



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2007

VIII Legislatura

Núm. 853

NO PERMANENTE SOBRE SEGURIDAD VIAL Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁFICO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. JORDI JANÉ I GUASCH

Sesión núm. 30

celebrada el martes, 29 de mayo de 2007

Página

ORDEN DEL DÍA:

Celebración de las siguientes comparencias para informar en relación con el estudio de la situación de los servicios de urgencia y emergencia:

— Del señor presidente de CEA (Fernández Chillón). (Número de expediente 219/000809.)	2
— De la señora presidenta de Aesleme (doña Mar Cogollos). (Número de expediente 219/000810.)	2
— Del señor director médico del Real Automóvil Club de Catalunya (Francesc Bonet). (Número de expediente 219/000811.)	2
— Del señor director general de Tráfico (don Pere Navarro). (Número de expediente 212/001592.)	18

Nota.—Texto procedente de la grabación correspondiente a la sesión celebrada por esta Comisión el martes 29 de mayo, ante la ausencia de personal de la Redacción del «Diario de Sesiones», debido a su presencia en otras Comisiones de la Cámara.

Se abre la sesión a las diez y media de la mañana.

CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARENCIAS:

- **DE DON RAFAEL FERNÁNDEZ CHILLÓN, PRESIDENTE DE CEA, PARA INFORMAR EN RELACIÓN CON EL ESTUDIO DE LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA. (Número de expediente 219/000809.)**
- **DE DOÑA MAR COGOLLOS, PRESIDENTA DE AESLEME, PARA INFORMAR EN RELACIÓN CON EL ESTUDIO DE LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA. (Número de expediente 219/000810.)**
- **DE DON FRANCESC BONET, DIRECTOR MÉDICO DEL REAL AUTOMÓVIL CLUB DE CATALUNYA, PARA INFORMAR EN RELACIÓN CON EL ESTUDIO DE LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA. (Número de expediente 219/000811.)**

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a dar inicio en el Congreso de los Diputados a la Comisión de Seguridad Vial. Proseguimos el ciclo de comparencias que tiene abierto esta Comisión para tratar de manera específica el estudio de la situación de los servicios de urgencia y emergencia y poder realizar balance y propuestas por parte de los comparecientes.

Hoy queremos saludar de manera especial a don Rafael Fernández Chillón, presidente de CEA, Comisionado Europeo del Automóvil, a doña Mar Cogollos, presidenta de Aesleme, acompañada por el doctor Salvador Espinosa Ramírez, director médico de Sescam, y al doctor Francesc Bonet, director médico del Real Automóvil Club de Catalunya, RACC. Les damos a los cuatro la palabra y una vez realizadas las intervenciones iniciales, que no debieran ser de más de diez o quince minutos cada uno, daríamos turno a los portavoces y después volverían los comparecientes la palabra.

Sin más preámbulos y agradeciéndoles su asistencia en el Congreso de los Diputados, damos en primer lugar la palabra a don Rafael Fernández Chillón, presidente de CEA.

El señor **PRESIDENTE DEL COMISIONADO EUROPEO DEL AUTOMÓVIL —CEA—** (Fernández Chillón): Me propongo no tratar de contar cuál es la situación actual en España porque probablemente SS.SS. y los comparecientes lo conocen perfectamente, sino dar una visión de cuáles son las fortalezas y debilidades del sistema de emergencias en España; en segundo lugar, comentar cuáles son las mejores prácticas a nivel internacional que, probablemente, es lo que deberían orientarnos a copiar los mejores modelos de lo que se está haciendo en otros países; y por último, y desde un punto de vista eminentemente práctico, me voy a proponer ofrecer a la Comisión un decálogo de lo que debería ser un sistema eficaz y eficiente de emergencia de tráfico.

Muchas de las ideas que voy a exponer a continuación están extraídas de las conclusiones obtenidas en la *I Jornada Internacional de Gestión de Emergencias de Tráfico y Seguridad Vial* que se celebró en Madrid el pasado 21 de junio de 2006, que, organizada por la Consejería de Justicia e Interior de la Comunidad de Madrid, con la coordinación técnica de la Cátedra de Seguridad Vial de la Universidad de Alcalá de Henares, contó con la colaboración organizativa de CEA.

Es bastante obvio, pero hay que afirmar que una correcta gestión de las emergencias de tráfico constituye un elemento clave de una política integral de Seguridad Vial en una doble vertiente, la curativa y la preventiva. La curativa, puesto que cuando todas las medidas, lamentablemente, de prevención de accidentes de tráfico han fallado y se produce el accidente, la calidad de la respuesta del sistema de atención médica a las víctimas es el elemento de seguridad vial que mayor impacto tiene sobre la minimización de las consecuencias de los accidentes, y en particular sobre la reducción del número de víctimas mortales. Así, el Ministerio de Transporte del Reino Unido ha estimado que una atención de emergencia adecuada, que además sea integral, reduce el número de víctimas mortales en un 11 por ciento y el número de discapacitados en un 12 por ciento. La otra vertiente, la preventiva, ya que el escenario de un accidente de tráfico se convierte en un espacio peligroso tanto para los usuarios de la vía como para los equipos de emergencias. Algunos estudios apuntan a que en los periodos de máxima concentración de accidentes, hasta un 13 por ciento de éstos son resultado directo de un accidente de tráfico previo, contabilizándose víctimas de distinta consideración en el 41 por ciento de estos accidentes que podemos llamar de segunda generación. Por ello, restaurar la normalidad y las condiciones de seguridad en la carretera cuanto antes resulta imprescindible para la seguridad vial; sin embargo, la vuelta a la normalidad no es posible hasta que una vez finalizadas las tareas de rescate los equipos de emergencias médicas han estabilizado a las víctimas e iniciado su traslado a un centro hospitalario.

La gestión de las emergencias médicas debe realizarse con los medios más adecuados y, sobretodo, de manera rápida. El 66 por ciento de los muertos en accidentes de tráfico se producen en los primeros 20 minutos tras un

accidente, por tanto un sistema de emergencias debe necesariamente, y ésta es una de las partes más importantes de mi intervención esta mañana, incluir un tiempo de respuesta mínimo, o lo que es lo mismo, un tiempo máximo para prestar asistencia sanitaria *in situ* por parte de aquellos implicados en el rescate de las víctimas así como de su atención sanitaria. Pero una vez más, la experiencia sobre todo a nivel internacional nos demuestra que para garantizar este tiempo de respuesta mínimo es necesario un sistema de emergencias que sea integral y que se fundamente en dos principios que voy a repetir varias veces durante mi intervención, por una parte, el principio de anticipación, es decir, acortar los tiempos de acceso al lugar del accidente y el traslado al centro hospitalario, y por otra parte, el principio de rentabilidad máxima de la hora de oro, concepto que supone lograr la estabilización de la víctima en los primeros 20 minutos desde el accidente.

Desde CEA entendemos que en España, habida cuenta de la calidad de sus infraestructuras de gestión de emergencias, así como de los medios humanos altamente cualificados con los que cuenta, lo que se ha podido comprobar por SS.SS. en las comparecencias que en esta misma Comisión efectuaron el pasado 18 de abril los responsables de los centros de emergencias de Madrid, Navarra, Extremadura y Andalucía, entendemos que España se encuentra en una posición privilegiada para abordar el reto de un sistema de gestión de las emergencias de tráfico integral aunque no debemos ignorar en ningún caso las dificultades que entraña llevar a la práctica un proceso de estas características.

Dicho esto, voy a pasar a realizar una rápida síntesis de los puntos más fuertes y más débiles de la situación actual en España.

En cuanto a los puntos fuertes, en la actualidad la mayoría de las Comunidades Autónomas dispone de un número 112. Aquí quiero hacer un breve paréntesis porque según los entendidos, se debe decir pedagógicamente uno, uno, dos y no ciento doce, porque parece que de cara a los niños y la juventud es más fácil que retengan el uno, uno, dos; debería haber un criterio uniforme para denominar a estos servicios de emergencia como uno, uno, dos y no hablar de ciento doce. Como decía, la mayoría de las Comunidades Autónomas disponen de un número 112 en el que se centraliza de manera muy eficiente la atención de las llamadas de emergencias realizadas en su territorio. Otro punto fuerte es que existe un sistema sanitario fuerte y consolidado en todo el territorio de España, así como un sistema de emergencias con experiencia, de calidad y alta eficacia. Hay también disponibilidad de soluciones tecnológicas que permiten desplegar un plan de emergencias sustentado sobre principios de anticipación y rentabilidad. Como decía, los dos principios más importantes a la hora de abordar un sistema integral de emergencias de tráfico son los de anticipación y rentabilidad máxima de la hora de oro.

¿Cuáles son en cambio las debilidades de la situación actual en España? Los servicios 112 tratan todas las emergencias de forma generalista y por tanto carecen de un enfoque metodológico específico y coordinado que

desarrolle plenamente todo su potencial hacia la seguridad vial. También hay una efectividad en la respuesta en función de la Administración responsable y/o propietaria del recurso, en vez de ser una respuesta única. También, no todas las Comunidades Autónomas han implantado el número de emergencias común 112, que si bien está recomendado por una directiva europea todavía no está totalmente implantado en todas ellas. Los tiempos de respuesta actuales pueden ser mejorados en los casos más graves. Por otra parte, el aumento notable del parque automovilístico y la movilidad hace pensar que de no actuarse con eficacia y de manera coordinada desde un punto de vista de la respuesta a las emergencias de tráfico, tendríamos un aumento progresivo de la accidentalidad vial y sus consecuencias sobretodo en carreteras de la red secundaria. También falta, y es un aspecto muy importante, una visión única entre las Administraciones propietarias de los medios acerca de la eficacia en seguridad vial que poseen las inversiones que realizan y la explotación adecuada de los medios existentes para rentabilizar al máximo la denominada hora de oro.

Voy a comentar lo que desde CEA entendemos que son las mejores prácticas a nivel internacional, muchas veces para hacer las cosas bien hay que salir fuera, ver lo que hacen los mejores, copiar —si puede ser mejorando— y obtener resultados. A la vista de las mejores prácticas internacionales en temas de seguridad vial, la primera conclusión es que para que un sistema de emergencias y seguridad vial sirva de manera eficaz en su propósito tiene que ser efectivo en todas y cada una de las fases que lo componen, es decir, tiene que ser integral; de esta manera todas las piezas del sistema deben respetar de manera coordinada una vez más los principios de anticipación y rentabilidad de esa hora de oro.

A su vez, un plan de estas características contribuirá eficazmente a la seguridad vial siempre que esté enmarcado en un plan nacional de seguridad vial que contemple todas las perspectivas de este complejo problema. Es decir, que su enfoque —a su vez— sea también integral, con el objetivo de encontrar los principios rectores que sirvan para elaborar un plan de gestión de emergencias de tráfico y seguridad vial y con ello conseguir capitalizar de la forma más efectiva posible la llamada hora de oro desde la perspectiva de la anticipación.

A continuación voy a detallar las mejores prácticas que hemos identificado para cada una de estas etapas que conforman el proceso de gestión integral de las emergencias de tráfico. Estas etapas son: la llamada, en primer lugar; en segundo lugar, el envío de los recursos; en tercer lugar, la asistencia *in situ*; en cuarto, el traslado de los heridos accidentados; en quinto, la asistencia hospitalaria; en sexto, la asistencia post-accidente; y en séptimo —y no por ello menos importante— el final del proceso y sobretodo la gestión y explotación de la información obtenida en los accidentes de tráfico.

En la llamada, con la recepción de una o múltiples llamadas avisando que ha tenido lugar un accidente de tráfico, empieza el proceso de gestión de emergencias de

tráfico. Resulta imprescindible que todos los organismos de la Administración —central, autonómico, provincial y local— acuerden la coordinación de las emergencias desde un centro único y que establezcan los protocolos de actuación necesarios que hagan que la misma sea efectiva y eficaz. El empleo de las últimas tecnologías de comunicación debe garantizar el envío inmediato al centro de emergencias de la llamada de auxilio. En algunos países los vehículos ya van equipados con un sistema denominado *E-Call*, es decir, un sistema de llamada de auxilio automático desde el vehículo en caso de accidente. Es un dispositivo que se considera de gran ayuda sobre todo en aquellos países en que la densidad de población es muy baja. En Holanda está previsto que la implantación de este sistema sea obligatorio, y tanto la Comisión Europea como el Parlamento Europeo están apoyando esta iniciativa. De hecho, en lo que se refiere al sistema *E-Call*, en la última información que nos viene de Europa, el Parlamento Europeo se muestra partidario de que el sistema *E-Call* sea un equipamiento estándar en todos los vehículos que se comercialicen en Europa a partir de septiembre de 2009. Esta resolución señala que la introducción de nuevas tecnologías no puede realizarse de manera instantánea, como es lógico, y exhorta a la Comisión Europea y al sector industrial —y leo literalmente— a que estudien la posibilidad de una introducción gradual y una implantación a gran escala del sistema *E-Call* mediante una combinación de dispositivos instalados en los vehículos y sistemas alternativos como el uso de los teléfonos móviles de los conductores con tecnología *Bluetooth*, así como los teléfonos móviles incorporados en los vehículos. En la llamada, el centro de emergencia también tiene que conseguir en el menor tiempo posible el máximo de información sobre las características del accidente de tráfico con el fin de poder prever con anticipación todos los posibles requerimientos de los profesionales que atenderán *in situ* la emergencia, con información de las características de los modelos de vehículos, información a tiempo real del estado del tráfico, tanto para determinar la ruta más rápida despejada, para el acceso al lugar de emergencia y para el traslado de las víctimas al hospital.

