente es “valorar las acciones que llevó a cabo la residencia”, es evidente que los únicos responsables penales posibles son el personal médico o la dirección de los centros residenciales. Pero quedan excluidos completamente de la investigación cualquier cargo político o cualquier responsable de la Administración sanitaria autonómica.

Almudena Lastra lo presenta como una verdad revelada, pero no argumenta por qué. **¿Acaso no es relevante analizar las acciones u omisiones que determinaron qué recursos sanitarios se pusieron a disposición de las residencias y bajo qué criterios se dio acceso a la asistencia sanitaria?**



El Ministerio Público **decidió obviar cualquier investigación desde la perspectiva de la discriminación en el acceso a la prestación sanitaria**, cuando se trata de una conducta punible con base en el artículo 511 del Código Penal, cuyo tipo expresamente recoge la denegación por razón de discapacidad de una prestación a las que se tenga derecho.

Todas las personas tienen **derecho a la prestación sanitaria**, y así lo recordó el propio Tribunal Supremo en un auto del 18 de diciembre de 2020:

“La instrucción deberá esclarecer si la excepcionalidad derivada de las circunstancias vividas durante la pandemia justificaba decisiones que impidieron a los enfermos de mayor edad recibir la atención médica de la que eran merecedores y a la que, por supuesto, tenían derecho” (FD 7.3).

En definitiva, no hay ninguna razón para limitar la investigación penal al personal de las residencias, tal y como estableció desde un primer momento la Fiscalía de Madrid. Muy al contrario, lo razonable es examinar todas las decisiones de las autoridades desde la perspectiva de la prohibición de discriminación por discapacidad.

VI.5. ALGUNAS CONCLUSIONES SOBRE EL DERECHO A LA VERDAD Y LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO

Lo relatado en este epígrafe titulado como ‘El derecho a la verdad’ tiene como objetivo poner de manifiesto, en realidad denunciar, que el sistema judicial, el principal garante de los derechos de la ciudadanía, no está cumpliendo con su función constitucional, vulnerando con ello –una vez más– los derechos de las víctimas y sus familiares. En lo siguiente recogemos unas conclusiones, a modo de resumen:

1. El Tribunal Supremo, en el auto de 18 de diciembre de 2020, **exigió** “la evaluación, aunque sea provisional, de las circunstancias concretas en la que estos resultados (la muerte de los y las residentes) se produjeron”, y estableció lo que debería producirse **en los juzgados ordinarios**:

- ▶ Deberá **esclarecerse** si “esos defunciones estuvieron asociados a decisiones políticas, administrativas o de gestión y si aquéllas son susceptibles de reproche penal.
- ▶ Habrá de **indagarse** también el origen y la autoría de resoluciones prohibitivas que impidieron que esas personas fueran trasladadas a centros sanitarios, anticipando así un prematuro estado de necesidad que, por su propia naturaleza, debía haber sido, siempre y en todo caso, un acto médico.
- ▶ Deberá **esclarecer** (la instrucción) si la excepcionalidad derivada de las circunstancias vividas durante la pandemia justificaba decisiones que impidieron a los enfermos de mayor edad recibir la atención médica de la que eran merecedores y a la que, por supuesto, tenían derecho”.

2. Como explicó Carmen Miquel en su comparecencia ante la Comisión, la actuación del Ministerio Público **no respondió a los estándares de investigación internacionales**:

“Lo que identificamos es que, si bien se abrieron diligencias al principio de la pandemia, estas no cumplieron los estándares de investigación que requiere el derecho internacional de los derechos humanos. Entre otras, por ejemplo, **tomar declaración a las propias familias**. Pero practicar diligencias como por ejemplo **llamar a los médicos o pedir los protocolos o simplemente interesarse por el expediente médico** de las personas. Muchas de esas diligencias preprocesales penales se han archivado. Y hay contadas excepciones en que han dado lugar a alguna querrela por parte de la Fiscalía”. [...]”

3. La realidad de lo ocurrido es que **la presunta investigación de la Fiscalía** de Madrid **se caracteriza** esencialmente **por lo que ha decidido no investigar**:

- ▶ No se investigó **ningún tipo de decisión política o administrativa** que pudiera explicar las causas que determinaron la falta de acceso a la asistencia sanitaria de miles de personas mayores (habla de la falta de medios, pero no parece interesarle si hay alguien responsable de que no los hubiera), al limitarse las pesquisas a las actuaciones de las residencias una vez detectado un contagio.
- ▶ No se investigó **la actuación de los geriatras de enlace** y sus informes se acogieron como prueba para archivar denuncias de familiares de víctimas, sin contrastar su veracidad con pruebas documentales u otros testimonios independientes.
- ▶ No se investigó **la falta de medicalización** de las residencias.
- ▶ No se investigó **la exclusión de residentes** del hospital de campaña **de IFEMA**.
- ▶ No se investigó la decisión de **no trasladar residentes a los hospitales privados**, salvo que tuvieran seguro médico privado.
- ▶ No se investigaron **las denuncias realizadas por Alberto Reyero** y por otros testigos privilegiados de lo ocurrido, entre ellas varias directoras de residencias.
- ▶ No se investigó **la desatención sufrida por pacientes con otras enfermedades**. Y ello a pesar de que en la página 194 de la Memoria de la Fiscalía de Madrid se llega a afirmar:

“Debería llamarse la atención a todos los implicados-residencias, Administración y hospitales- sobre la alta incidencia de problemas de desatención de usuarios que derivaron en otras patologías, que debían haber recibido la misma atención que el COVID-19, en cuanto al protocolo de derivación se refiere, a fin de evitar que esta situación se repita en caso de una nueva crisis sanitaria”



No parece que el papel del Ministerio Público sea el de comentarista que se limita a “llamar la atención” sobre los hechos. **Si ha detectado una “alta incidencia de problemas de desatención” de enfermos**, que se concretó en una discriminación ya que no “recibieron la misma atención” que quienes tenían el virus, la Fiscalía **debería haber investigado esos casos**. Pero no consta que lo haya hecho.

4. La investigación ha de calificarse como flagrantemente insuficiente.

No es suficiente para clausurar una investigación decir que la pandemia fue una situación excepcional que tuvo consecuencias terribles para todos. El Tribunal Constitucional es claro al afirmar que una investigación como la de las residencias no puede ser resuelta con criterios abstractos, sino en función tanto de los datos que se aportaron inicialmente a la instrucción y de los después conocidos, que aportaban o eliminaban argumentos para continuarla o para darla por terminada, como de la gravedad de los hechos investigados y de la dificultad propia de la investigación, que pueden exigir nuevas y más incisivas diligencias que en otro tipo de causas serían innecesarias. (STC 34/2008 fj.4)

Hay **muchas preguntas sin responder**

¿Qué exploraciones se hicieron por parte de los geriatras de enlace, qué datos se analizaron?, ¿cómo se hizo el juicio clínico para decidir qué tratamiento recomendar?, ¿quién decidió en cada caso la no derivación de un paciente para quien el médico de la residencia solicitaba derivación al hospital?, ¿quedó constancia en la Historia Clínica o en algún registro? ¿En la Residencia, en el Hospital, para cada paciente al que se denegó el traslado?

La Fiscalía dice que cuando se rechazaba el ingreso, “se ha observado que en la información a las familias solía ponerse el acento en la responsabilidad del hospital, en lugar de informarles que los pacientes iban a recibir en la residencia un tratamiento hospitalario similar al que habrían recibido de ser derivados”. (p 191) ¿Pero quién puede asegurar que el tratamiento era igual? ¿Los geriatras de enlace? ¿el forense? ¿la fiscalía? ¿Cómo y dónde lo fundamentan?

¿Se requirieron los datos de todas las derivaciones por día? ¿Por qué no investigó qué decisiones se tomaron por parte de la Consejería en la mesa de coordinación hospitalaria, respecto a la reducción de derivaciones desde las residencias a los hospitales? ¿Por qué no investigó quién –y por qué– tomó la decisión en el 112 para que las ambulancias rechazaran los traslados desde primeros de marzo?

¿Cuántos casos de los cientos de peticiones de traslado denegadas se analizaron?

5. En otros países, el sistema de justicia sí parece atender a sus competencias constitucionales.

Así, en el **Reino Unido**, donde organizaciones civiles y sociales también reclamaron frente al edadismo atroz que propició “decisiones irresponsables” en relación con las personas mayores

que residían en centros y que estaban hospitalizadas (Amnistía Internacional, 2020 b). En este caso, el **Alto Tribunal** ha declarado que las decisiones del ministerio de Sanidad (del Gobierno de Boris Johnson, competente en la materia) que determinaron el retorno de hasta 25.000 pacientes a las residencias (a través de unas guías oficiales de conducta en las que se descartaba la necesidad de hacer un test previo al regreso a los centros), fueron ilegales. La sentencia afirma su antijuridicidad porque no tuvieron en cuenta el riesgo que suponía para los residentes más ancianos y vulnerables el contagio de personas no sintomáticas (De Miguel, 2022).

En enero de 2024, en **Canadá**, la Corte Suprema de Quebec ha admitido a trámite una demanda colectiva de familiares de pacientes que fallecieron en época de COVID-19 en residencias públicas que alcanzaron una tasa de infección superior al 25% (Lacoursière, 2024).



VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

“ No hemos podido conseguir darles la asistencia digna que a mí me hubiera gustado darles. Se merecían algo muchísimo mejor. Una sociedad que no cuida a sus mayores es una sociedad enferma. Para mí, que estamos en una sociedad enferma ” **Rosa Serna**

En el Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia se reconocía que en la crisis sanitaria por el SARS-CoV-2 podía llegar a enfrentarse los intereses generales de la salud pública y del bien común con derechos fundamentales de las personas, y que estos podían en consecuencia quedar limitados. No obstante, a continuación, aclaraba que las medidas que se adoptasen deberían estar indefectiblemente presididas “**por los principios de equidad, no discriminación, solidaridad, justicia, proporcionalidad y transparencia**”. Y añadía: “**la escasez de recursos puede exigir el establecimiento de criterios de priorización de acceso a los mismos, lo que se hará con base en criterios objetivos, generalizables, transparentes, públicos y consensuados, sin perjuicio de valorar también los aspectos singulares e individuales que presente cada persona enferma por el virus**”.

Este planteamiento que (a pesar del dolor que supone la realidad que incorpora), parece razonable y conforme al Derecho, no fue el implementado en el caso de las residencias de la Comunidad de Madrid, y así ha quedado acreditado en todo lo referido con anterioridad.

Al llegar a este punto del Informe solo nos queda realizar una recapitulación de toda la documentación manejada, así como de los testimonios de residentes, de los familiares, de las trabajadoras, de los peritos, de los cargos públicos y los periodistas entrevistados, y, con base en todo ello, proponer las siguientes Conclusiones y Recomendaciones.

VII.1. CONCLUSIONES

Primera. En los meses de marzo y abril de 2020 se produjo una sobremortalidad en las residencias que pudo y debió haberse evitado.

En marzo y abril de 2020, murieron 9470 personas que vivían en las residencias de Madrid: 7291 en las residencias sin atención hospitalaria y 2179 en el hospital. De los 9470 fallecidos, 5795 tenían COVID-19 confirmado o con sintomatología compatible. Para las restantes 3675 defunciones no se hace referencia al COVID-19.

La mortalidad en residencias de mayores en la Comunidad de Madrid, durante los meses de marzo y abril de 2020, duplicó la media de otras CCAA y otros países de la UE. En esos dos meses murieron entre un 18,05% de residentes (en relación con el total de plazas) y un 21,5% (en relación con las plazas ocupadas estimadas): uno de cada cinco residentes.

La cifra de fallecidos en residencias se multiplicó por seis en comparación con el mismo periodo de años anteriores, mientras que en los hospitales se multiplicó solo por dos.

En la Comunidad de Madrid el porcentaje de personas fallecidas por COVID-19 en residencias fue el 11% del total de plazas disponibles, lo que supone más del doble de la media en toda España. Si la mortalidad hubiera sido similar a la media, el número de fallecidos se habría situado en 2.529. Sin embargo, como se ha dicho, las personas fallecidas por COVID-19 fueron 5.795, más del doble.

En relación con las regiones de la Unión Europea, la Comunidad de Madrid es la región que tuvo un mayor exceso de mortalidad en 2020, en relación al periodo 2016-2019.

Todos los datos recopilados muestran que **en las residencias de la Comunidad de Madrid murieron en marzo y abril de 2020 miles de personas cuya muerte podía haberse evitado con una prevención y una atención sanitaria adecuada;** atención a la que los residentes tenían igual derecho que el resto de la ciudadanía. Esa falta de prevención y de atención fue consecuencia de decisiones políticas y de gestión discriminatorias respecto a la asignación y organización de los recursos sanitarios disponibles.

Las personas que tenían su casa -su vivienda, su morada- en los centros residenciales vieron menoscabados sus derechos fundamentales de forma grave: el derecho a ser tratados dignamente, el derecho a la vida, a la protección de la salud, a la intimidad personal y familiar, a no ser discriminados por su edad, por su discapacidad o por tener una enfermedad.

Segunda. Los recursos sociales y sanitarios eran insuficientes cuando se declaró la pandemia. Desde entonces la situación no se ha corregido.