La segunda parte de este sistema sería el envío de recursos. Con la información disponible sobre las características del accidente de tráfico ya recabada, desde el centro de gestión se procede a establecer cuáles son los recursos más idóneos a enviar al lugar de emergencia, es decir, los mejores preparados o los más cercanos, con independencia de su subordinación orgánica, ya sea gobierno central, regional, local o incluso privado. Las fronteras competenciales, y esto es un tema que quiero destacar, son, en la mayoría de los países, una barrera para asegurar la eficacia en esta etapa crítica del proceso, y requiere por parte de los implicados la búsqueda de acuerdos de colaboración estables. Hemos podido comprobar en el tratamiento integral de las emergencias de tráfico que los países con más experiencia también fijan tiempos máximos de acceso al lugar del siniestro mediante una ley, hecho que obliga a cada uno de los agentes involucrados en las emergencias de tráfico a

asumir sus responsabilidades y rendir cuentas del servicio prestado en relación a los estándares prefijados. Este requerimiento legal existe en numerosos países europeos como es el caso de Alemania, Reino Unido o Dinamarca, como esta Comisión conoce. De esta manera, estableciendo estos tiempos máximos de acceso al lugar, se rentabiliza al máximo la denominada hora de oro, invirtiéndose ese tiempo en la asistencia y estabilización de las víctimas en vez de invertirlo en alcanzar el lugar de la emergencia. Un análisis más profundo en España nos podría llegar a recomendar que se fijasen tiempos diferentes en función del lugar donde se ha producido el accidente, no es lo mismo considerar un accidente en vía interurbana, en una carretera de circunvalación, en una zona urbana, etcétera. Una cosa importante que se hace en los países más avanzados es que para poder cumplir estos tiempos mínimos, e incluso mejorarlos con recursos que por definición son limitados, se aplica la teoría del hipercubo. Esta teoría hace que mediante un análisis probabilístico de los accidentes producidos en un periodo de al menos cinco años, los servicios de emergencia puedan anticipar con un error de predicción aceptable dónde y cuándo se producirán la mayoría de los accidentes. Estos lugares serán alrededor de los cuales se deben situar los servicios de asistencia sanitaria. En Estados Unidos ya ha sido implantado este sistema con éxito en grandes áreas metropolitanas, como son el caso de Nueva York, Boston o Dallas, y su uso se ha hecho extensivo incluso a otros problemas que están relacionados, además de con la seguridad vial, con la seguridad ciudadana.

La tercera parte sería la asistencia *in situ*. Para realizar una asistencia *in situ* lo más adecuada y eficaz es muy importante que el personal médico esté especializado en materia de emergencias sanitarias. Para ello, cabe incidir en su especialización durante el periodo de formación universitaria, mediante formación específica durante el periodo de la carrera y posteriormente en el MIR, y también se recomienda que los médicos de atención primaria realicen cursillos periódicos en técnicas de reanimación y estabilización de heridos. Durante la asistencia *in situ* los profesionales médicos, a parte de asistir y estabilizar a los heridos, deben proceder a su clasificación o valoración para su posterior traslado a los recursos hospitalarios más adecuados, evitándose así traslados intermedios innecesarios que lo único que hacen es hacer perder tiempo en esta hora de oro y ser menos eficientes. Se recomienda la elaboración de protocolos comunes de clasificación de gravedad de las víctimas de accidentes de tráfico consensuados por todas las Comunidades Autónomas así como con el Gobierno Central para optimizar al máximo los recursos de urgencia hospitalaria. También debe asegurarse —y en España adolecemos de ello— la disponibilidad de los recursos necesarios tanto humanos como técnicos para realizar otras tareas esenciales en la gestión de una emergencia de tráfico, la coordinación en la información a los demás conductores sobre el accidente, organizar la circulación en el lugar del accidente y restaurar las condiciones de la vía. Todo con la idea de evitar esos acci-

dentes de segunda generación de los que hablaba antes.

En el traslado, que sería la cuarta fase de la asistencia en caso de emergencia, el objetivo primordial del proceso es conseguir realizar el traslado en el mínimo tiempo posible y evitar indeseables traslados intermedios. Esto conlleva disponer de un terminal de acceso a una base de datos que contenga una clasificación de los hospitales más cercanos tanto de la comunidad en la que se ha producido el accidente como de las limítrofes, de acuerdo con los servicios que prestan y con sus especialidades más destacables. Habrá que confirmar además si hay plazas libres para que los heridos puedan ser trasladados y atendidos en esos hospitales. Hay que garantizar un rápido traslado e ir informando con las mejores rutas a seguir y si fuera necesario con la colaboración de las fuerzas responsables de vigilancia y control de carretera para que vayan abriendo y preparando la ruta elegida y dejar paso franco al convoy de emergencias. Es importante también decir que la atención psicológica en algunos casos también puede tener un papel muy importante en este proceso de traslado de acompañamiento de traslado de heridos.

En cuanto a la asistencia hospitalaria, una vez que el equipo de emergencias ha decidido a qué hospital debe trasladar a los heridos, el centro de emergencias debe hacer llegar a los servicios de urgencia del hospital de destino toda la información disponible y actualizada con los datos más relevantes en relación al accidente: gravedad, número de víctimas, tipo de lesiones, primer diagnóstico, asistencia o estabilización ya aplicada a cada herido, la hora aproximada de llegada al hospital, etcétera. Con esta información conseguimos que el hospital se vaya preparando para atender lo más rápido posible a los heridos cuando lleguen. Además, cada vez se considera más importante valorar la necesidad de una asistencia psicológica en esta fase y para poder ofrecer un buen servicio de este estilo —y esto es un aspecto novedoso— sería necesario incorporar psicólogos a las guardias hospitalarias o incluso incorporarlos a los servicios de urgencias, realizando una formación específica de los equipos de salud mental hospitalaria y establecer protocolos específicos de intervención. Algunos casos, a modo de ejemplo, en que este tipo de actuación se debería hacer en hospital sería la comunicación de malas noticias, apoyo psicológico a familiares en la espera hospitalaria, intervención psicológica a autores que han causado graves daños, o detectar necesidades de intervención psicológica con los implicados en el accidente.

La asistencia post-accidente, que sería la última fase. En el caso de los heridos más graves, con secuelas de por vida, así como a los familiares, especialmente si ha habido fallecimiento a causa de accidente de tráfico, es muy importante poder garantizar una asistencia psicológica que sea continuada, que trabaje bajo las premisas de un protocolo consensuado con especialistas de diferentes sectores tanto desde el gobierno central como

desde las administraciones autonómica y local. Actualmente solo se atienden por el sistema de salud mental si posteriormente desarrollan trastornos severos como depresión, duelo patológico, estrés post-traumático. Por tanto, se puede llegar a la conclusión que posteriormente al alta hospitalaria hay una falta de conciencia de la importancia de la intervención psicológica en esta fase post-accidente. Algunos ejemplos de la asistencia psicológica en esta fase podrían ser: intervención psicológica con autores de graves daños, ayuda a la reintegración al ámbito cotidiano tras la salida del hospital, programas específicos para niños y padres que han perdido hijos y facilitar el proceso de declaración en atestados.

La última parte, y no menos importante, de todo el proceso de atención de una emergencia de un accidente de tráfico sería la explotación de la información. Todo esto debe servir para algo para ser cada vez más eficientes. Para poder finalizar este proceso, se considera crucial que todos los datos derivados de las actuaciones de principio a fin de cada emergencia sean almacenados en una base de datos gestionada por un centro coordinador de emergencias, para que de este modo se pueda proceder a una explotación de datos con el objetivo de analizar la calidad de la prestación del servicio, identificando puntos débiles del sistema, e implantando planes de seguimiento y control que eliminen esas deficiencias tratando de lograr procesos de mejora continua. A partir de estos estudios de eficacia se puede deducir la demanda de recursos necesaria para alcanzar el nivel máximo de calidad en la prestación de servicios de emergencia en todas y cada una de las fases que hemos analizado anteriormente, así como identificar las áreas de sinergia, lo que redundaría en la optimización de los recursos disponibles. Por supuesto, todo este conocimiento debería reflejarse en los correspondientes protocolos de actuación.

Como decía al principio, y para terminar dentro del tiempo que se me ha concedido, desde CEA nos atrevemos a hacer una propuesta de lo que debe ser un decálogo de actuación en emergencias de tráfico. A partir de esas mejores prácticas detectadas en otros países, nos hemos atrevido a realizar este decálogo que estaría compuesto por diez apartados.

1. Visión integral. El desarrollo de un sistema de emergencias de tráfico y seguridad vial debe hacerse desde un punto de vista integral, y por tanto efectivo, en todas y cada una de las etapas de las fases que lo componen y que he detallado anteriormente, siendo el resultado el conjunto superior al correspondiente a la suma de los resultados individuales de cada etapa.
2. Compromiso político que se traduzca en el cumplimiento de un tiempo máximo de llegada al lugar de emergencia.
3. Optimización de los recursos con la unificación de todos los recursos disponibles en España sin trabas de competencias y coordinados desde un centro único de emergencias.

4. Garantía de una colaboración de las fuerzas responsables de la vigilancia y del control del tráfico por carretera y en ciudad.

5. Anticipación. Ampliar de forma continua la cantidad y calidad de información disponible en el centro de emergencias durante todas las fases del proceso de gestión para conseguir ser más eficientes en el principio de anticipación.

6. Capacidad competencial. El personal de gestión y asistencia que interviene en el proceso de una emergencia debe estar ampliamente capacitado en su labor.

7. Eficiencia médica. Disponer de un protocolo común de clasificación por su gravedad a las víctimas de un accidente de tráfico.

8. Asistencia psicológica, con la asistencia psicológica sostenible a las víctimas de accidentes de tráfico y a sus familiares.

9. Incorporación de nuevas tecnologías, con la actualización tecnológica constante para una mayor eficiencia del sistema de emergencias.

10. Mejora sostenible, con la definición de un sistema de auditoría y control de calidad de los servicios de emergencias con el fin de detectar sus deficiencias y establecer los planes de mejora correspondiente.

Esto es todo por mi parte. Reitero una vez más a SS.SS. que tanto la entidad que represento, CEA, como yo mismo, estamos a su absoluta disposición para colaborar en todo lo que sea necesario con esta Comisión de Seguridad Vial y Prevención de Accidentes de Tráfico.

El señor **PRESIDENTE**: Damos la palabra a doña Mar Cogollos, en nombre de Aesleme, que compartirá este turno con el doctor Salvador Espinosa.

La señora **PRESIDENTA DE AESLEME** (Cogollos Paja): Agradezco que esta Comisión me llame otra vez para poder compartir desde el punto de vista de Aesleme lo que pensamos sobre este tema.

Estoy muy orgullosa de esta Comisión por varias razones, una de ellas por el hecho que esté intentando abordar el tema del tráfico desde todos los puntos de vista. Es decir, no se ha conformado con el carné por puntos, ahora estamos en la reforma del Código Penal que saldrá adelante en breve, hemos abordado el tema de la educación en la nueva ley con la asignatura de Educación para la Ciudadanía. Quien piense que para arreglar los accidentes de tráfico y la gran cantidad que hay de víctimas y de heridos basta con una simple medida, está equivocado. Hay que trabajar desde muchos frentes y es importante abordar el tema desde cada uno de éstos como está haciendo esta Comisión. Otra cosa que me hace sentir orgullosa como ciudadana española es que creo que esta Comisión es un modelo en cuanto a nivel de consenso en todo lo que se refiere a este tema. Creo que esto se debe a que el tema nos preocupa, nos ocupa y sabemos que estamos hablando de vidas humanas y de la primera causa de muerte no natural y

de discapacidad que hay en nuestro país. Es cierto que muchas veces nos manejamos con cifras y éstas, aparte de que nos pueden dar una idea de cómo evoluciona nuestro país y compararlo con otros países europeos, están bastante por debajo de la realidad, en primer lugar porque seguimos hablando de heridos a treinta días, con los factores de corrección porque no hay un seguimiento de los heridos a treinta días, y mucho menos sabemos esos heridos que acaban siendo muertos por causa secundaria a ese accidente a los tres, a los seis o a los diez meses. Por lo tanto, el número de heridos y de muertos sería más elevado que las cifras que abordamos ahora. También hay que tener en cuenta que un herido grave para la Dirección General de Tráfico es un herido que está hospitalizado más de veinticuatro horas; un herido grave realmente no es eso, es una persona que cuando sale del hospital, con el alta hospitalaria tiene diagnosticada una discapacidad grave de por vida, me da igual que sea un traumatismo craneal, una amputación, una lesión medular, una ceguera o una sordera, es decir que no hay una curación después de esa etapa hospitalaria. Abundo en el tema de seguir trabajando para conseguir buenos datos y hacer un seguimiento de esos heridos y saber la gravedad de los mismos.

Todos los que estamos aquí intentamos trabajar en lo antes, porque no hay nada mejor que evitar el accidente ya que después sólo queda mejorar la segunda parte, la asistencia a los heridos. Pero lo importante sería trabajar, en primer lugar, para evitar esas causas de accidentes, haciendo hincapié en que está la persona, que está el vehículo y que está la vía, que todo influye de alguna manera y que hay que seguir trabajando con la vía, hay que seguir mejorando las carreteras, y hay que hacer coches más seguros, pero que la persona puede tener un error o una imprudencia que puede provocar un accidente. Por lo tanto, hay que procurar que sean carreteras que perdonen y coches que perdonen para que las consecuencias después de ese accidente sean lo menores posibles. Pero el accidente ya ha ocurrido y ya tenemos heridos en el mismo. ¿Qué tenemos que esperar? Que realmente los servicios de urgencia y emergencia funcionen de la manera más rápida y coordinada.

Hago hincapié en la importancia del 112, que sepamos realmente a qué teléfono llamar y qué información dar. Vamos con esto al tema de la educación, al que desde Aesleme damos una gran importancia. Llevamos 16 años diciéndoles a los niños no solo cuáles son las causas y las consecuencias de los accidentes sino realmente insistiendo en el famoso PAS, proteger, actuar, socorrer. Es muy importante que ellos sepan a qué número hay que llamar, qué información hay que dar, qué es lo que deben hacer, y sobretodo, qué es lo que nunca deben hacer después de un accidente, que a veces es más importante. Cuando yo tuve el accidente hace 18 años y empecé a trabajar en Aesleme —ya llevo 16 años— yo oía los estudios americanos, que eran los más numerosos al respecto, y decían que el 25 por ciento de las lesiones graves lo eran por un buen samaritano; es decir, por una

persona que después de un accidente había querido sacar a ese herido de cualquier manera y esa fractura vertebral la había convertido en una lesión medular de por vida porque no supo esperar, porque todas las personas creen que los coches explotan y que hay que sacar al herido de cualquier manera. Es lo que me ocurrió a mí, creo que ya tenía mi tetraplejia en el accidente pero me sacaron por la ventanilla de un coche boca abajo entre cuatro buenos samaritanos que querían sacarme de allí antes de que el coche explotara. Ahora ya no oigo tanto eso, ¿por qué? Porque llevamos 16 años trabajando con ese número único europeo de emergencias para que la gente sepa que es muy importante no tocar a esos heridos. Cuando llega el sistema de emergencia, que en nuestro país ha mejorado tanto en los últimos años, está claro que los recursos son limitados, por eso es importante evitar el tema de las bromas a los servicios de emergencia, si un recurso se desplaza a una broma deja de ir a un accidente de verdad.