El modelo de atención a las personas mayores está basado en las residencias, en la institucionalización. Este modelo tiene carencias regulatorias y financiación insuficiente, lo que se traduce en infraestructuras inadecuadas (macro-residencias, habitaciones compartidas...), en una escasa dotación de personal, con bajos salarios, pluriempleo, con poca estabilidad y formación inadecuada, y en falta de medios. La mayor parte de las plazas en residencias, un 88%, son de gestión privada; su mercantilización prioriza el criterio de la rentabilidad por encima del bien de las personas que cuida. Al no existir suficientes medios de control e inspección ni con la formación y actitud adecuada, la prioridad del beneficio campa a sus anchas en perjuicio del tratamiento digno de los residentes.

A día de hoy, la estructura y dotación de las residencias continúa siendo deficiente. Las residencias en las que el virus hizo estragos siguen estando igual o peor, según denuncias de residentes, familiares y trabajadores. No hay planes de contingencia frente a emergencias de salud actualizados y ensayados periódicamente. Sigue faltando un sistema de información que facilite indicadores cuantitativos de calidad de la atención. Siguen sin existir estadísticas sobre el número de defunciones, y no se conocen las causas de mortalidad de los residentes.

El sistema sanitario público estaba debilitado. Desde la crisis financiera de 2009 se redujo parte del personal sanitario, se empeoraron las condiciones de contratación, la estabilidad, las remuneraciones, los medios de trabajo, y todo ello se tradujo en **pérdida de calidad de servicio**. El tiempo de espera



para recibir atención se duplicó en los últimos diez años. En esos años, el número de personas que recurrían a contratar un seguro sanitario privado aumentó un 50%.

La dotación de profesionales de salud pública en la Comunidad de Madrid era muy insuficiente. 17 profesionales eran responsables de las alertas epidémicas en toda la región. El sistema sanitario público sigue sin recuperar la fortaleza necesaria para responder a las necesidades de salud de la población.

Tercera. La respuesta del Gobierno de la Comunidad de Madrid al inicio de la pandemia fue inadecuada.

Entre enero y febrero de 2020 la Comunidad de Madrid (su Dirección General de Salud Pública) debió adoptar medidas de prevención y control en las residencias, y no lo hizo.

Cuando se conoció la aparición del SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19, en noviembre y diciembre de 2019, y se tuvo conciencia de la gravedad de la pandemia a finales de enero de 2020, no se adoptaron medidas generalizadas de prevención y formación, así como de investigación de brotes, en las residencias. **No se activó la vigilancia epidemiológica.**

En la Comunidad de Madrid es donde el virus SARS-CoV-2 se extendió más rápidamente. Entre 22 de enero de 2020 y 13 de febrero ya se habían notificado más de 100 casos (108). En Cataluña fue en 22 de febrero; en la Comunidad Valenciana el 29; en Canarias el 5 de marzo; y las demás en fechas posteriores. Sin embargo, no se adoptaron medidas adecuadas de vigilancia epidemiológica (investigación de brotes, etc.).

En los meses de marzo y abril de 2020 las residencias no contaron con medios de protección adecuados (mascarillas, equipos de protección, etc.), ni de tratamiento (oxígeno, medicación, personal sanitario, etc.). Las bajas laborales de personal en las residencias ocasionaron una sobrecarga de trabajo y pérdida de calidad en la atención, que no se corrigió. El pluriempleo de parte de los trabajadores supuso un aumento de riesgo de contagio en las residencias. Los planes de contingencia, cuando existían, no estaban actualizados ni ensayados. Las residencias no se pudieron sectorizar adecuadamente por las características inapropiadas de las infraestructuras.

Cuarta. La comunicación entre residentes y familiares, así como la información a los familiares, fue inadecuada.

La restricción de los contactos de los familiares con los residentes pudo y debió organizarse de manera que no añadiera sufrimiento y deterioro a las personas internas.

La información a familiares sobre las personas residentes fue, en general, **incompleta, inapropiada y muchas veces contradictoria**, tanto mientras se encontraba con vida, como después de su fallecimiento. En general no se aportó un soporte documental completo: historia clínica con evolución detallada, comprobantes de gestiones y peticiones de derivación realizadas con los hospitales, acuerdos razonados de no derivación con los geriatras de enlace, con el 112, argumentos utilizados, etc.

El impacto sobre el derecho a la intimidad familiar de residentes y familiares, así como sobre la salud de los residentes, especialmente sobre los que padecían algún trastorno mental, fue muy grave.

Quinta. El Gobierno de la Comunidad de Madrid no medicalizó las residencias en marzo y abril de 2020.

En marzo y abril de 2020, cuando se restringieron las derivaciones de pacientes de las residencias a los hospitales, la Comunidad de Madrid no había dotado a dichas residencias de personal sanitario, medios y organización suficientes para una atención adecuada (equivalente a la hospitalaria), tal y como se le había requerido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid.

El ejecutivo autonómico tomó la decisión de construir un hospital para enfermos leves y abandonar la protección de la salud de quienes vivían en residencias. Con el personal sanitario que se envió a IFEMA se podían haber medicalizado más de 1.000 camas en residencias.

Por su parte, la conocida como Operación Bicho muestra de modo inequívoco y desconcertante la falta de rigor de la Comunidad de Madrid a la hora de plantearse el refuerzo sanitario de las residencias: un encargo sin contrato, a una 'profesional' sin experiencia ni estructura sanitaria detrás, que gestiona la asistencia de cuatro ambulancias y 20 profesionales, para las más de 400 residencias.

La no medicalización dejó la suerte de los residentes graves a la decisión de ser derivados a los hospitales para ser atendidos.

Sexta. El Gobierno de la Comunidad de Madrid restringió drásticamente las derivaciones de pacientes desde las residencias a los hospitales, utilizando criterios discriminatorios (por lugar de residencia, discapacidad física o deterioro cognitivo).

Las derivaciones a los hospitales de pacientes que estaban en las residencias, y que previamente se hacían con normalidad, se redujeron drásticamente a partir del 7 de marzo de 2020. Ese día se inició la gestión centralizada de camas hospitalarias en la Consejería de Sanidad. Las derivaciones bajaron de más de 100 derivaciones diarias a la mitad, justo en los días en que aumentó exponencialmente la incidencia de la COVID-19. Las ambulancias del SUMMA 112 empezaron a negar los traslados si no había autorización previa del geriatra del hospital.

La Comunidad de Madrid elaboró, aprobó, distribuyó y aplicó cuatro protocolos sucesivos (18, 20, 24 y 25 de marzo), que confirmaban al "geriatra de enlace" de los hospitales públicos como la única persona con capacidad para autorizar la derivación de pacientes desde las residencias a los hospitales. En dichos protocolos se establecen los criterios de no derivación, en los que se incluyen la dependencia física, el deterioro cognitivo y la comorbilidad.

La decisión de reducir drásticamente las derivaciones de pacientes desde las residencias a los hospitales en marzo y abril de 2020, sin haber previamente medicalizado dichas residencias para ofrecer la misma atención sanitaria que hubiera recibido el paciente en un hospital, **supuso una discriminación en el derecho a la atención sanitaria y una vulneración del derecho a la vida**, que con seguridad aceleró el deterioro de la salud de muchos residentes y su desenlace fatal. La denegación del deber de socorro que se deduce de este comportamiento es un delito tipificado en el Código Penal español.

El hecho determinante de la no derivación al hospital era encontrarse viviendo en una residencia y no disponer de un seguro privado. Si vivía en su casa podía ir al hospital y es allí donde decidirían su ingreso



o el tratamiento correspondiente. Si vivía en una residencia y tenía seguro privado, podía ir directamente desde la residencia a un hospital privado.

Se aplicó un triaje masivo e indiscriminado, encubierto con la existencia de unos geriatras de enlace que, en realidad, no pudieron materialmente atender de forma personalizada cada una de las solicitudes de derivación por parte de las residencias.

Séptima. El Gobierno de la Comunidad de Madrid no utilizó los medios alternativos existentes para ofrecer atención sanitaria a los pacientes de las residencias.

Entre el 22 de marzo y el 23 de abril de 2020 estuvo funcionando un hospital provisional en IFEMA. Se habilitaron 1.300 camas y se dotaron con 3.000 profesionales, de los cuales, más de 1.000 médicos y enfermeras (que provenían de centros de salud, servicios de urgencia y otros, y que podían haberse destinado a medicalizar las residencias). A este centro solamente se trasladaron 23 pacientes leves desde residencias. En el periodo de funcionamiento de IFEMA fallecieron más de 5.000 personas en residencias sin recibir atención médica adecuada.

Durante la pandemia se atendieron en hospitales privados de la Comunidad de Madrid alrededor de 8.000 pacientes derivados y financiados por la Consejería de Sanidad. Esos pacientes se derivaban desde los hospitales. No se permitió derivar pacientes desde las residencias, salvo que tuvieran un seguro privado. En el resto de España había más capacidad disponible de camas y recursos en centros sanitarios privados.

Durante la pandemia se habilitaron 14 hoteles medicalizados, con 1.036 camas. En el momento de mayor ocupación estuvieron utilizadas 837 camas. No se autorizó la derivación de ningún paciente de las residencias a los hoteles medicalizados.

En abril de 2020 se autorizó a personal sanitario del SAMUR para que acudiera a prestar atención sanitaria a Castilla y León. Por el contrario, no consta que la Comunidad de Madrid solicitara a las comunidades autónomas vecinas el apoyo con personal sanitario para aumentar el funcionamiento de los centros públicos, medicalizar las residencias, ampliar la dotación de IFEMA, o la de los hoteles medicalizados, de tal manera que se hubiera podido atender adecuadamente a los pacientes de las residencias.

Octava. El sufrimiento y la muerte evitable de miles de personas mayores que vivían en residencias fue consecuencia de unas decisiones planificadas y conscientes de discriminación en la atención.

La falta de medios apropiados condicionó que, en muchos casos, los cuidados (paliativos) para reducir el nivel de sufrimiento de las personas residentes no se implementaron, o no se hicieron correctamente: no hubo oxígeno, los cuidados de enfermería y apoyo psicosocial fueron nulos o insuficientes y el entorno íntimo familiar fue excluido.

No estamos ante decisiones improvisadas por la situación crítica que había provocado la pandemia, sino ante **decisiones perfectamente conscientes, planificadas y mantenidas en el tiempo**, a

pesar de la elevada mortalidad en las residencias de ancianos que las acompañaba. Decidir tratamientos como los aplicados en función de agrupamientos comporta una transgresión clínica grave, pues la regla es que únicamente deben indicarse en función de decisiones individualizadas.

La enfermedad crónica, la discapacidad, la vejez, fueron criterios que justificaron la decisión de discriminar, de excluir el derecho a la igualdad de trato (art.14 CE), de no tratar una enfermedad que podía llevar a la muerte (como así sucedió en muchos casos), acogiendo la opinión de que la vida (art.15 CE), así como los derechos a la protección de la salud (art.43 C) y a no ser tratados de forma inhumana o degradante (art.15 CE), de los enfermos crónicos, las personas con discapacidad y los ancianos, son secundarios en términos de protección.

Novena. Se han vulnerado gravemente derechos fundamentales de las personas residentes y de sus familiares

Hubo una vulneración colectiva e individualizada a las personas residentes de su derecho a la igualdad de trato y a no ser discriminado por circunstancias personales como la edad, la discapacidad, la falta de movilidad o la morbilidad; en realidad por la circunstancia de vivir en una residencia.

Esa discriminación ha impactado directamente sobre el derecho de las personas mayores residentes a la protección de su salud, sobre el derecho a su integridad física y psíquica y sobre su derecho a la vida. Es evidente que con carácter general no se puede atribuir una muerte concreta a la decisión política de no medicalización y no derivación (esto requiere y exige de la investigación específica del caso concreto), pero no cabe duda de que esa decisión sí vulnera el derecho a la protección de la salud de todas y cada una de las personas residentes, a las que se negó atención médica, así como el derecho a la integridad física y psíquica que esa desatención necesariamente les provocó.

La intimidad familiar y la protección de la salud (sobre todo de las personas con trastornos mentales) fueron derechos maltratados por la mala gestión interna de la información en no pocas residencias; mala gestión debida a cuestiones estructurales, organizativas y de personal, así como a decisiones más interesadas en mantener una imagen que en atender debidamente a residentes y familiares.

Décima. Se ha vulnerado el derecho a la verdad. No se ha investigado debidamente lo que ocurrió. No se han establecido ni responsabilidades ni reparaciones justas.

No se ha completado una investigación de los hechos desde las instituciones políticas. La Comisión de Investigación de la Asamblea de Madrid constituida el 6 de junio de 2020 realizó ocho sesiones y quedó en suspenso por la convocatoria de elecciones anticipadas el 4 de mayo de 2021. Posteriormente, la mayoría del Partido Popular y Vox negó la reapertura de la Comisión. Esta posición ha revelado la **nula voluntad de transparencia por parte del Gobierno autonómico**; una opacidad que se reitera en la negativa constante de las autoridades de dar la información que los familiares le solicitan.

Por su parte, **el Ministerio Fiscal no ha realizado una investigación diligente, rigurosa y efectiva**, a pesar de los gravísimos hechos acontecidos en las residencias de la Comunidad de Madrid y de la gravedad de los derechos afectados, suponiendo un fallo grave en el sistema de protección de los derechos fundamentales de las personas mayores.



Durante la investigación promovida desde esta Comisión se citó a prestar testimonio a numerosas autoridades políticas y sanitarias, así como a personas con conocimiento directo de los hechos y un papel relevante en la gestión llevada a cabo, como los geriatras de hospital. Ninguna de estas personas prestó su colaboración para ayudarnos a saber la verdad. Es jurisprudencia consolidada que la dificultad para la obtención de la documentación y de las pruebas sobre hechos tan graves como los que nos ocupan no puede recaer sobre los familiares de las víctimas, que por este hecho sufren un doble castigo absolutamente inaceptable.