Es muy importante la información que se da a los servicios de urgencia, no es lo mismo decir que hay un accidente de un autobús y reflexionar sobre que solo iba el conductor, a que digamos que iba con 30 niños en una excursión del colegio; la dotación que necesitaremos de recursos será mucho mayor. Es decir, por una parte tienen que estar coordinados los servicios de emergencia y por otra hay que tener muy claro qué servicios de emergencia deben ir y en qué número, dependiendo de la gravedad del accidente.

Una vez que uno está herido, ¿qué es lo que espera? Que le trasladen al hospital de referencia más cercano con especialidad en lo que le ha ocurrido. ¿Qué es lo que ocurre muchas veces? Que esos sistemas de emergencia no disponen de la información adecuada para saber cuáles son esos hospitales que están especializados en un traumatismo craneoencefálico, en una lesión medular o en un politraumatismo. Es muy importante disponer de esa información para que, al menos en las primeras 24 horas, esa persona esté en el hospital de referencia adecuado a lo que ha sido su lesión por el accidente, porque si pasa por muchos hospitales —y os puedo asegurar que hay personas que pasan por tres y cuatro centros hospitalarios hasta llegar al adecuado— esa persona que has tratado inadecuadamente en esos centros que no están especializados puede agravar sus secuelas, puede acabar con heridas o con infecciones, porque no están acostumbrados a tratar esa lesión. Por lo tanto, es muy importante que la persona llegue cuanto antes al centro hospitalario adecuado.

Hago hincapié en una cosa que comentó Rafael Fernández Chillón y que el doctor Espinosa tratará en profundidad, en la formación de que entre esas personas haya realmente un médico de urgencias que sea como tal especialidad, que sea una persona que está formada en urgencias y que esté reconocida.

Cuando uno llega al hospital, lo siguiente que faltaría es lo que ha comentado el doctor Fernández Chillón y yo como psicóloga tengo que reivindicar, que haya un

psicólogo de urgencias o emergencias. Hay muchos cursos de postgrado y de master —yo colaboro como profesora en varios de ellos— de psicólogo de emergencias, no solo las emergencias de tráfico sino las de catástrofes naturales, terrorismo, etcétera. ¿Qué ocurre cuando hay un atentado terrorista? Que normalmente van un montón de psicólogos a apoyar a esas familias porque normalmente hay varios heridos al mismo tiempo. En el tema del tráfico, como son tres, cuatro o diez todos los días y en distintos hospitales, se considera que no es necesaria esa psicología de emergencia. Pues no, en el hospital tiene que haber un psicólogo de emergencias que ayude a la familia y ayude a las personas a afrontar ese nuevo proceso a partir de ese momento, si no ha muerto —e imagináros lo que va a suponer para la familia admitir ese duelo— la familia se encuentra de repente con una persona con una grave discapacidad y un cambio de vida para siempre. Por lo tanto, reivindico la importancia de la figura del psicólogo.

Creo que el doctor Espinosa, que es secretario de Aesleme y que no solo es médico del 112 desde hace muchos años sino que desde hace dos meses es el director de los servicios de urgencia y emergencia de Castilla la Mancha, puede abordar mucho mejor esa diagnosis. Yo simplemente quiero decirles que gracias al diagnosis que hizo él en el primer congreso internacional de la sociedad civil ante el reto de la seguridad vial, SS.SS. disponen del Libro Verde de la Seguridad Vial. El doctor Salvador Espinosa trabajó en ese congreso y en las conclusiones del mismo. Hay proposiciones que pueden ser proposiciones no de ley porque van en el factor terciario y cuaternario desarrollando qué medidas y qué propuestas tanto en la vía como en el vehículo como en el factor humano, y además a quién debe ir destinada la medida, que eso es lo importante, saber si es una medida que debe llevar Fomento, Interior, Fomento-Interior-Sanidad, Fomento-Interior-Sanidad-Educación, también qué concejalías de un ayuntamiento, una comunidad autónoma o una diputación. Es decir, el tema de competencias hay que abordarlos desde todas las entidades.

Sin más, quiero pasar la palabra al doctor Salvador Espinosa para que aborde más detenidamente el tema.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias por tus palabras y por recordar la entrega que se hizo en el Congreso de los Diputados, junto al propio presidente de la Cámara, del Libro Verde de la Seguridad Vial, que todos esperamos pueda tener fruto a través de resoluciones de la Cámara.

Damos la palabra al señor Salvador Espinosa Ramírez, director médico de Sescam —Servicio de Salud de Castilla-La Mancha—.

El señor **DIRECTOR MÉDICO DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA —SESCAM—** (Espinosa Ramírez): Señorías, es para mí un orgullo estar

sentado en el órgano de representación del pueblo español.

He hecho un análisis de cuál es la situación en el momento actual de los servicios de emergencia en cuanto a la asistencia al accidente de tráfico y a los accidentados. Al analizar la situación lo que he hecho ha sido similar a lo que ha presentado don Rafael en cuanto al proceso de actuación en una situación de emergencia. Hay diferentes fases: una fase de alerta, una de alarma, una aproximación, una asistencia, un transporte, una transferencia y un análisis de los resultados final.

En cuanto a la alerta, en el momento actual puede llegar a los centros coordinadores por dos medios, por la visión directa desde cámaras y por el ciudadano que alerta a los servicios de emergencia. Si un ciudadano presencia un accidente de tráfico debe llamar al 112, debe saber que en un centro coordinador su llamada será atendida por un operador que le realizará una serie de preguntas breves y necesarias para poder enviar los medios de asistencia más adecuados.

¿Cuáles son las mejoras de propuesta para esa fase de alerta? Tenemos que incrementar los sistemas que no dependan del ciudadano alertante; ha hablado antes don Rafael del sistema *E-Call*; es necesario tener cámaras conectadas con los centros de coordinación; debe facilitarse la comunicación del alertante con los centros de coordinación, instalar postes de auxilio en todas las carreteras; mejorar la cobertura del teléfono móvil en todas las vías. Hay que entrar en acciones de difusión y divulgación a la población —en institutos, asociaciones de vecinos, medios de comunicación— del proceso de atención al accidente de tráfico y el papel fundamental del testigo. Se debe potenciar la figura del alertante instruido, que es el ciudadano que conoce y confía en la respuesta que se va a dar desde el otro lado del teléfono porque sabe la importancia de cada paso, cada pregunta y cada consejo.

En cuanto a la fase de alarma, se entiende por información disponible la que de forma inicial llega al centro coordinador de urgencias, no siempre coincide con la necesaria para definir el problema ni tomar la decisión más adecuada. La información necesaria es la que os permite identificar la necesidad y que debe orientarse en primer término a descartar la emergencia que implicaría mayor agilidad para la toma de decisiones. La escucha activa y el interrogatorio dirigido ayuda a crear este contexto de información necesaria. Con la información que tiene el centro coordinador de urgencias hace una definición del problema, que consiste en categorizarlo y encajarlo en las situaciones contempladas en los procedimientos, para que los posibles recursos actualizados en cuanto a disponibilidad y distribución sean sugeridos al técnico sanitario. La adecuación de la respuesta resolverá la situación con la asignación del recurso o recursos coordinados disponibles y el seguimiento de los mismos durante el transcurso de la intervención.

¿Cómo podemos mejorar esta fase de alarma? Tenemos que dotar a los centros coordinadores del per-

sonal médico y de enfermería especialmente formado. Dicha formación debe ser homogénea, es decir, es necesaria la especialización de estos profesionales con un mismo cuerpo doctrinal. Debemos agilizar las plataformas tecnológicas de los centros coordinadores, hay que dotar a éstas plataformas con información en tiempo real del estado de los recursos, disponibilidad y crona hasta el lugar del suceso. La información en tiempo real de la disponibilidad de recursos en comunidades vecinas es una asignatura pendiente, aunque existen marcos de colaboración no existen procedimientos ágiles para compartir situación de recursos en tiempo y forma adecuados para responder al accidente de tráfico en las fronteras sanitarias de las comunidades. Ante esta situación se imponen procedimientos de intercambios constantes de información sobre recursos entre servicios de emergencia, e incluso un mapa de recursos común en el contexto de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Esto supondría un menor impacto de las asimetrías de información en la prevención del accidente de tráfico.

En cuanto a la fase de aproximación, entendemos como tal el desplazamiento del recurso asignado en el menor tiempo y en las mejores condiciones posibles. El tiempo de desplazamiento va a depender de varios factores: calidad de las bases operativas de los recursos, ubicación de dichas bases, calidad de los recursos móviles, infraestructuras para la correcta utilización de los helicópteros, número de recursos móviles tanto terrestres como aéreos.

¿Cómo podemos mejorar esa fase de aproximación? Debemos crear bases para los recursos de emergencia pensando en las necesidades del personal que trabaja en ellas y en la ubicación adecuada de las mismas, según criterios de mejora en las cronas y no utilizando criterios de rentabilidad de espacios. Es necesario revisar la idoneidad de los recursos actuales en cuanto al tipo de vehículo utilizado y del personal que debe componer los recursos avanzados. En cuanto al vehículo de emergencias, legislar para que se cumplan tanto las normas de seguridad pasivas como activas. En cuanto al personal, el momento actual viene marcado por un importante déficit de médicos en nuestro país y eso obliga a redistribuir los existentes y, por lo tanto, debería pensarse en otros tipos de recursos asistenciales avanzados, tipo ambulancia de urgencias con enfermería, que permitiría aumentar los recursos avanzados aún no disponiendo de médicos para todos ellos. Exigir una formación específica en conducción de riesgo para el personal técnico de ambulancias. Hay que incrementar los recursos de rescate y los recursos aéreos, tendiendo a lo existente en otros países de la Unión Europea como en Alemania, donde los radios de actuación de helicópteros está en 50 kilómetros. El incremento de los recursos aéreos debe ir acompañado de una mejora en las infraestructuras de apoyo a la navegación aérea; deben crearse rutas estudiadas para helicópteros, balizamiento adecuado de obstáculos, investigación del helicóptero de todo tiempo,

diseño de carreteras que incluyan helisuperficie cada pocos kilómetros que favorezca la transferencia de pacientes. Todas las infraestructuras deben realizarse pensando en el helicóptero con funcionamiento 24 horas al día, que en el momento actual solo funciona en Baleares, Canarias y Castilla la Mancha. Todo el incremento de infraestructuras aéreas debe ir acompañado, o precedido incluso, de una legislación aeronáutica mucho más ágil y adecuada al servicio sanitario de emergencias.

En cuanto a la fase asistencial, la asistencia a la víctima en un accidente de tráfico incluye varios posibles escalones, el testigo, el personal del cuerpo de seguridad, el personal de los cuerpos de rescate, el personal técnico de ambulancias, el personal sanitario de atención primaria y el personal sanitario de los equipos de emergencia. Mucho ha cambiado la situación de nuestro país en los últimos 20 años, aunque nos queda mucho por andar. En la denominada cadena de supervivencia se da la misma importancia a sus cuatro eslabones, el primero es el acceso precoz a los servicios de emergencia a través del número 112; el acceso precoz a las técnicas de soporte vital básico; el acceso precoz a la desfibrilación y el acceso precoz al soporte vital avanzado. El acceso precoz al soporte vital básico sigue siendo una asignatura pendiente lejos de estar aprobada; es cierto que se ha mejorado la formación del personal de los cuerpos de seguridad, rescate y personal técnico de ambulancias, pero esa formación no llega a la población general por lo que el acceso precoz no lo es tanto. Recordemos que existe la denominada mortalidad evitable, es decir, casos de fallecimientos por lesiones producidas en accidentes de tráfico que no eran incompatibles con la vida ni tampoco iban a producir graves secuelas. De esas se habla de una variabilidad de entre el 10 y el 25 por ciento, es decir, de cada 100 fallecidos *in situ*, entre 10 y 25 no tenían por qué haber fallecido, se deben fundamentalmente a problemas con la vía aérea que pueden solucionarse de una forma sencilla por los propios testigos del accidente. En nuestro país, haciendo un cálculo estimado porque no hay datos reales, podemos hablar de alrededor de 250 personas al año que han fallecido sin tener que haber fallecido. En cuanto a la formación del personal mencionado anteriormente, no es homogénea ya que no existe una titulación específica que la regule. Lo mismo sucede con la formación del personal sanitario de atención primaria y el de los equipos o servicios de emergencia. La falta de una especialidad en enfermería y en medicina de urgencias y emergencias hace que el personal que trabaja en estos servicios tenga una procedencia y formación heterogénea, exenta de adecuados controles de calidad. En la mayoría de nuestro territorio la existencia a las emergencias se basa en el desarrollo del cuarto eslabón de la cadena de supervivencia, es decir, en el precoz acceso del soporte vital avanzado, entendiendo por tal el proporcionado por equipos formados por médicos, enfermeras y técnicos de transporte sanitario. Estos recursos tienen un elevado coste humano

en profesionales, sobre todo de la medicina, que en el momento actual son más bien escasos; pero, además, son recursos con un coste económico muy elevado, por lo que se tiende a dotar de recursos avanzados de este tipo teniendo en cuenta habitualmente a la población a cubrir y no el tiempo de respuesta. Aumentar el número de recursos para disminuir más el tiempo de respuesta implica además una pérdida de eficiencia ya que el personal que trabaja en estas unidades, al no tener casuística, deja de tener entrenamiento. El personal sanitario de los servicios de emergencia, al igual que el resto de los profesionales mencionados, requiere una formación continuada y un entrenamiento que se consigue atendiendo pacientes de una forma autorizada, lo que en el momento actual es prácticamente una utopía. Todo esto implica un coste económico muy elevado que es prácticamente sufragado por la Administración Pública, las compañías de aseguramiento de vehículos no cubren ni de lejos el coste económico de la asistencia prestada a las víctimas de accidentes de tráfico.

Como mejora a la fase asistencial debería de crearse la especialidad de medicina y enfermería de emergencias, con lo que se consigue homogeneizar la formación de todos los profesionales sanitarios que intervienen en las fases iniciales de asistencia al traumatizado grave. Para la formación del personal de emergencias es necesario apoyar la donación de cadáveres a las facultades de medicina para conseguir un adecuado entrenamiento en las técnicas de soporte vital avanzado, difícil de conseguir con modelos artificiales e incluso con modelos animales. Debe incrementarse el número de personas con formación en soporte vital básico, cuanta más población esté formada, mayor será la probabilidad de supervivencia. Para conseguir este objetivo se podría incluir como formación obligatoria en secundaria y en las propias autoescuelas como parte de lo que tienen que aprender los futuros conductores. Incrementar los recursos asistenciales capacitados para la realización de técnicas de soporte vital, llegando a conseguir que en cualquier punto del territorio nacional se consiga dar una adecuada asistencia en un tiempo inferior a los 8 minutos en medio urbano y de 15 minutos en medio interurbano. Legislar respecto al tiempo no es un capricho, se dice que la supervivencia en parada cardiorrespiratoria por encima de los 8 minutos es prácticamente nula, llegar a 8 minutos en medio interurbano sería muy difícil pero si consiguiéramos que la población tuviera formación en soporte vital básico sería más sencillo. Legislar con respecto a los nuevos modelos organizativos de los recursos de soporte vital avanzado, permitiendo el desarrollo de unidades médicas de emergencia dotadas obligatoriamente con personal técnico y de enfermería, y optativamente con médicos en función de criterios de eficiencia. Vincular funcionalmente el personal sanitario de los servicios de emergencia con los servicios de urgencia hospitalarios, lo que permitiría mantener un adecuado entrenamiento que además sería tutorizado.

En cuanto al transporte, al igual que los puntos anteriormente revisados y comentados, el transporte sanitario ha mejorado aunque todavía queda mucho por hacer en el transporte terrestre y en el aéreo. El transporte del paciente traumatizado debe realizarse por personal experto en vehículos especialmente acondicionados hasta el centro sanitario adecuado. Los problemas detectados en esta fase del proceso podíamos hacer referencia a ellos en cuanto a escasez de recursos de transporte, lo que retrasa a veces, no la asistencia inicial, que puede ser ofrecida por personal sanitario de atención primaria de vehículos de emergencia no válidos para el transporte de paciente, sino del transporte hasta un centro sanitario para poder iniciar el tratamiento definitivo del paciente. Debemos tener en cuenta la existencia de un intermediario, la empresa de ambulancias, con estructuras obsoletas, válidas en lo que se refiere al transporte programado, pero absolutamente ineficaces en la mayoría de los casos en lo que se refiere al transporte urgente. La no categorización de los centros hospitalarios implica que sea difícil definir cuál es el centro sanitario adecuado a las necesidades del paciente, además de una pérdida de eficiencia por la escasa casuística de muchos centros.

Como mejoras podemos decir que, además de las mencionadas en la fase de asistencia con respecto al aumento de los recursos y formación del personal, es necesario renovar la estructura empresarial de las empresas de ambulancias, obligando a que éstas incluyan en sus órganos directivos a personal procedente de la medicina y enfermería de urgencias, en los que debe recaer la responsabilidad del diseño y equipamiento de las ambulancias y la formación del personal técnico de las mismas. Es necesario llegar a un consenso sobre la categorización de los hospitales con criterios de eficiencia ya que esto contribuye a aumentar la cantidad y calidad de vida de los pacientes. Es necesario también adecuar los medios de transporte sanitario a la legislación relativa a la protección de riesgos laborales, obligando a los carroceros a cumplir con dicha legislación.

En cuanto a la fase de transferencia, la penúltima del proceso, hace mención al momento en el que un paciente pasa del servicio de urgencias pre-hospitalario al servicio de urgencias hospitalario. La transferencia del paciente debería hacerse sin romper la continuidad asistencial, algo que estamos acostumbrados a ver en las películas y que en el momento actual no se consigue por motivos muy diversos. Los problemas detectados en esta fase son los siguientes: ambos servicios de urgencias —los pre-hospitalarios y los hospitalarios— están totalmente separados, no solo en cuanto a sus nombres sino también incluye separación en la gestión e incluso en la categoría profesional de los médicos y enfermeras que atienden dichos servicios. En la mayoría de los casos, por no decir en todos, no existe posibilidad de intercambio de material, lo que obliga a retirar el material de inmovilización que se ha colocado en la intervención pre-hospitalaria con el consiguiente riesgo de aumento de gravedad en

las lesiones, o, por el contrario, no se retira dicho material y las unidades sufren un importante retraso en la recuperación de su operatividad. La transferencia de la información documental en la mayoría de los casos es escrita y en los que existen plataformas digitales —muy pocos en el momento actual— es difícil la integración de ambas plataformas tecnológicas. En el caso del transporte aéreo, en nuestro país solo cinco hospitales útiles para la atención al trauma grave tienen helisuperficies de transferencia directa; es decir, no es necesario un vehículo terrestre para realizar dicha transferencia. Así por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, solo uno de sus hospitales con capacidad para la asistencia integral del enfermo traumático dispone de helisuperficie de transferencia directa, aunque está limitada por peso por lo que implica que solo uno de los dos helicópteros de que dispone la Comunidad de Madrid pueda aterrizar en ella. El utilizar un vehículo terrestre para la transferencia desde el helicóptero puede aumentar la morbimortalidad del paciente por las movilizaciones innecesarias y por los retrasos que supone todo este proceso.

¿Cómo podemos mejorar esta fase de transferencia? Integrando, al menos funcionalmente, todos los servicios de urgencia; facilitando la transferencia del paciente disponiendo en todos los hospitales de material de intercambio; integración de todas las plataformas tecnológicas facilitando la transferencia bidireccional de información, con las consecuencias favorables sobre la formación del personal sanitario de los servicios pre-hospitalarios; crear helisuperficies de transferencia directa, es decir, sin que tengan que intervenir recursos terrestres en todos los hospitales capacitados para la atención al trauma grave; no permitir la construcción de nuevos hospitales sin helisuperficies de transferencia directa.

Por último, hay que analizar los datos asistenciales. En el momento actual en nuestro país no conocemos la cifra real de muertos por accidente de tráfico ya que, entre otras cosas, el número de fallecidos que proporciona la Dirección General de Tráfico es fruto de una operación matemática, que además contabiliza los fallecidos a los treinta días sin tener en cuenta que los avances de la medicina hacen que haya pacientes que puedan fallecer después de los treinta días e incluso meses después como consecuencia de las secuelas secundarias a las lesiones iniciales. Lo mismo que sucede con el número de muertos sucede con las definiciones de heridos leves y graves que se hacen y que no coinciden, en la mayoría de los casos, con las que soportan los médicos que atienden a los pacientes. Por lo tanto, lo primero que tenemos que hacer es revisar y consensuar las definiciones de gravedad de las lesiones y muerte por accidente de tráfico. A partir de estas definiciones, generar un registro nacional de heridos para ver cómo influyen las diferentes medidas terapéuticas y los diferentes modelos organizativos de la urgencia.

Por último, y de acuerdo con lo que ha comentado don Rafael anteriormente, es absolutamente necesaria la

integración, dentro de los equipos de asistencia a los pacientes traumáticos de cualquier etiología, del profesional psicólogo, que va a influir sobre la calidad y cantidad de vida del paciente y sobre la calidad y cantidad de vida de las personas que en ese momento acompañan a ese paciente, sus familiares.

El señor **PRESIDENTE**: Para finalizar este primer turno damos la palabra al doctor Francesc Bonet, director médico del RACC.

El señor **DIRECTOR MÉDICO DEL REAL AUTOMÓVIL CLUB DE CATALUNYA** (Bonet i Dalmau): Quiero agradecer a SS.SS. la oportunidad para estar en esta Comisión, en la que todos estamos sensibilizados por lo que se considera la epidemia más importante de nuestro siglo, dado que por datos que ya se conocen es la primera causa de muerte entre los 18 y 25 años en nuestro ámbito. Una de las ventajas de ser el tercer compareciente es que no solo coincido con mis predecesores sino que me han facilitado el trabajo al aportar datos e información en la que coincidimos plenamente y que voy a intentar no redundar para exponer simplemente algunos matices que, desde nuestro punto de vista y desde la entidad a que represento, podemos aportar a la Comisión.

En medicina en general —y como me refiero en muchos casos como vocacionalmente médico y circunstancialmente gestor— no hay que olvidar los principios básicos que hablan de las dos grandes herramientas para combatir cualquier plaga, y diría que estamos ante una de ellas, que serían la prevención y el tratamiento. En la prevención numerosas entidades y agentes públicos están implicados y dependerá de la vía, el vehículo y el conductor. En la vía y el vehículo hay técnicamente grandes avances que nos van mejorando esta situación, los vehículos llegarán a incorporar el sistema *E-Call* por el que puedan alertar a un sistema de emergencias 112 en el ámbito europeo para activar los recursos. En cuanto al conductor, el diseño no va cambiando mucho porque tampoco hace mucho tiempo que andamos erguidos y que no ha cambiado el ser humano como diseño básico y sigue teniendo sus comportamientos peculiares y sus reacciones diversas ante situaciones de estrés, accidente o en su comportamiento en la vía pública. Cuando todas estas medidas, sobre las que hay que seguir insistiendo, fracasan, solo nos queda el tratamiento, como ocurriría en cualquier otra enfermedad de cualquier etiología en el ámbito médico. En el caso del accidentado, lo que nos ocurre a los que tenemos cierta experiencia en el sector es que por una parte es un tratamiento multidisciplinar, es decir, implica muchos agentes, e incluso, dentro de la misma especialidad, a varias entidades públicas o no públicas, como el caso de la que represento —el Real Automóvil Club— que, aun sin ánimo de lucro, no está catalogada dentro del los recursos del sistema público de salud.

La presentación que tenía prevista intentaba ser muy básica en los temas que han coincidido con los de mis predecesores y que coincide en dos aspectos fundamentales, el tiempo de respuesta ante una situación de emergencia de accidente y la calidad de esa respuesta. Si nos ceñimos al tiempo de respuesta, hay un segmento —que ha sido desglosado por mis antecesores— que tiene unos momentos precisos; el primero, el tiempo de alerta. En este tema yo solo daría una pincelada más para abundar en lo ya comentado. En el tiempo de alerta hay una acción de formación al ciudadano y del principio del PAS —prevenir, alertar, socorrer—, insistiendo en que lo primero que debe hacer el ciudadano es alertar a un sistema de emergencias. Ahí hay pérdidas de tiempo de entre 4 y 8 minutos, estimadas en el ámbito de nuestro país, que, evidentemente, han mejorado con la telefonía móvil pero que es donde hay que insistir para concienciar a los ciudadanos de la necesidad de alertar a un sistema de emergencias.

En nuestro sector, entre los que gestionamos recursos de este tipo hay un tiempo de decisión en el que se asigna un recurso concreto y ahí sí hay varios aspectos que podrían retardar la asignación de un recurso y por tanto la respuesta. Uno de ellos es que en algunos casos el 112 actúa como mera centralita de distribución de llamadas y no tiene ni la capacidad de decisión de activar un recurso, debiendo pasarlo a otra subcentral —policial, 061, sanitaria, ...— y ahí entendemos que se pierde un tiempo precioso que se puede estimar en unos 4 minutos de media.

Una vez asignado el recurso está el tiempo de desplazamiento de dicho recurso hasta el lugar donde se encuentra la víctima. En ese tiempo no podemos evitar que exista un factor distancia, que sería salvable con recursos de mayor rendimiento en este sentido; como apuntaba el doctor Espinosa, me refiero a los helicópteros medicalizados tan difundidos en el resto de la Unión Europea. En el momento en que llegamos lo más cerca posible de la víctima transcurre un tiempo que en algunos casos nos para el cronómetro de la atención, porque, en teoría, si la atención es cualificada y son profesionales sanitarios de alta cualificación como médicos y enfermeras, podemos decir ya que la víctima está siendo atendida y que de alguna forma dependerá del tipo de lesiones —daré una pincelada porque los términos médicos a veces pueden ser exhaustivos— y habrá un elemento que balanceará entre la estabilización de la víctima o no en función de la patología que presente. Una vez estabilizada la víctima con los mínimos o máximos aceptables se realizará un traslado y entendemos que éste debería ser no al hospital más cercano si el sistema de emergencias es altamente cualificado, sino al centro hospitalario más adecuado en función de la patología que sufre el paciente.

Para añadir un dato más a este segmento. Curiosamente nos permitimos a veces incorporar un tiempo de diagnóstico. Incluso hablando de recursos que compiten en tiempo, como son los medios aéreos, uno puede en

los alrededores de una ciudad como en la que vivo actualmente —en Barcelona— atender un accidente grave en siete u ocho minutos de tiempo de respuesta, que será también el tiempo de traslado asistido hasta el hospital, pero que curiosamente la mayoría de hospitales de nuestro país, incluso de los de más alto nivel tecnológico, carecen de lo que se conoce en el mundo anglosajón como *Traumacenter*, donde hay un equipo especializado para recibir a este paciente y que, sin llegar a los tiempos record como en el Estado de Meryland donde en menos de ocho minutos un paciente va desde la puerta del *Emergency Room* a un quirófano de neurocirugía o cirugía torácica solo en ocho minutos, realmente ahí hemos asistido a casos en los que, por una descoordinación del propio hospital, el traslado de este paciente a nivel intrahospitalario a través de ascensores, pasillos o parking de camillas puede llegar a sumar tranquilamente entre quince y cuarenta minutos de espera a un diagnóstico, lo cual quiere decir que en el caso de un lesionado grave del tipo traumatismo craneoencefálico este paciente puede tener que esperar hasta cuarenta minutos para tener un primer TAC y tener una valoración hasta que el radiólogo, el camillero, el servicio de urgencias, radiologías, etcétera se active. Aquí, por lo tanto, hago un pequeño comentario a nuestros colegas de la medicina hospitalaria para mejorar estos tiempos de respuesta, estos minutos que nosotros intentamos arañar en la calle.