Si el Estado no cumple su obligación positiva de actuar de forma diligente en un caso como el de las muertes de las residencias de Madrid, además de vulnerar el derecho a la tutela judicial de las víctimas, les arrebató la posibilidad de una reparación y, en definitiva, reduce la confianza general de la ciudadanía en las instituciones. El desamparo institucional a personas en situación de vulnerabilidad produce daños en todas las direcciones.

VII.2. RECOMENDACIONES

Primera. Deber de no olvidar. Impulsar la investigación. Buscar la verdad. Establecer reparaciones.

La Comisión insta a los poderes públicos a garantizar que se conozca la verdad sobre lo ocurrido en las residencias de la Comunidad de Madrid, e insta a que se adopten todas las medidas necesarias para evitar que vuelva a suceder la gravísima vulneración de derechos fundamentales descrita en este Informe.

De ningún modo debe silenciarse el debate y la conversación pública sobre lo que ocurrió en las residencias de Madrid, sobre el contexto que lo propició y sobre las decisiones que provocaron la muerte sin atención sanitaria a miles de personas mayores. Se trata de un debate necesario desde el punto de vista moral. Es una exigencia para la sociedad saber qué ocurrió, por qué ocurrió, clarificar responsabilidades políticas y jurídicas y reparar a las víctimas.

Lo anterior tiene como correlato necesario, como mínimo, las dos recomendaciones siguientes.

Segunda. Que el Gobierno y la Asamblea de la Comunidad de Madrid reabran la Comisión de investigación sobre la pandemia.

Es muy conveniente que las instituciones políticas de la Comunidad de Madrid lleven a cabo la tarea inacabada de conocer y evaluar lo sucedido, de modo que de forma inmediata debe reabrirse la Comisión de la Asamblea de Madrid y seguir con un trabajo que quedó detenido en sus inicios.

Los objetivos de dicha Comisión deberían incluir:

- ▶ Conocer la verdad de los hechos y sus causas.
- ▶ Establecer responsabilidades políticas, en su caso.

- ▶ Proponer las mejoras necesarias en el modelo de atención a las personas mayores y en el sistema sanitario.
- ▶ Valorar, en su caso, la reparación a las víctimas y a sus familiares.

El ejecutivo autonómico de Madrid tiene la obligación de colaborar con celeridad y de forma transparente y honesta con lo requerido por la Asamblea, aportando toda aquella información y documentación que le sea requerida por los representantes parlamentarios.

Tercera. Que el Ministerio Fiscal complete una investigación eficaz y diligente de lo ocurrido en las residencias de mayores de la Comunidad de Madrid en los meses de marzo y abril de 2020.

Ante hechos tan graves como los descritos en este Informe, que afectan a derechos fundamentales reconocidos a todas las personas sin discriminación alguna, la Comisión exhorta al Ministerio Fiscal para que cumpla con sus obligaciones dirigidas a garantizar el derecho a la verdad. Para ello es preciso que lleve a cabo una verdadera investigación sobre lo sucedido, y que los fiscales actúen de modo proactivo en los casos particulares en los que sean parte; lo contrario contradice sus deberes constitucionales y estatutarios, y deja a las personas afectadas sin la tutela efectiva de sus derechos.

Todo parece indicar que murieron miles de personas cuya muerte podía haberse evitado con otras decisiones políticas y administrativas. La determinación de responsabilidades y la reparación adecuada, basadas en investigaciones diligentes y rigurosas, es lo que procede en un Estado de Derecho.

Cuarta. Promover un cambio radical en el planteamiento del modelo de cuidados.

La Comisión insta al Gobierno de España, al de la Comunidad de Madrid y a los Gobiernos de las Comunidades Autónomas a impulsar un debate riguroso y no politizado sobre lo que ocurrió en las residencias durante la pandemia, como base para definir cómo deberían ser las cosas en el futuro. El debate sobre la situación actual de la atención en las residencias de mayores, y el modelo social que la sostiene, es necesario y pertinente.

En relación con los cuidados nos encontramos ante una necesidad social que merece una respuesta política, a nivel estatal, a nivel autonómico y a nivel local. La pandemia de COVID-19 no solo ha puesto de manifiesta la vulnerabilidad de los seres humanos, sino también y especialmente, la precariedad, insuficiencia e inadecuación de las estructuras y los recursos sociosanitarios de los centros residenciales para personas mayores. Parte de las consecuencias sufridas por la crisis sanitaria tiene como causa un modelo residencial que adolecía y sigue adoleciendo de importantísimas y graves limitaciones. Limitaciones que en la Comunidad de Madrid son especialmente agudas.

Solo una respuesta basada en una visión amplia, inclusiva y transversal, dará con la vía para construir un modelo en el que la clave sea la vida y dignidad de las personas, no la estructura y la organización institucional creada para acogerlas. Para llevar adelante dicha transformación radical habrá que atender a cuatro dimensiones fundamentales:



- ▶ Dimensión económica. El análisis de los modelos de larga duración no puede ser ajeno a sus costes y a las vías para financiarlos. Cuidar de forma digna a las personas mayores, a las personas con alguna discapacidad o dependientes, requiere gasto. La mercantilización de estos cuidados, cuanto más extrema y menos controlada por los poderes públicos, es y será la base de abusos y malos tratos intolerables.
- ▶ Dimensión sociocultural. Es esencial visibilizar a las personas mayores y personas con discapacidad como sujetos plenos de derechos, así como desactivar los prejuicios y estereotipos edadistas y capacitistas, que las discriminan. Del mismo modo, junto a la corresponsabilización que equipare a hombres y mujeres en una atención hasta ahora absolutamente feminizada y precarizada, se exige una implicación decidida del Estado que se define, constitucionalmente, como un Estado Social y Democrático de Derecho.
- ▶ Dimensión sanitaria. Debe asegurarse que las personas que viven en las residencias de personas mayores tienen acceso al sistema nacional de salud a través de la atención primaria y especializada, ejerciendo los derechos de cualquier persona residente en España.
- ▶ Dimensión jurídica. Resulta de enorme importancia la puesta al día de la normativa que regula los servicios sociales y los centros de mayores (de perfil altamente institucionalizado), dirigiendo su articulado hacia el objetivo de preservar su autonomía y derechos en el marco de una atención integral centrada en la persona llevada a cabo por profesionales con una posición laboral digna. Sería conveniente el impulso, debate y aprobación de una ley de derechos fundamentales de las personas mayores, así como de normativa marco
- ▶ Dimensión política. Todo lo anterior, de gestión compleja, necesita de una voluntad política decidida dirigida a 'operativizar' los cuidados. Operativización que se traduce en múltiples aspectos: de concepto del cuidado (centrado en la persona), de planificación (necesariamente participativa), de suficiencia financiera, de reconsideración del estatus de las y los trabajadores (condiciones laborales y formación), de eficaz coordinación de entidades públicas y privadas, de inspección y evaluación adecuada (equipos bien cualificados y robustos).