La medicina de emergencia no deja de seguir, como muchos aspectos de la historia, la ley del péndulo, nosotros venimos de lo que coloquialmente los anglosajones llaman el *scoop and run*, que no es más que «carga y vámonos» y era el modelo más prevaleciente en nuestro país hace apenas 20 años y del que yo modestamente provengo de mi etapa como ambulanciero. Es cierto que el *scoop and run*, el cargar y salir corriendo, tiene unas connotaciones graves para el paciente como es que no se le ha prestado todavía una asistencia adecuada y es cierto que el modelo europeo, quizá porque durante unos años nos hemos beneficiado de que médicos y enfermeras eran un recurso asequible y ahora es un bien más escaso, es un modelo muy medicalizado a diferencia del modelo norteamericano y anglosajón en general, que es muy paramedicalizado. En el extremo medicalizado estamos siempre prevaleciendo por el modelo *stay and play*, que básicamente dice que atendemos a la víctima, la estabilizamos, la atendemos correctamente y no nos vamos del lugar del accidente hasta que no hemos cumplido unos mínimos de estabilización. Yo quisiera ser crítico en ambos extremos del péndulo. La comunidad científica concluye hoy día que hay casos que son claramente *scoop and run*, es decir, que si no tenemos un neurocirujano con todo el quirófano completo o un cirujano vascular con todo el quirófano a pie de calle, va a ser difícil controlar algunas patologías, que básicamente son las lesiones de grandes vasos o los traumatismos craneales muy severos, sobre los que poca cosa podríamos hacer en el lugar del accidente. Por lo tanto,

el modelo prevalece para determinadas patologías, si bien es cierto que hay que inmovilizar o tratar adecuadamente con unos mínimos a estos pacientes sin espera de tiempo. Pero en el otro extremo nos encontramos que el modelo *stay and play*, que también tiene validez hoy día y que es la que ha dado mejor supervivencia y menor morbilidad a las víctimas de accidente, pero que en algunos casos genera una distorsión en el ámbito público de interrupción de vías de tráfico, distorsión de la vida normal del ciudadano y de impacto emocional que en algunos casos, ejerciendo una autocrítica, deberíamos analizar. Hay un tiempo y un lugar para cada cosa. Hoy día somos capaces de hacer muchas maniobras a nivel extrahospitalario pero hay unos límites razonables para ello, y más cuando debemos distinguir el ámbito urbano o interurbano, ya que en un ámbito urbano probablemente grandes maniobras a cinco minutos de un hospital de alto nivel no tiene mucho sentido, en cambio en el medio rural maniobras de gran estabilización para un traslado más largo tiene un sentido lógico para la viabilidad del paciente.

Tenía algunas notas respecto a ambos modelos, el *scoop and run* es un modelo más antiguo, básicamente para médicos, se utiliza en tiempos de respuesta más cortos, tiene la ventaja de que su coste es menor y puede utilizar ambulancias de tipo convencional, la distorsión ambiental en cuanto a generar extorsión de tráfico es algo menor y se genera lo que en medicina llamamos menos diatrogenia, es decir, aquellas lesiones provocadas por la práctica médica que, aunque a fin de beneficiar al paciente, en algún caso estas maniobras pueden empeorar su estado. En cuanto al *stay and play*, es un modelo mucho más moderno, básicamente médico, el tiempo de respuesta puede ser mayor porque la distancia, la isocrona o el radio de acción de estos recursos seguramente es más largo, el tiempo de transporte también será más largo pero tiene la ventaja de que el paciente ya está siendo asistido, es el modelo típico de las unidades de soporte vital avanzado —antes llamadas UCI móviles— y los helicópteros medicalizados, tiene una mayor distorsión ambiental, es decir, la interrupción de la vía o la distorsión que genera en el tráfico normal es bastante mayor, y, evidentemente, tenemos mayor riesgo de diatrogenia, es decir, de generar nuevas lesiones o empeorar lesiones a las víctimas de un accidente, aunque en la mayoría de los casos el beneficio siempre es mayor. Concluyendo con estos dos modelos que siguen la ley del péndulo y que afortunadamente parece que se va centrando, hay ciertas lesiones, las heridas en nuestro ámbito no tan frecuentes por disparo de armas de fuego o arma blanca en pecho y abdomen, o traumatismos abdominales no penetrantes cerrados que podemos sospechar una rotura visceral y la rotura de vasos mayores. En el otro extremo, en el *stay and play*. La reanimación cardiopulmonar tras una parada cardiorrespiratoria debe realizarse siempre en el lugar del accidente, no podemos trasladar una víctima en situación de parada, el daño cerebral con escala de Glasgow, que es una forma de

medir el coma por debajo de 8, que indicaría que deberíamos entubar y proceder a asegurar la vía aérea a este paciente, también debería seguir el modelo *stay and play* o los daños en extremidades de carácter moderado o grave.

El otro elemento que se tiene en cuenta en la respuesta a una situación de accidente, a parte del tiempo de respuesta, es la calidad de la misma. Aquí se encuentran los modelos médicos o paramédicos o, incluso en ámbitos más alejados o de menos recursos, modelos de técnicos de transporte sanitario, que viene a ser el modelo más básico en la escala de lo que sería un paramédico. Hay que recordar que en el modelo anglosajón hay paramédicos muy bien formados que provienen de cuerpos muy especializados, de bomberos o policías, que pueden realizar maniobras muy complejas y muy cercanas a las que un médico o una enfermera en el ámbito europeo podrían realizar. Por otra parte, es cierto que en la clasificación de la calidad de la respuesta aportaríamos un pequeño valor añadido, que desde nuestra entidad siguiendo la estela de la mayoría de automóvil club europeos, apostaríamos por el uso de helicópteros medicalizados en la emergencia y sobretodo en el accidente de tráfico. El uso de estos helicópteros en el medio en sí tiene sus limitaciones pero yo voy a intentar destacar sus ventajas. El medio aéreo tiene una ventaja incuestionable que es la relación tiempo-distancia, que va de 3/1 a 10/1; es decir, en la mejor de las situaciones, en una carretera rectilínea tipo autovía y sin obstáculos, un vehículo terrestre desarrollará en el mismo tiempo un kilómetro y un vehículo aéreo tipo helicóptero puede desarrollar tres veces la misma distancia. Si nos vamos a un ámbito más rural y a carreteras curvilíneas esta relación distancia tiempo puede llegar a ser de 10/1; es decir, un helicóptero puede desarrollar diez veces más distancia en el mismo tiempo. Otra ventaja del medio aéreo es que permite asistir y transportar a las víctimas dentro de la llamada *golden hour* —hora dorada— ya que en el ámbito aéreo actualmente nos permitimos llamarla los minutos de platino —*platinum minutes*— porque de alguna forma, parece que estos 60 minutos ya estarían bastante por encima de lo deseable en la asistencia a los accidentados. Es cierto que por ese factor distancia-tiempo permite el traslado del paciente en pleno tratamiento al hospital más adecuado, que no tiene porqué ser el más cercano. También, el helicóptero permite un transporte mucho más estable y genera menos fisiopatología del transporte; sus aceleraciones y deceleraciones son muchos menores que en el medio terrestre y su nivel de vibraciones es en frecuencias altas, por encima de los 80 hercios y, a diferencia del vehículo terrestre, estas frecuencias altas son menos dañinas de lo que puede representar en situaciones de lesiones frágiles, como una rotura esplénica, hepática o incluso una laceración o una lesión de un gran vaso, donde las vibraciones del recurso terrestre pueden acabar con la rotura de esta lesión y por lo tanto una hemorragia interna incontrolable. También es cierto que tiene sus detractores pero genera mucha

menos distorsión del tráfico. Sé que a veces este comentario es cuestionado por mis colegas pero rompo una lanza a favor de este medio. Primero, el helicóptero se desplaza quirúrgicamente al lugar del accidente, no necesita transitar por una carretera que normalmente ya está congestionada por el propio accidente; el uso de las sirenas no distorsiona medioambientalmente ni emite ruidos ya que va en vuelo directo a una altura considerable produce, con los helicópteros Clase A, un nivel de distorsión equivalente a un camión circulando a 80 kilómetros por hora; no genera reaccidentes en su paso, lo que en nuestro argot llamamos la *estela*, la estela provoca lesiones de plancha y pintura pero en ciudades complejas como Madrid o Barcelona, a un vehículo de emergencias de dimensiones considerables le cuesta bastante abrirse paso en zonas congestionadas o con retención importantes. Además, representa una ventaja mediante al medio terrestre que es que si el accidente, como ocurre en más del 30 por ciento de casos, se ha producido en la vía pero ha salido despedida de ella por precipitación, volcado, etcétera, el helicóptero puede aterrizar en el lugar donde se encuentra la víctima y no tiene porqué interrumpir el tráfico en la vía. Además, añadimos una ventaja, en las vías rápidas donde se producen los accidentes, donde siempre debería utilizarse este tipo de recurso, el sentido es fundamental; es decir, no es lo mismo que nos dirijamos a un accidente con un medio terrestre en un sentido u otro de la vía rápida ya que puede tranquilamente generar una pérdida de tiempo de 5 a 20 minutos el salir hasta la salida de la autopista o autovía más cercana e invertir hacia el sentido en que se encuentra el accidente. En este caso, desde el aire, el sentido es lo que menos importa. Por tanto, de alguna forma, solo presentaría un elemento distorsionador que es su toma y despegue en el caso de que tenga que hacerlo en el interior de la calzada, para lo cual es necesario un pequeño corte de tráfico, si el propio accidente y los otros agentes de emergencias no lo han producido ya. Vamos a ser autocríticos en este sentido y desde mi entidad, que apuesta firmemente por este modelo de asistencia, sin demérito de los otros —que consideramos absolutamente imprescindibles y complementarios—, creemos que la posibilidad de asistir con este medio tiene algunas limitaciones en nuestro entorno. Éstas son, como ya comentaba el doctor Espinosa, un déficit de desarrollo de infraestructuras aeronáuticas en nuestro país, no solo en el ámbito de edificios, torres de alta tensión, cableado, etcétera, que carece de bastante balizamiento, inversión mínima para lo que ello representa en cuanto a seguridad en vuelo, pero también es cierto que curiosamente la mayoría de hospitales en nuestro Estado no dispone de helisuperficie de acceso directo, y las que la tienen requieren de un vehículo de transferencia —una ambulancia— que en muchos casos el tiempo de transferencia desde la helisuperficie al hospital es superior al tiempo que ha tardado el helicóptero en trasladar el paciente al hospital, lo que a nosotros nos provoca cierto grado de desmotivación, sin sumar el que comentábamos antes

del tiempo intrahospitalario, que también debería ser revisado.

Es cierto también que en el tiempo de respuesta se abre una polémica que está muy resuelta en el resto de países de la Unión Europea, donde nuestros hermanos mayores, los automóviles club europeos, han apostado por este modelo, pensemos que sólo el ADAC alemán tiene 35 helicópteros y su competidor la DRF tiene otros 30 ó 38, y eso les garantiza una respuesta de menos de cinco minutos a cualquier ciudadano en cualquier punto del territorio alemán. En Austria pasa lo mismo, el ATC dispone de 28 máquinas para un territorio bastante más reducido que el Estado español. En definitiva, lo que es cierto es que ellos apuestan por que el helicóptero es útil en tiempos cortos de respuesta, porque en tiempos largos, más allá de los 15 minutos —50 kilómetros—, cualquier recurso terrestre puede llegar fácilmente al lugar.

Por esto insisto en promocionar este y los demás medios, pero no quisiera finalizar sin antes dar algunos datos que son de todos conocidos y que desde RACC Automóvil Club y concretamente desde la Fundación, se arrojaban en un estudio relativo al estudio de jóvenes y conducción, que venía a reflejar el impacto. Es cierto que en Europa, en los datos que logramos cerrar de la base de datos europea —CARE— que hacen referencia a 2004, hablábamos del orden de 32.000 muertos y de casi 1.200.000 heridos. En España, en los datos de 2006, se hablaba 4.104 muertes, 21.800 heridos graves y 110.000 heridos leves. Esto traducido a este sector de jóvenes y sociedad en general, se hablaba de un coste aproximado de 60,4 millones de euros por gasto sanitario y año, 243 millones de euros por secuelas y 2.144 millones de euros de pérdida de rentas de las víctimas, de años de vida perdidos, además de 1.676 millones de euros por daños materiales. Este apunte es solamente para contrastar cuando en alguna de mis intervenciones alguien nos cuestiona el coste de estos medios aéreos. Yo les puedo decir que el coste de una base por año, aproximadamente, en un modelo de alta categoría, con máquinas como el F-135, que es el que estamos usando actualmente, el coste estaría sobre un millón de euros al año. Con estas cifras, comprenderán que se puede hacer frente a bastantes bases en nuestro país. Teniendo en cuenta que el coste de una intervención de un helicóptero medicalizado se puede estimar en 1.000 euros, entendemos que hay un margen de financiación más que razonable, por lo menos entendiendo que cuando estos elementos, tanto de aire o de tierra, especialmente dotados intervienen, las expectativas de supervivencia y la reducción de secuelas es notable para estos pacientes.

En definitiva, lo que nosotros podemos evidenciar en un estudio realizado en Alemania en abril de 2007 es que la mortalidad en víctimas politraumáticas es mucho menor si se traslada en helicóptero medicalizado, en relación con aquellas trasladadas en ambulancias con-

vencionales por tierra, según este estudio del *German Trauma Registry*.

Como conclusión, aportar que la eficiencia en un sistema médico de emergencias radica en que la asistencia al paciente debe ser en el menor tiempo posible con profesionales cualificados y que su efectividad económica consiste en que los costes debidos a una asistencia menos cualificada o en un tiempo más retardado multiplican geoméricamente los gastos médicos y sociales. La excelencia estará en enviar el equipo más adecuado, por la vía más rápida, para asistir al paciente en el mismo lugar y transportarlo asistiéndolo con el vehículo más apropiado al hospital más adecuado.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias a todos los comparecientes. Damos ahora entrada al turno de portavoces. El portavoz del Grupo Catalán de Convergència i Unió, como vamos mal de tiempo, elude poder intervenir. Daríamos la palabra en primer lugar al Grupo Popular, pero como en este momento la diputada que iba a intervenir se ha ausentado, doy primero la palabra al portavoz del Grupo Sociales, Victorino Mayoral.

El señor **MAYORAL CORTÉS**: En primer lugar quiero expresar mi gratitud y mi saludo a los comparecientes y, de alguna manera, disculparme desde mi grupo parlamentario por tenerles hora y media en este congelador, no crean ustedes que siempre es tan frío el ambiente en la Cámara, pero hoy nos ha tocado y parece que hay algún factor absolutamente ingobernable que va más allá de nuestras voluntades que hace imposible un cambio de temperatura adecuado a nuestros deseos.

Todas las intervenciones me han parecido extraordinariamente interesantes, constructivas y prácticas. Creo que de lo que han dicho ustedes esta mañana podemos sacar muchas e importantes conclusiones. Quiero valorar la intervención del señor Fernández Chillón, creo que nos ha expuesto con una buena y brillante sistemática sus aportaciones, el análisis de los puntos fuertes y débiles de la situación que tenemos en nuestro país y la aportación sobre buenas prácticas posibles sobre las que tenemos que pensar de qué manera se pueden ir incorporando a nuestro país. Creo que ésta es una de las labores que tiene que realizar la Comisión, extraer las conclusiones de todo lo que ustedes han dicho y valorar algunas aportaciones, como por ejemplo la de la generalización del sistema *E-Call*. La exposición que ha hecho sobre los tiempos máximos de acceso de asistencia y la posibilidad de regularlos por ley. Este tema ya se trató el día que comparecieron los responsables de los servicios 112, a los cuales ví un poco renuentes a que esto se pudiera explicitar mediante ley. Creo que en esta Cámara es una de las cuestiones sobre las cuales tendremos que meditar, si también, como en otros países europeos según la exposición del señor Fernández Chillón, como es el caso de Alemania, Reino Unido y Dinamarca, establecemos una obligación por ley; evidentemente, discriminando situaciones, territorios y teniendo

en cuenta todas las circunstancias. También le agradezco, señor Fernández Chillón, el decálogo que nos ha expuesto, le advierto que estamos recibiendo muchos en esta Comisión y éste es uno más, pero muy brillantemente expuesto y que tendremos en cuenta.

A doña Mar Cogollos, creo que tenemos que valorar que lo que dice lo hace desde la perspectiva de un testimonio muy personal por lo que creo que tiene una validez muy importante lo que nos dice. Le agradezco mucho lo que ha dicho sobre esta Comisión, evidentemente, la valoración nos satisface mucho, una Comisión que trabaja desde distintos frentes, buscando distintos elementos que concurran a la mejora de la situación, la disminución de víctimas, y sobre todo el consenso que hemos conseguido aquí sobre muchas cosas. Por otra parte, me parecería inaceptable que sobre esta cuestión los partidos políticos estableciéramos una contienda partidista, me parecería éticamente reprochable. Por eso, porque todos hemos compartido esta circunstancia, es por lo que creo que esta Comisión está siendo modelo, pero un modelo obligado, porque las cosas tienen que ser así, no pueden serlo de otra manera.

Hablaba doña Mar Cogollos de una cuestión que me ha suscitado un cierto grado de perplejidad, hay una cierta contradicción en esta situación que se genera cuando interviene el buen samaritano. El buen samaritano puede provocar un 25 por ciento de lesiones graves, pero no olvidemos que está también determinado por la obligación legal del deber de auxilio. La cuestión sería ver cómo lo conciliamos. Quizá lo que habría que hacer es formar al buen samaritano, pero hay muchos y no sabemos dónde están, quiénes son y cuál es su nivel de formación ni si sabe castellano. Por lo tanto, creo que deberíamos reflexionar sobre esta cuestión, creo que es un porcentaje muy alto de lesiones el que se produce.

Sobre lo que nos ha dicho el doctor Espinosa quisiera valorar el análisis valiente y crítico de la situación y de las propuestas de mejora que nos ha hecho. Creo que ha sido bastante crítico pero creo que eso es bueno, lo ha hecho con rapidez pero la sintonía que hemos estado oyendo durante su intervención era la de una persona que conoce bien de lo que está hablando pero al mismo tiempo exponiendo los pros y los contra de la situación. He creído entender que hace un especial énfasis sobre el tema de especialización de profesionales y la necesidad de crear una especialidad médica en medicina de emergencia. Parece que la falta de formación es un elemento importante en lo que estamos padeciendo en este momento. Un aspecto sobre el que debemos reflexionar, porque ha salido en otras comparencias, es que se refiere a la cuestión de las Comunidades Autónomas vecinas en las situaciones fronterizas. Hay que solventar un elemento de coordinación y creo que éste no solamente es responsabilidad de las Comunidades Autónomas vecinas, que sí deben establecer instrumentos conocidos de convenio y colaboración, sino que también es responsabilidad del Estado. Aquí va a comparecer próximamente la Dirección General de Protección Civil

y creo que en este ámbito nos hará aportaciones interesantes. El déficit de medios y de recursos y la necesidad de incrementarlos es importante. El dato que nos aporta sobre conseguir la asistencia en 8 minutos en medio urbano y en 15 minutos en el interurbano, también lo retenemos. Esto fue objeto de intervenciones en otras comparencias pero yo creo que es importante que desde la experiencia de servicios médicos se nos diga cuál es la valoración y la propuesta que se puede hacer.

Finalmente, quiero valorar la intervención del doctor Bonet, evidentemente de una gran experiencia y conocimiento. Retengo una cuestión que creo muy importante, el 112 no debe ser una mera centralita de llamadas, todo lo demás es perder el tiempo, los cuatro minutos que valora usted pueden ser más minutos, pero creo que los servicios tienen que ser integrales y presenciales. Sobre la utilización de helicópteros, es evidente, habrá que ir a una dotación progresiva de estos recursos. Sería conveniente conocer cuántos recursos de este tipo existen en las Comunidades Autónomas porque a lo mejor resulta que tenemos más que en Alemania, sería cuestión de ir viendo los 112 y servicios de emergencia de distintos territorios y a lo mejor nos encontramos con un número importante de helicópteros. Yo sé que mi comunidad autónoma, Extremadura, tiene dos y supongo que a dos como mínimo por comunidad autónoma tendríamos 36, tantos como decía el señor Bonet que tiene Alemania. Sería cuestión de explorar este punto porque a lo mejor tenemos los recursos pero están tan encorseados territorialmente que podrían tener una disponibilidad mejor. Finalmente, creo que el análisis de los distintos modelos y sistemas de emergencia que nos ha hecho el doctor Bonet son aspectos muy importantes.

Creo que se han aportado buenos análisis, buenos datos, buenas ideas y buenas propuestas que seguro que la Comisión tendrá en consideración.

El señor **PRESIDENTE**: Auditivamente hemos podido percibir que durante su intervención se ha parado el aire. Como su intervención, señor Mayoral, se retransmite en directo por todos los canales de la Cámara, quizá alguien le ha oído, porque ésta es la peor sala de comisiones de la casa, no solo por las columnas centrales que dificultan la accesibilidad —como ha comentado la señora Mar Cogollos—, sino porque es una sala sauna en ocasiones, hubo dos desmayos de diputados en una comisión de Fomento por culpa del ambiente cargado y hoy, nevera. Sirvan estas palabras de queja para que se ponga solución a la climatología de esta comisión.

En nombre de Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la diputada Verónica Lope.

La señora **LOPE FONTAGNE**: Brevemente porque hemos escuchado con mucha atención a los comparecientes, les tengo que dar las gracias en nombre del Partido Popular porque queríamos que comparecieran porque creíamos que era importante para estudiar los modos de emergencia cuando falla la prevención. Ha

sido muy importante y comparto lo dicho por el portavoz del Partido Socialista, lo estudiaremos y estoy convencida que nos servirá para estudios futuros.

Hay pocas preguntas que hacer porque las que pensaba formular ya han sido contestadas de buena manera por todos los comparecientes. Respecto al tiempo de respuesta todos han aclarado muchas cosas. Creo que es importante lo que ha dicho el señor Bonet sobre que no solamente era importante el tiempo de respuesta sino también cuando llega al hospital, el equipo especializado para recibir al paciente. Creo haber entendido que todos piensan que tiene que haber un plan integral de ámbito nacional para coordinar los servicios de emergencia, pero creen ustedes que a parte tienen que ser de ámbito autonómico. Me gustaría que lo aclarasen.

El señor **PRESIDENTE**: Damos la palabra a los comparecientes pero al igual que hemos sido generosos en la administración del tiempo en la intervención inicial, vamos a ser muy restrictivos ahora porque está el director general de Tráfico, que tiene la comparecencia prevista para las doce y cuarto, con lo cual les daríamos un máximo de dos minutos a cada compareciente para que pudiesen concluir su intervención ante el Congreso de los Diputados. Aunque no estén los taquígrafos, dado que hoy hay acumulación de comisiones en esta Cámara, el «Diario de Sesiones» se va a editar como si los hubiera, por tanto, todas aquellas intervenciones escritas que tengan puede facilitar la transcripción posterior. Esto también ha explicado que en algunos momentos faltaran diputados porque había una acumulación de comisiones a la vez esta mañana; tras una semana de campaña electoral esta semana se han reiniciado los trabajos del Congreso y había muchas comisiones convocadas a la vez.

Agradeciéndoles a todos su comparecencia le damos la palabra en primer lugar al señor Fernández Chillón.

El señor **PRESIDENTE DEL COMISIONADO EUROPEO DEL AUTOMÓVIL —CEA—** (Fernández Chillón): Entiendo que los cuatro comparecientes estamos bastante de acuerdo en lo que hay que hacer. Yo insisto que debe abordarse desde un punto de vista integral. Repito que estas conclusiones son en base a lo que entendemos las mejores prácticas a nivel internacional, en países que tienen los sistemas más desarrollados que nosotros. Tenemos que tener en cuenta que es importante la llamada, el envío de recursos, la asistencia *in situ*, el traslado, para evitar esos tiempos en traslados innecesarios, es muy importante cuando se llega al hospital la asistencia hospitalaria, la asistencia post-accidente, y sobretodo, la explotación de toda la información.

A la pregunta de cómo se debería gestionar esto, nosotros desde CEA entendemos que las fronteras competenciales en la mayoría de los países son una barrera para la eficacia de los sistemas. El doctor Espinosa apuntaba en esa dirección cómo entre las diferentes Comunidades Autónomas no hay coordinación entre los

servicios ni protocolos de actuación. Se podrían dar casos paradójicos como un accidentado en el norte de la provincia de Cáceres que recibe un servicio asistencial de Cáceres capital cuando a lo mejor resulta que el medio más adecuado para atenderle está en Talavera de la Reina y sería más ágil y eficaz. Mientras no haya un centro nacional de coordinación de emergencias donde se establezcan unos protocolos de actuación y donde se sepa localizar los hospitales, los medios técnicos más eficaces para enviar en cada momento, todavía tenemos algo que hacer. Yo decía al principio que creo que la situación actual en España es favorable pero que hay algunos aspectos que limar como son el tema de coordinación de esos envíos y explotación de la información. Yo me imagino que los comparecientes responsables de los cuatro servicios de emergencia que estuvieron aquí el 18 de abril no quieren comprometerse a unos tiempos de respuesta mínimos, yo lo entiendo, pero lo que hace falta es voluntad política pero también dotación presupuestaria. Me imagino que si a estos responsables se les dice que van a contar con la dotación presupuestaria necesaria para poder cumplir estos tiempos de respuesta mínimos, seguramente lo verían de una manera más positiva.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Mar Cogollos.

La señora **PRESIDENTA DE AESLEME** (Cogollos Paja): Por centrarme solo en una cosa, algo que le preocupaba al señor Mayoral, en el tema de la importancia de saber qué hacer y sobre todo qué no hacer después de un accidente, hablábamos del PAS —proteger, avisar, socorrer—, yo creo que es muy importante que la cadena de qué hacer y no hacer la empecemos desde los niños. Un niño no tiene que saber cómo hacer una RCP, eso lo puede saber un adulto y sería importante que esa formación llegara al adulto a través del mecanismo antes de sacarse el carné o en algún centro acreditado médico, pero sería importante que la formación se extendiera. Cuando yo hablaba que por lo menos en nuestro país dos millones de chavales han recibido esta información, por cuenta nuestra, de cómo hacer el PAS —proteger, alertar, socorrer— decía que en estos años había disminuido el número de heridos que lo eran como consecuencia de una mala recogida y traslado de ese herido por ese buen samaritano que al señor Mayoral le preocupaba. Creo que es muy importante que las llamadas del 112 se gestionen muy rápido y que la información que llegue al 112 sea muy buena, es decir, el número de heridos, saber si el herido está consciente o inconsciente, el punto kilométrico exacto donde está para que los recursos se trasladen lo antes posible y sin perderse, porque todos sabemos cómo por lo menos en Madrid es muy fácil perderse dependiendo de dónde tenga uno el accidente, y no hablemos ahora del tema de los túneles donde va a ser complicado hacer una evacuación de los heridos. Es muy importante trabajar en esa línea. Comentaban que hay cosas para las que se necesita un experto médico o

una persona adulta formada, por ejemplo para hacer una RCP hay cursos que pueden partir de cuatro horas hasta veinte horas y cuarenta cuando la RCP es más avanzada. Pero en niños solo decimos dos cosas, que lo podemos hacer cualquier persona, cuando esa persona no respire, esté inconsciente, simplemente cogiendo un pañuelo, la lengua hacia fuera y estamos abriendo la vía aérea; ese es un mecanismo que puede hacer cualquier niño o cualquier persona, simplemente sacar la lengua hacia delante y dejar que esa persona respire, le estamos dando vida hasta que los servicios de emergencia, sean terrestres o aéreos lleguen. En el tema de una hemorragia cualquier persona —niño, joven o adulto— tiene que saber que no hay que hacer un torniquete, que parece que es lo primero que hay que hacer, simplemente hay que presionar y taponar la herida, con lo que tengas, con una cazadora, con una manta, con una camisa, presionar, y a ser posible separar la zona de sangrado con un guante o una bolsa de plástico para evitar la transmisión de enfermedades que pueda haber por la sangre cuando uno no conoce al herido al que está atendiendo. Simplemente taponando esa herida estamos haciendo que la persona no se desangre hasta que llegue el servicio de emergencia. Es muy importante que la gente sepa que lo que no hay que hacer es sacar del coche, simplemente que quite el contacto, quite los bornes de la batería, vacíe el depósito de la gasolina, que los coches no explotan como en las películas, que tranquilice al herido diciendo que ya ha llamado, que para eso sirve el móvil, no para hablar dentro sino para socorrer y pedir ayuda después; con esto y con las dos maniobras que digo para que la persona respire y no se desangre, estamos dando tiempo para que ellos lleguen lo antes posible, que son los que deben actuar después del accidente.

El señor **PRESIDENTE**: Doctor Espinosa.

El señor **DIRECTOR MÉDICO DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA —SESCAM—** (Espinosa Ramírez): Quiero comentar al señor Mayoral que con respecto a los helicópteros, si en nuestro país hiciéramos radios de 50 kilómetros tendríamos cubierto aproximadamente un 30 por ciento del territorio nacional. Las cifras de helicópteros que ha dado el doctor Bonet hacían referencia a los helicópteros pertenecientes a los automóviles club, no a otras instituciones.

Quiero además insistir en la coordinación. Doña Verónica ha comentado el tema de cómo hacer la coordinación. Parece que una vez que se han realizado las transferencias sanitarias a las comunidades no nos hablamos con el resto de comunidades y que entonces tenemos que volver a mover los anteriores centralizados. No se trata de eso, se trata de que haya una coordinación entre las diferentes comunidades, vivimos en la era de la comunicación, podemos perfectamente conocer en tiempo real los recursos que están cercanos a nuestra propia comunidad. Nosotros, estando en el límite de nuestra comunidad, entramos a través del 112 en la

comunidad vecina y la comunidad vecina es capaz de transferir la llamada a nuestra propia comunidad o, incluso, de generar una respuesta desde esa comunidad. Se trata solamente de trabajar en los protocolos de coordinación entre las distintas comunidades.