Sea como fuere, el modelo de grandes residencias, gestionadas mediante concesiones a empresas privadas cuya misión no es el cuidado, sino que están ligadas a fondos de inversión, genera importantes problemas en la atención a las personas. Parece más conveniente orientar los sistemas de atención a la autonomía personal, en el propio domicilio, o en entornos cercanos. Como alternativa residencial parecen preferibles viviendas con apoyo, mini-residencias, etc., es decir, instituciones en las que sea posible una relación más cercana, que preserve la intimidad y la dignidad de la persona.

Quinta. Mejorar la dotación del sistema sanitario público.

El Gobierno de la Comunidad de Madrid debe adoptar todas las medidas y acciones precisas para recuperar la dotación sanitaria adecuada y ofrecer una calidad de atención suficiente. Esas actuaciones deberán garantizar el refuerzo de la atención primaria; garantizar unos tiempos de respuesta adecuados, reduciendo drásticamente las listas de espera; y mejorar la calidad de la atención. Para ello es necesario ampliar la dotación de personal en todas las categorías, garantizar condiciones de trabajo satisfactorias

(remuneración, estabilidad, respeto, cargas de trabajo adecuadas, desburocratización, formación continuada independiente de la industria, reconocimiento, participación, etc.). Es importante revertir la tendencia a la privatización de la sanidad, recuperando personal sanitario y ofreciendo unos servicios que hagan innecesario el recurso a la sanidad privada.

El Gobierno de la Comunidad de Madrid debe reforzar la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, dotándola de profesionales cualificados, en cantidad suficiente, con unas buenas condiciones de trabajo. Rediseñar y reforzar los sistemas de información epidemiológica y crear una red de monitorización y seguimiento de problemas de salud con técnicos de salud pública capacitados. Deberá garantizarse una buena formación de personal sanitario y de centros sociales y residenciales en la prevención y control de infecciones nosocomiales y residenciales.

El Gobierno autonómico debe revisar y actualizar todos los planes de preparación y respuesta a pandemias y otras emergencias de salud. En el ámbito regional, y en el ámbito de cada centro y servicio, hospitales, centros de salud, residencias de mayores, etc., etc. Se debe asegurar la dotación de recursos suficiente. Se debe garantizar que los planes se difunden entre el personal, se entrenan y se ponen a prueba periódicamente.

Así mismo, el Gobierno de España debe reforzar la estructura de coordinación del Ministerio de Sanidad y su capacidad para responder en casos de graves emergencias de salud, poniendo todos los recursos del Sistema Sanitario y de otras redes de servicios en sintonía para obtener las sinergias de todos los recursos disponibles. Se debe rediseñar el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, dotándole de capacidad ejecutiva, con decisiones vinculantes, para situaciones de importancia sanitaria.

Sexta. Visibilizar y luchar contra el edadismo

El 24 de noviembre de 2021 la Comisión de Derechos Sociales del Senado aprobó por unanimidad un informe de la ponencia de estudio sobre el envejecimiento en España, en el que se recomienda aprobar un Pacto de Estado para la protección y promoción de los derechos de las personas mayores y combatir el edadismo, es decir, la discriminación por razón de edad. Llama la atención, a la vista de esta encomiable iniciativa, que los mismos actores políticos, en sus respectivos parlamentos autonómicos, hayan conseguido malograr la puesta en marcha de comisiones de investigación (Sánchez Castrillo, 2021) para saber lo ocurrido en las residencias.

Lo sucedido en las residencias de Madrid —el abandono en ellas de miles de personas mayores durante la pandemia, y el escasísimo impacto político, mediático y social que la tragedia que ha provocado hasta ahora— trae causa de una **desconsideración colectiva hacia las personas mayores**. Esa indiferencia supera sin duda los límites de esta Comunidad y se extiende al resto del Estado.

El edadismo es la negación directa o indirecta al igual trato a las personas mayores, basada exclusivamente en su edad. Es la discriminación que se justifica en el solo hecho de ser mayor, viejo, anciano, y en el conjunto de estereotipos y prejuicios que serlo lleva consigo (debilidad, inutilidad, enfermedad y coste económico).

Después de la discriminación masiva a la que fueron sometidos miles de personas mayores durante la pandemia, no existe mayor acto de edadismo que la cancelación, el olvido y la negación de reparación



de aquellos casos en los que se produjeron acciones y omisiones que vulneraron flagrantemente sus derechos.

La Comisión llama la atención a todas las autoridades públicas y a todas las entidades privadas, así como a toda la ciudadanía, para que seamos conscientes de esta realidad y sus terribles efectos, realidad algo menos invisible tras la crisis sanitaria de la COVID-19, pero vigente y tenaz. Y por ello insta a las instituciones a adoptar medidas de todo tipo, cada una en su marco de trabajo y competencias, para **impulsar un cambio radical en el modo en el que la sociedad piensa y actúa respecto de las personas mayores.**

Una mirada honestamente respetuosa con su dignidad, una consideración rigurosa e igualitaria de las personas mayores como sujetos plenos de derecho, hubiera impedido que se tomaran decisiones discriminatorias de la gravedad que se adoptaron. Hubiera provocado, además, una reacción social mucho más firme ante la realidad que la muerte en abandono, sin atención sanitaria, de más de 7.000 personas provocaría en cualquier sociedad decente.

VIII. FUENTES UTILIZADAS

INFORMES

■ AMNISTÍA INTERNACIONAL (2020): **Abandonadas a su suerte**. *La desprotección y discriminación de las personas mayores durante la pandemia.*

(2020 b), **United Kingdom**: *As if expendable: The UK government's failure to protect older people in care homes during the COVID-19 pandemic.*

■ ASOCIACIÓN DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES DE ESPAÑA (2023). *La Inversión social por Comunidades. Sanidad, educación y servicios sociales.* Elaborado por Gonzalo Cavero Cano, Alvaro Revilla Castro, José Manuel Ramírez Navarro, Ana María Aranda Lasheras.

■ ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA (2023). *“Gasto sanitario público y salud en la Comunidad de Madrid 2023.* Elaborado por: Elena Arias, José Ramón Repullo, Pedro García, Luis Morell, Serapio Severiano Peña.

■ CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2023). *Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la pandemia de COVID-19. Lecciones de y para una pandemia.* Coordinado por Hervada Vidal, Xurxo; Pérez Romero, Carmen; Rodríguez Artalejo, Fernando; y Urbanos Garrido, Rosa. 2023.

■ DEFENSOR DEL PUEBLO (2020). *Atención a personas mayores. Centros residenciales. Separata del Informe anual 2019.* Madrid.

■ DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA (2020). *Informe epidemiológico vigilancia de COVID-19. Datos acumulados hasta el 10 de mayo de 2020. Red de Vigilancia Epidemiológica, 2020.*

■ FADSP (2022). Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. *Informe anual 2022. Los Servicios Sanitarios de las CCAA. (XVIII Informe).* Mayo de 2022. (la mayoría de los datos corresponden a 2020).

■ HELPAGE (2021). *“El derecho a los cuidados de las personas mayores”.* Colección *Los derechos humanos de las personas mayores en España: La igualdad de trato y la no discriminación por razón de edad.*

■ MÉDICOS SIN FRONTERAS (2020): *Poco, tarde y mal: el inaceptable desamparo de las personas mayores durante la COVID-19 en España.*

■ MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN (2020): **Informe del GTM** *sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias.*



■ MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030 (2023): **Proyecto EDI**. *Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios.*

– (2020) **Informe** del Grupo de Trabajo COVID-19 y residencias.

■ MINISTERIO DE SANIDAD (2020): Informe sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS - Cov-2, **2 de abril**.

■ NACIONES UNIDAS (2020): *Impacto de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad*. Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, **A/75/205**, 21 julio de 2020.

■ NACIONES UNIDAS (2020): *Los derechos humanos de las personas de edad: la falta de datos. Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad*, Consejo de Derechos Humanos, 45º período de sesiones, **A/HRC/45/1414** de septiembre a 2 de octubre de 2020.

■ THE LANCET (2022): *The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic*, **September 14**.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

■ ANTENA 3, “Isabel Díaz Ayuso, sobre la investigación de las muertes por coronavirus en residencias: ‘No quiero ahondar en un dolor innecesario’”, en **El Hormiguero**, 10 de noviembre de 2021.

■ CARRASCO, Lara “Familiares de víctimas en las residencias exigen conocer los atestados policiales que Ayuso se niega a publicar”, **Infolibre**, 5 de febrero de 2024.

■ CARRERA, Javier (2024) “Ayuso acude a los tribunales para que las actas de las residencias no salgan a la luz: el Consejo de Transparencia obliga a hacer públicos los informes policiales de la pandemia”, **Cadena Ser**, 5 de febrero.

■ DE MIGUEL, Rafael (2022): “El Alto Tribunal del Reino Unido declara ilegal la gestión de las residencias de mayores durante la pandemia”, **El País**, 22 de abril.

■ INFOLIBRE (2022): **Dossier** residencias COVID-19.

– “El ‘número dos’ de Ayuso, sobre los ancianos muertos en residencias: ‘Los familiares ya lo han superado’”, **Infolibre**, 5 de octubre de 2022.

■ JIMÉNEZ, Elena (2023): “Las directoras de dos residencias de Madrid admiten que se aplicaron los protocolos que impedían derivar a los mayores a un hospital”, **Cadena Ser**, 14 de junio de 2023.

INFORME DE LA COMISIÓN CIUDADANA **POR** **LA VERDAD EN LAS** **RESIDENCIAS DE MADRID**

- JIMÉNEZ, Elena (2023): “Ayuso no medicalizó las residencias de Madrid porque dio prioridad al hospital de Ifema: Radio Madrid accede a la primera declaración judicial del autor de los ‘protocolos de la vergüenza’”, **Cadena Ser**, 18 de octubre de 2023.
- LACOURSIÈRE, Arianne (2024): *Feu vert à l’action collective des victimes de CHSLD*, *La Presse, dimanche* 18 février 2024.
- MORENO, Ana (2021): “María José Segarra, fiscal: “En las residencias se vulneraron derechos fundamentales de las personas mayores”, **infolibre**, 1 de octubre de 2021.
- PEINADO, Fernando (2021): “Así fue el tapón de las residencias de mayores de Madrid, hospital por hospital: el 73% de los muertos no fueron trasladados a un centro médico”, **El País**, 1 de mayo de 2021.
- RICO, Manuel (2020-1): “Los seis documentos que demuestran que Ayuso miente sobre la orden de no trasladar enfermos de residencias a hospitales”, **infoLibre**, 5 de junio de 2020.
– (2020-2) “La prueba definitiva de la discriminación de los mayores en Madrid: los datos por residencias desvelan cómo se paralizó el traslado a los hospitales”, **infolibre**, 18 de agosto de 2020.
- PEREZ-DURÁN, Ixchel (2020): “Efectos de la opacidad en las residencias de mayores antes de la COVID-19”, **Agenda Pública** - El País, 26 de mayo.
- SANCHEZ CASTRILLO, Álvaro (2021): “Las comunidades dan un carpetazo masivo a las investigaciones sobre las muertes en las residencias”, **infoLibre**, 15 de noviembre.
- TELEMADRID, “**Telemadrid** entra por primera vez en una residencia de ancianos en plena crisis del COVID-19”, 22 de abril de 2020.
– “**Madrid limita las visitas** a todas las residencias de mayores por el COVID-19”, 08 de marzo de 2020.

PUBLICACIONES ACADÉMICAS Y MONOGRAFÍAS

- BÉLAND, François, ZUNZUNEGUI, Maria Victoria et al. (2024). “Hospital referrals, exclusions from hospital care, and deaths among long-term care residents in the Community of Madrid during the March-April 2020 COVID-19 epidemic period: A multivariate time series analysis”, **BMC Geriatrics**.
- COMAS D’ARGEMIR, Dolors y BOFILL-POCH, Silvia (2022) *Cuidar a mayores y dependientes. En tiempos de la COVID-19*, Tirant Humanidades.
- CONDES, Emilia y ARRIBAS, José Ramón (2021), “Impact of COVID-19 on Madrid hospital system”, *Enferm Infecc Microbiol Clin* (Engl Ed). 2021 May; 39(5): 256-257. doi: 10.1016/j.eimc.2020.06.005. Epub 2020 Jun 25.



- DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico y BELLVER CAPELLA, Vicente (2020): “Priorizar sin discriminar: la doctrina del Comité de Bioética de España sobre derechos de las personas con discapacidad en un contexto de pandemia”. *IgualdadES*, 3, 313-341.
- DEUSDAD, Blanca (2020): “El COVID-19 y la Crisis de las Residencias de Mayores en España: Edadismo y Precariedad”, RASP - *Research on Ageing and Social Policy*, Vol. 8 No.2.
- FLORES GIMÉNEZ, Fernando (2023). “Derechos de las personas mayores y discriminación en las residencias geriátricas durante la pandemia de COVID-19”. *Teoría & Derecho. Revista de Pensamiento jurídico*, (34), 206-229.
- (2022): “El cuidado de las personas mayores: un derecho fundamental en ciernes”, *Teoría y Derecho. Revista de Pensamiento Jurídico*, núm.33.
- ISLAM, Nazrul (et al) (2021), “Unequal impact of the COVID-19 pandemic on excess deaths, life expectancy, and premature mortality across Spanish regions in 2020 and 2021”, *medRxiv*.
- LÓPEZ GUERRA, Luis (2018). “El derecho a la verdad: ¿la emergencia de un nuevo derecho en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos?” *Anuario Iberoamericano de Justicia Constitucional*, 22.
- LÓPEZ ULLOA, Juan Manuel (2013) “El ‘derecho a la verdad’ en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Persona y Derecho, vol. 69, 2013-2, pp.127-164.
- MONTSERRAT CODORNIU, Julia (2021) “El impacto de la pandemia en las residencias para personas mayores y las nuevas necesidades de personal en la etapa pos-COVID-19”, *Panorama Social*, núm.33.
- REYERO, Alberto (2022): *Morirán de forma indigna*, libros del K.O.
- RICO, Manuel (2020): *Vergüenza. El escándalo de las residencias*, Barcelona, Planeta.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, JORGE (2017): *Derecho a la verdad y Derecho internacional en relación con graves violaciones de los derechos humanos*. Madrid: Biblioteca de Derechos Humanos Berg Institute.
- RUBIO-MENGUAL, Iñaki y VILLAR BAILE, Álvaro (2022): “Discounted Deaths: The Eruption of COVID-19 in the Geriatric System of the Community of Madrid,” *Medical Anthropology Quarterly*, vol.16, 4, pp.463-478.
- ZUNZUNEGUI, María Victoria. (2022). COVID-19 en centros sanitarios de personas mayores: la equidad será necesaria para evitar nuevas catástrofes. *Gaceta Sanitaria* vol 36(1):3-5
- ZUNZUNEGUI, María Victoria; RICO, Manuel; BÉLAND, François; GARCÍA LÓPEZ, Fernando J. (2022), “The Impact of Long-Term Care Home Ownership and Administration Type on All-Cause Mortality from March to April 2020 in Madrid, Spain”, *Epidemiologia* 2022, 3, 323-336.

- ZUNZUNEGUI, María Victoria; BÉLAND, François; GARCÍA LÓPEZ, Fernando J. (2023). “Restrictions on Hospital Referrals from Long-Term Care Homes in Madrid and COVID-19 Mortality from March to June 2020: A Systematic Review of Studies Conducted in Spain”. *Epidemiologia* 2023, 4, 176-187.
- ZUNZUNEGUI, María Victoria, GARCIA LOPEZ Francisco Javier, RODRIGUEZ Vicente (2023). La desconocida mortalidad de la población en las residencias de personas mayores de España. *Gaceta Sanitaria* Vol 37 (2023) 102261

DECISIONES JURISDICCIONALES UTILIZADAS

Tribunal Europeo de Derechos Humanos

- STEDH de *McCann y otros c. Reino Unido*, 1995.
- STEDH de 11 de abril de 2000, *Sevtap Veznedaroglu c. Turquía*.
- STEDH de 18 de junio de 2002, *Orhan c. Turquía*.
- STEDH de 16 de diciembre de 2003, *Kmetty c. Hungría*.
- STEDH de 2 de noviembre de 2004, *Martínez Sala y otros c. España*.
- STEDH de 17 de julio de 2014, *Campeanu c. Rumanía*.
- STEDH, 2016, *Armani Da Silva c. Reino Unido [GC]*.
- STEDH de 13 de diciembre de 2012, *El Masri vs Macedonia*.
- STEDH de 26 de mayo de 2020, *Aftanache c. Rumanía*.

Tribunal Constitucional

- STC 34/2008, de 25 de febrero.
- STC 35/1996, de 11 de marzo.
- STC 52/2008, de 14 de abril.
- STC 7/2004, de 9 de febrero
- STC 35/1996, de 11 de marzo.
- STC 119/2001, de 24 de mayo.
- STC 224/2007, de 22 de octubre.



Tribunal Supremo

- **Auto** de 18 de diciembre de 2020. Sala de lo Penal.
- Auto **10862/2023**, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 20 de julio de 2023. Caso Ayuntamiento de Leganés.

Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid

- Auto **55/2020**, de 6 de mayo de 2020. Sala de lo Contencioso-Administrativo. Caso Ayuntamiento de Leganés.
- **Auto** de 21 de abril de 2020. Sala de lo Contencioso-Administrativo. Caso Ayuntamiento de Alcorcón.

ALGUNAS FRASES DE LAS COMPARENCIAS

■ **Nandi Gutiérrez:**

- ▶ «Es como si lo que contamos nos lo inventáramos, como si no hubiera pasado».
- ▶ «Pasar de un hospital a un centro de mayores es como viajar a la Edad Media».

• **Elvira García:**

- ▶ «Si hoy volviera la pandemia, la situación sería igual o peor que entonces».

■ **José Antonio Chamorro:**

- ▶ «Ellos llamaban medicalizar a llamar por teléfono y a que se pase algún facultativo de vez en cuando».

■ **Pilar Torres:**

- ▶ «Algunos familiares entraron por la puerta de la residencia y se los llevaron (a los padres) por la puerta».

■ **Rosario Fernández:**

- ▶ «La persona que no estuvo dando la vara estuvo desatendida desde el minuto 1».

■ **Ramona Carvajal:**

- ▶ «En mi residencia la decisión de no derivar era del director del centro: “porque se lo han prohibido”».

■ **Rosa Serna:**

- ▶ «No había medios para hacer frente al plan de contingencia».

■ **Mirian Alía:**

- ▶ «Es la primera vez que veo una triaje que se basa en la dependencia. El criterio de exclusión desplazó al de la vulnerabilidad».

■ **M.^a Paz Villanueva:**

- ▶ «Me devolvieron las cosas de mis padres en cajas, pero había cosas que faltaban, y otras muchas no eran suyas. No me devolvieron sus alianzas».

■ **Alberto Reyero:**

- ▶ «El sistema sanitario actuó como aspiradora del sistema social».

■ **María José Segarra:**

- ▶ «Hubo una situación de vulneración objetiva de derechos de las personas mayores en entornos residenciales».

■ **M.^a Ángeles Maquedano**

- ▶ «Se murieron de una forma horrible, horrible. Lo peor y lo voy a recordar hasta el día que me muera de cómo murieron esas personas. A mí me gustaría que la gente supiera cómo se murieron por no recibir atención médica. Murieron de una manera horrible. Ahogadas. Asfixiadas. Deshidratadas. Por falta de atención médica».

Todos la documentación utilizada
para la elaboración de este Informe,
y alguna más relacionada con su temática,
puede consultarse en la web de la Comisión

<https://comisionverdadresidenciasmadrid.wordpress.com>

**INFORME
DE LA
COMISIÓN
CIUDADANA
POR LA
VERDAD
EN LAS
RESIDENCIAS
DE MADRID**