En cuanto a los helicópteros, sí están encorsetados en las comunidades de tal forma que no tenemos radios de 50 kilómetros pero sí ha comunidades que los tienen totalmente apelmazados y que no se hacen con un criterio de reparto de la tarta nacional sino de atención a la propia comunidad.

El señor **PRESIDENTE**: Finalmente, el señor Francesc Bonet.

El señor **DIRECTOR MÉDICO DEL REAL AUTOMÓVIL CLUB DE CATALUNYA** (Bonet i Dalmau): Solo apuntar que S.S. el señor Mayoral tiene bastante razón cuando ha dicho que probablemente haya suficientes recursos. El secreto no está en cuantos recursos tenemos en España, que seguro que los hay, el tema es no estamos bien coordinados. Aquí tengo que insistir en mi calidad de no público —como entidad sin ánimo de lucro dedicada a ofrecer este servicio al ciudadano en general, no solo a nuestros socios—, es cierto que nos sentimos tristemente infrautilizados. Le comentaba que el coste de una base de helicópteros por año puede ser de un millón de euros, aproximadamente el 80 por ciento de este coste es fijo, vuela o no la máquina. Por lo tanto nosotros nos sentimos mucho más útiles si somos sobreutilizados, incluso con falsas alarmas, que sentir que a veces los días de guardia se hacen largos sin que se utilicen nuestros recursos. La sensación es que probablemente sí hay recursos, lo que ocurre es que el sector público a lo mejor no tiene presente todo el catálogo o el inventario de recursos que hay sobre el territorio. Y lo más importante, saber en todo momento dónde y cómo están.

Enlazando con esto, y para contestar a doña Verónica Lope, le diría mal traducido aquello de «piensa global y actúa local»; es decir, debe existir un centro coordinador, un supra que lo vea todo, que no debería ser el que toma las decisiones sino el que en todo momento tiene el inventariado permanente. Hoy en día no hay excusa con el uso de GPS, sistemas de comunicación, etcétera para saber en todo momento los recursos que tiene todo el país, dónde están y qué están haciendo. Es mucho más fácil movilizar recursos que se están moviendo ya que hacer salir de sus cuarteles a los que están parados. Ahí le doy la razón en que debería haber un ente público que tenga la visión global, pero que a nivel local, autonómico, grandes urbes, el que debe gestionar y activar es a nivel local. Entendemos que técnicamente hoy en día la convivencia de la tecnología desde arriba abajo permite el conocimiento de dónde están los recursos y cómo los optimizamos.

El señor **PRESIDENTE**: Como presidente de la Comisión quería agradecer de manera expresa en nombre del Congreso de los Diputados tanto a CEA, a Aesleme y al RACC, la labor que realizan a favor de la seguridad vial en sus respectivas entidades, en distintos ámbitos de estudio de esta Comisión han colaborado ya estas asociaciones y son un buen ejemplo de cómo desde la sociedad civil se da un impulso a aspectos trascendentes para lo que es la prevención de los accidentes de tráfico. Para que conste en el «Diario de Sesiones» quería, en nombre del Congreso de los Diputados, agradecer esta labor que realizan.

Señorías, suspendemos la sesión durante cinco minutos para dar entrada a don Pere Navarro, director general de Tráfico, que ya se encuentra entre nosotros. **(Pausa.)**

— **DE DON PERE NAVARRO, DIRECTOR GENERAL DE TRÁFICO, PARA INFORMAR EN RELACIÓN CON EL ESTUDIO DE LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA. (Número de expediente 212/001592.)**

El señor **PRESIDENTE**: Reanudamos la sesión de la Comisión de Seguridad Vial del Congreso de los Diputados y damos una vez más la bienvenida a esta Comisión al director general de Tráfico, sabe que ésta es su Comisión en el Congreso para todos los aspectos relativos a la seguridad vial y por tanto le damos la bienvenida para avanzar en el informe sobre el estudio de la situación de los servicios de urgencia y emergencia.

Tiene la palabra el señor Navarro.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE TRÁFICO** (Navarro Olivella): Quiero agradecer una vez más la invitación a comparecer ante esta Comisión. No hace mucho, un político con mucha experiencia que ya está retirado, me decía que veía un lujo el que hubiera una comisión para un tema específico y con complicidad especial del que no somos conscientes de su valor. Es verdad, es un placer venir para entre todos ir construyendo la política de seguridad vial en nuestro país.

Les he traído el guión de la comparecencia para facilitar el seguimiento por SS.SS. porque los detalles son importantes y a veces se escapan en las intervenciones orales.

El Programa de Acción Europeo de Seguridad Vial aprobado por la Comisión Europea en el 2003, que es la hoja de ruta de la política de seguridad vial en la Unión Europea, recoge en su punto 5.5 como uno de los ámbitos de actuación: «Los primeros auxilios y la asistencia a las víctimas de los accidentes de tráfico». Dice que la mejora de la intervención y del diagnóstico en los accidentes de tráfico podría salvar varios miles de vidas en la Unión Europea. Dice que el número de llamada 112 permite a los operadores de redes telefónicas facilitar a los servicios de ayuda información que permita localizar

las llamadas urgentes en caso de accidente. Y dice que es necesario disponer también de información detallada sobre la gravedad de las heridas para comprender mejor las posibilidades de reducción de los daños y para medir la eficacia de los servicios médicos de urgencia.

En España, nuestro Plan Estratégico de Seguridad Vial, para el período 2005-2008, recoge como líneas estratégicas de actuación: «La mejora de los tiempos de respuesta y la coordinación de los servicios de emergencia» así como «el incremento de la atención a las víctimas de accidentes y sus familias». Así pues estamos ante un tema estratégico de las políticas de seguridad vial. ¿Por qué? Porque el tiempo de llegada al lugar del accidente y la atención al accidentado puede significar la diferencia entre la vida y la muerte. Porque a la primera hora después del accidente es conocida como la hora de oro entre los expertos en seguridad vial. Y porque según un informe del Automóvil Club Alemán, publicado en el año 2000, disponer de unos servicios de emergencia capaces de prestar una atención correcta disminuiría el número de muertos en un 11 por ciento y de discapacitados por accidentes de tráfico un 12 por ciento respectivamente.

Una consideración previa, la Dirección General de Tráfico tenemos la responsabilidad directa y somos expertos en evitar que se produzca el accidente. Una vez que el accidente se produce entran en marcha los servicios de emergencia, servicios de urgencia, servicios sanitarios, que no son de nuestra responsabilidad directa y por ello no somos expertos en ello, aunque si nos interesa y mucho por formar parte de la política de seguridad vial.

Para estructurar la comparecencia la haremos en base a las diferentes fases de actuación que recogen los estudios e informes sobre la materia. ¿Cuales son las fases de actuación una vez producido el accidente? Primera, la alerta o el aviso del accidente; segunda, los tiempos de llegada de los servicios de emergencia; tercera, la actuación en el lugar del accidente; cuarta, el traslado de los accidentados al centro hospitalario; quinta, la atención en el centro hospitalario; y sexta, la posterior atención a las víctimas y a sus familias.

Sobre la alerta o el aviso del accidente decirles que según una encuesta realizado por la Dirección General de Tráfico en diciembre del 2006, la media de los ciudadanos que acuden al 112 en caso de emergencia va creciendo de forma paulatina. En la encuesta de opinión de diciembre de 2005 el porcentaje se situaba en el 54 por ciento, mientras que en la de diciembre de 2006 es del 61 por ciento. Existe bastante disparidad entre los resultados obtenidos en las diferentes Comunidades Autónomas, en La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, Extremadura y Ceuta la media de las llamadas al 112 se encuentra entre el 70 y el 80 por ciento en caso de accidente. Entre el 50 y el 70 por ciento se encuentran Aragón, Asturias, Canarias, Castilla-La Mancha y Castilla y León. Las Comunidades Autónomas en que los ciudadanos menos acuden al 112 son Galicia, Melilla,

Andalucía, Baleares, Cantabria y Cataluña. Así pues, habrá que hacer un esfuerzo de comunicación o una campaña para generalizar la llamada al 112 como número de teléfono de referencia para alerta en caso de accidente, tal y como recomienda la Unión Europea.

Sobre el sistema *E-Call*. SS.SS. conocen su funcionamiento por la reciente demostración con motivo de la visita que realizaron a las instalaciones del Insia. En caso de accidente, la llamada va a una plataforma y da las características del vehículo, coordenadas del accidente y da hasta los diez últimos movimientos del accidente por el GPS para poder saber en qué sentido está y lo que ha pasado allí.

Decirles que su generalización supondrá una gran ayuda a la alerta por accidente de tráfico al permitir por llamada automática al momento, conocer las características del vehículo, las coordenadas del accidente y sus últimos movimientos. Dejo los detalles del sistema para la comparecencia de mejores expertos, pero sí quiero informarles que España no ha podido incorporarse oficialmente al proyecto europeo *E-Call* por ser necesaria la conformidad y firma de todos los responsables del 112, es decir de todas y cada una de las Comunidades Autónomas, aunque asistimos a todas las reuniones en condición de invitados.

Sobre los tiempos de llegada de los servicios de emergencia al lugar del accidente. En mayo del 2004 el Observatorio Nacional de la Seguridad Vial a través de la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil realizó un estudio sobre los tiempos medios de llegada de los servicios de emergencia en carretera con el resultado de unos tiempos medios entre 25 y 38 minutos. Atención porque hay diferencias significativas entre territorios. En mayo del 2007 el Observatorio está realizando el mismo estudio para actualizar y comparar resultados.

Informarles que la Fundación Abertis en el año 2006 encargó al IESE un estudio sobre sistemas de respuesta a emergencias en carretera y autopistas, de especial interés por su rigurosidad y que pone de manifiesto las manifiestas diferencias organizativas que dificultan su estudio comparativo a nivel del Estado.

Decirles que el Ministerio de Sanidad y Consumo está realizando un estudio titulado «Tiempos de atención sanitaria inicial al accidentado de tráfico», cuyo objetivo es conocer el estado de situación de los distintos servicios de emergencias sanitarias en España. Y que el estudio permitirá establecer una serie de recomendaciones sobre la creación de indicadores de tiempos de atención a las víctimas.

Informarles que Alemania tiene regulado por ley los tiempos máximos de llegada y son de 8 minutos en zona urbana y 15 en zona rural y que Francia, sin tenerlo regulado, recomienda 10 minutos en zona urbana y 20 en zona rural.

Hemos encontrado que Andalucía, en su Plan integral de atención a la accidentalidad 2007-2010, establece como objetivo para la atención extra hospitalaria, que el tiempo de respuesta no sea superior a 20 minutos en

carretera y de 10 minutos en zona urbana como recomendación u objetivo.

Sobre las actuaciones *in situ* es decir, en el lugar del accidente, destacar que los accidentes de tráfico son la única emergencia que activa a todos los servicios a la vez, la policía de tráfico acordona la zona de seguridad y desvía o regula el tráfico, los servicios sanitarios a través de la ambulancia y el personal especializado para atender a los heridos, los bomberos para el rescate de las víctimas dentro de los vehículos, las grúas de auxilio en carretera para retirar y trasladar los vehículos implicados, y los servicios de conservación y mantenimiento para limpiar la vía y permitir el restablecimiento del tráfico. En nuestra opinión el accidente de tráfico es un caso práctico de emergencia, desgraciadamente muy frecuente, pero si conseguimos que funcione razonablemente bien la coordinación y la actuación, será la mejor garantía de buen funcionamiento para emergencias mayores.

Quizás aquí habría que destacar el proyecto *e-rescate* que tiene por finalidad facilitar una mejor y mayor conocimiento de los vehículos accidentados por parte de los servicios de bomberos para facilitar la excarcelación. El proyecto, que viene de Holanda, lo trajeron los bomberos a la Dirección General de Tráfico, y consiste básicamente en que los vehículos se han ido complicando con *air bag*, compresores, neumática, etcétera y hay que saber muy bien dónde entrar a actuar y por dónde no se puede. Esto consiste básicamente en tener unas fichas especiales para el rescate a disposición de todos los bomberos para poder saber y consultar en el ordenador por dónde hay que entrar y por dónde no. Ya no es como antes. Este proyecto ha sido promovido por la Dirección General de Tráfico junto con la Asociación Profesional de Rescate en Accidentes de Tráfico (Aprat) y las asociaciones de fabricantes e importadores de vehículos, actualmente esta liderado por la Dirección General de Protección Civil y la Fundación FITSA y permite a los bomberos disponer de una completa base de datos sobre las características de los vehículos para decidir por donde intervenir o cortar y por donde no hacerlo.

Sobre el traslado de las víctimas al hospital. En España, la competencia sobre la gestión de emergencias está transferida a las Comunidades Autónomas desde el año y los traslados de las víctimas es responsabilidad de las autoridades sanitarias que lo realizan por servicios propios o concertados. No existe un protocolo único de actuación, ni un modelo aplicable a los traslados de las víctimas, sino que cada comunidad autónoma lo organiza a su manera. Quizás aquí se debe destacar el servicio del RACC para sus asociados por su buena organización y funcionamiento que puede servir de referencia en foros y jornadas al respecto.

Los helicópteros son efectivos solo en caso de muy difícil acceso y, es verdad, permiten desplazar al herido al hospital más adecuado por el tipo de lesiones y no al más próximo que es lo que se hace con la ambulancia. El radio de acción aceptado de los helicópteros en

España es de 100 kilómetros y en Alemania es de 80 kilómetros.

Sobre la atención hospitalaria. Al estar transferidas las competencias en la Dirección General de Tráfico no nos constan, en la actualidad, datos totales a nivel nacional sobre los diferentes indicadores de gestión en materia de asistencia a accidentados de tráfico. La Unión Europea a través del programa *Safetynet*, solicita a los países un conjunto de indicadores sobre gestión en materia de asistencia sanitaria y hospitalaria a accidentados de tráfico, que España no puede facilitar por no disponer de dicha información globalizada al estar transferidas las competencias en materia sanitaria a las diferentes Comunidades Autónomas. Son indicadores que hacen referencia al número de estaciones de emergencia sanitaria, personal en activo por categorías: médicos, enfermeros, técnicos, conductores, medios de transporte operativo-unidades de soporte vital avanzado, unidades de soporte vital básico, psiquiátricas, vehículo de intervención rápida, columnas sanitarias, etcétera. Y la existencia o no de requisitos legales relativos a los tiempos de respuesta o llegada ante una llamada. Estamos llevando a cabo un estudio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la DGT a fin de poder facilitar los indicadores recogidos en el programa *Safetynet* a nivel de Unión Europea.

Aquí quisiera llamar la atención sobre algunos problemas detectados. El primero es que no disponemos de los datos exactos sobre fallecidos en los 30 días siguientes al accidente, les recuerdo que los muertos 30 días es el indicador oficial en la Unión Europea. Es cierto que solo los países muy avanzados pueden disponer de este dato y los otros, entre ellos España, hacemos una muestra y obtenemos el coeficiente que hay que aplicar a los heridos graves, diferenciando si son en carretera o ciudad y si son conductores, pasajeros o peatones, para obtener los fallecidos a 30 días, que es el indicador al que todos convergemos.

El segundo es que no hay cobertura legal para hacer la extracción de sangre y las pruebas de alcohol o drogas para los conductores heridos trasladados al hospital. Es necesaria la conformidad del herido o la obtención de la correspondiente autorización judicial mediante solicitud motivada por los agentes de la autoridad. Esta formalidad dificulta, cuando no impide, la obtención de una prueba que debería ser automática sin más requisito que la extracción de sangre fuera realizada por personal facultativo. Esta información es importante para el estudio en detalle de los accidentes y sus causas. Este problema no se plantea en el caso de los conductores fallecidos implicados en accidente ya que dichas pruebas se realizan de oficio en el acto forense de la autopsia.

Por último informarles que los resultados de la autopsia que realizan los institutos anatómicos forenses son remitidos al juzgado competente pero no al Observatorio Nacional de Seguridad Vial, por lo que aquellos fallecidos por causa medicas previas al accidente como cardiopatías son contabilizados como fallecidos por

accidente de tráfico aún cuando en realidad no lo son. Se está elaborando un convenio entre el Instituto Nacional de Medicina Legal y la Dirección General de Tráfico para solventar este problema.

Sobre la asistencia y atención a las víctimas y familiares de las víctimas, ustedes conocen perfectamente el problema que hace referencia a la asistencia psicológica y legal por las comparecencias de las asociaciones de víctimas en esta misma Comisión y por su estrecha relación con ellas. No les hablaré de ello —por exceder al contenido de la comparecencia y por razones de tiempo— pero he querido que conste como un último e importante eslabón de las actuaciones en caso de emergencias en carretera por accidentes de tráfico.

Por último, y con ánimo de síntesis, quiero sugerir las siguientes conclusiones:

Primero, en relación con el aviso o alerta sobre el accidente deberá promoverse y potenciarse el uso del 112 como número de llamada preferente hasta alcanzar los estándares europeos superiores al 90 por ciento mediante campañas de información y comunicación.

Deberán realizarse los correspondientes estudios o encuestas para hacer el seguimiento del uso del 112 como número de llamada preferente para aviso de los accidentes de tráfico.

Deberán realizarse las actuaciones necesarias para posibilitar la firma e incorporación de España, a través de las Comunidades Autónomas, al proyecto europeo *E-Call*, para promover y potenciar su extensión como el mejor mecanismo con proyección de futuro para la más rápida información y localización de los accidentes de tráfico.

Debemos hacer un llamamiento a la industria del automóvil para la extensión de la incorporación del sistema *E-Call* o llamada de emergencia en sus vehículos comercializados en España.

Debemos realizar las actuaciones oportunas a fin de garantizar la realización de estudios sobre tiempos de respuesta de los servicios de emergencia por Comunidades Autónomas con una periodicidad de cada cuatro años, a fin de conocer su evolución.

Debemos organizar un foro de encuentro de los responsables de las Comunidades Autónomas para la difusión de las mejores prácticas y modelos organizativos.

Recomendar unos tiempos de respuesta máximos para los servicios de emergencia en caso de accidente de tráfico diferenciando entre carretera y ciudad, homologables con los existentes en Europa y promover o incentivar la adopción de las medidas adecuadas para su cumplimiento.

Promover y difundir los correspondientes protocolos de actuación de los diferentes servicios que intervienen *in situ* en los accidentes de tráfico.

En atención a la creciente complejidad de los equipamientos incorporados en los vehículos, desarrollar y profundizar en el programa *e-rescue* para un mayor y mejor conocimiento por los servicios de bomberos de

todas las informaciones necesarias para garantizar la máxima eficacia en su intervención.

Sobre el traslado de las víctimas a los centros hospitalarios más adecuados, establecer los protocolos correspondientes sobre el uso de ambulancias y helicópteros medicalizados para mejorar la eficacia y eficiencia del sistema.

Sobre la atención hospitalaria a las víctimas de accidentes de tráfico y de acuerdo con el proyecto europeo *Safetynet*, establecer los mecanismos necesarios para poder aportar los indicadores hospitalarios de medios y servicios considerados como estándares europeos para su atención y seguimiento.

Resolver aquellos problemas puntuales que les he planteado sobre los heridos en el hospital, la extracción de sangre y la información sobre circunstancias o elementos relacionados con el accidente. Promover las modificaciones normativas necesarias a fin de garantizar que a todo conductor implicado en un accidente de tráfico e ingresado en centro hospitalario, se le realicen las pruebas de determinación de alcohol o drogas en sangre, sin la necesaria autorización judicial previa y con la única garantía de que la extracción sea hecha por facultativo, a fin de mejorar la información sobre la siniestralidad y la calidad de los atestados.

Dado que a todo conductor fallecido por accidente de tráfico se le realiza la autopsia, adoptar las medidas necesarias para garantizar que el resultado de las mismas, en lo que se refiere a alcohol, drogas o causa natural de la muerte, sea remitido por los Institutos Anatómicos Forenses o por los Institutos Nacionales de Toxicología al Juzgado competente y al Observatorio Nacional de Seguridad Vial para su consideración en los datos, registros y estadísticas relacionados con la siniestralidad vial.

Por último, y como criterio general, promover y potenciar la necesaria coordinación y colaboración entre todas las administraciones que intervienen en las urgencias y emergencias derivadas de los accidentes de tráfico para mejorar la eficacia y eficiencia de sus actuaciones.

Nada más, gracias una vez más por su especial interés por el tema de las urgencias y emergencias, espero la validez de mi aportación para ayudar a vertebrar la política de seguridad vial.

El señor **PRESIDENTE**: Damos turnos de portavoces. ¿Grupos parlamentarios que deseen intervenir?

En nombre del Grupo Parlamentario Catalán de Convergència i Unió tiene la palabra el señor Pere Grau.

El señor **GRAU I BULDÚ**: Quiero dar las gracias al señor director general por su intervención concisa, y, en definitiva, relativa a todos los puntos que nos ha puesto sobre la mesa para analizar. Entiendo que este Congreso tendría que tomar parte más activa en este plan estratégico de seguridad que usted nos presenta.

Al hilo de su exposición me he permitido buscar dos puntos básicos, el primero es entender que el 112, que tiene una dispar atención según las Comunidades Autónomas, necesita de la creación de una mesa sectorial en la cual la protocolización que usted nos propone fuera fruto de un acuerdo genérico para todo el Estado español y que saliera de este acuerdo de Comunidades Autónomas a fin de crear sistemas muy similares que fueran objeto de tratamiento por parte de los diferentes servicios de las Comunidades Autónomas.

Usted habla de promoción, resulta que en muchas de las autovías y autopistas existen una serie de paneles luminosos muchas veces apagados. Entiendo que aprovechando su indicación de que hace falta la promoción, no estaría de más que en alguno de estos paneles apareciera de vez en cuando que en caso de accidente se llame al 112 porque es el mejor servicio para los ciudadanos. También existen los interfonos en determinadas autopistas en los que tendría que haber panelizado al lado esta indicación. Digo esto al hilo de su propuesta para que se popularice o se dé mayor divulgación al uso del 112 para que la ciudadanía esté involucrada en la atención a los conciudadanos.

Muchas veces yo he percibido que estando ayudando en un accidente una persona dijo que no ayudaba porque luego te llaman a juicio, tienes que perder tiempo... De alguna forma tendría que existir, en base a esta coordinación, un declarativo suficiente para que esta persona que intenta ayudar hubiera cumplido con su deber social de ayudar, que es de lo que se trata, y que luego hubiera una encuesta o algo similar que le evitara complicaciones posteriores. Esto puede, en cierta manera, servir para retrotraer el servicio a un accidentado por el miedo a las complicaciones judiciales o a tenerse que sentar delante de un juez para una declaración. En este caso se genera la necesidad de esta modificación del Código Penal en cuanto a la extracción de sangre y a los declarativos de las personas auxiliadoras. Me gustaría saber su opinión en cuanto a las fórmulas o a las recomendaciones que usted podría añadir a las que nos propone en la conclusión número doce, la de promover las modificaciones normativas necesarias para poder hacer estas extracciones de sangre en los casos de accidente.

Esta mesa sectorial de la que yo hablaba, esta protocolización de la seguridad vial en base a una coordinación de servicios, tendría que abrir esta normalidad a todos los ciudadanos de los servicios y que, de alguna forma, los objetivos que plantean en Andalucía —de 10 a 20 minutos— se pudieran generalizar para todo el Estado español y mejoráramos la convivencia y la conciudadanía a la hora de atender en casos de accidente. Aparte de la coordinación de los servicios, que cada vez es más efectiva, tendríamos que tener una participación entre los ciudadanos. Entre las responsabilidades de esta Comisión se encuentra el cuidar y promover que un problema grave como es la seguridad vial lo convivamos en primera persona porque somos usuarios prácticamente todos de las carreteras, y que de alguna forma

seamos capaces de resolver los problemas que se generen de la mejor manera posible.

El señor **PRESIDENTE**: En nombre del Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el diputado Federico Souvirón.

El señor **SOUVIRÓN GARCÍA**: Señor director general, me alegro que considere y valore lo que usted llama la complicidad de esta Comisión en su gestión, aunque yo preferiría hablar de cooperación no vaya a ser que seamos todos cómplices de lo mismo y yo no sé si estoy de acuerdo en determinadas cosas. Voy a vencer la tentación de hablar de otras cosas más amplias de las que podríamos hablar hoy y me voy a ceñir al tema que nos trae que es el de las urgencias y emergencias sanitaria.

Usted nos ha dado una información que le agradecemos, que nos sirve para recordar cosas que nos parecen importantes y que nos demuestran que es usted una persona bien intencionada, lo era así al principio de la legislatura y lo sigue usted siendo. Con esto quiero decir que vivimos de intenciones y a mí me gustaría que alguna vez pudiéramos pasar del dicho al hecho, de ahí viene lo de la complicidad de antes.

El problema es el mismo de siempre, que usted puede hablar de lo que puede hacerlo, puede gestionar lo que puede gestionar y no puede gestionar una política de seguridad vial porque no tiene competencias. Nosotros podemos hablar de políticas del gobierno de seguridad vial, usted puede hacerlo, pero esa política no existe porque para empezar no hay un órgano que pueda ocuparse de ese tipo de política. Usted es el director general de Tráfico y se ocupa de la gestión y sanción del tráfico y para lo que la ley le faculta, no puede hacer nada más. De vez en cuando aparece usted como responsable del Plan estratégico de seguridad vial para coordinar esas políticas y ya hablaremos después de ellas puesto que en éstas están muy mal recogidos los temas de urgencias y emergencias sanitarias. Nosotros tuvimos interés en ese asunto desde el principio, creemos que cuando fallan los instrumentos previos y de prevención de los accidentes de tráfico lo que queda es ver la manera de asistir a las víctimas del accidente de la mejor manera posible, que siempre suele ser la más rápida, y esto es competencia del Ministerio de Sanidad y de la coordinación con las Comunidades Autónomas. La ministra de Sanidad compareció y yo creo que se fue más preocupada que venía porque todos los grupos parlamentarios le pudimos explicar la magnitud del problema, pero teníamos la impresión que usted hoy nos corrobora, que el Ministerio de Sanidad sigue con los proyectos y los estudios. Yo creo que ya es hora, no se nos olvida el final de la gran legislatura de la seguridad vial y la verdad es que no hemos visto ningún avance; no tenemos noticias de que haya habido ni reuniones de coordinación con las Comunidades Autónomas para tratar de mejorar las sinergias que pueda haber entre ellas. Con este panorama

ni a mí ni a usted en sus intenciones nos hacen caso en el Ministerio de Sanidad, a ver si con los trabajos de esta Comisión, como órgano colegiado del Parlamento, nos hacen más caso.

Es una lucha contra el tiempo y contra el reloj y hay que plantearse algunas cosas. Le voy a preguntar su opinión como experto en la materia sobre algunos temas, por ejemplo los 112, momento de recepción de la llamada. Se reciben los accidentes de tráfico pero también otras historias de la mayor importancia, el señor que se pone enfermo de gravedad en mitad de la calle, los incendios y cosas por el estilo. En algunas Comunidades Autónomas hay centros de emergencias que agrupan toda la actividad que tiene que ver con el tratamiento de la emergencia desde que se recibe la llamada hasta que se da el tratamiento post-hospitalario. ¿Es usted partidario de la existencia de estos centros integrales de emergencia?, ¿cree usted que deben tener ámbito autonómico?, ¿debe haber un gran centro de ámbito nacional?, ¿qué cree usted que sería más eficaz? Una vez recibida la llamada se movilizan los recursos y van hasta el lugar del accidente. Usted es partidario de recomendar un tiempo indicativo para llegar a ese lugar, ¿qué tiempo pensaría usted que sería el adecuado? A mí me parece que eso estaría muy bien e incluso me parecería bien que hubiera un cierto compromiso por parte de la Administración porque entre las cosas que tenemos que garantizar en esta Cámara es que, ante un accidente que se produzca en cualquier lugar del territorio nacional, el accidentado tenga las mismas posibilidades de ser asistido y de sobrevivir o de no sufrir una lesión permanente como consecuencia del accidente. ¿Puede usted concretar más ese tiempo? ¿Por qué no hace usted la recomendación? Yo creo que esa recomendación, hecha desde el Ministerio del Interior al Ministerio de Sanidad puede ser eficaz. Además de decirnos a nosotros que eso sería conveniente, por qué no toma usted la iniciativa en la vía administrativa.

¿No cree que sería conveniente que en el trayecto los servicios sean una ambulancia medicalizada o de soporte vital básico fueran recibiendo información sobre el estado de los accidentados, de la carretera, sobre la vía por donde se llega antes? Y todo esto son servicios que nos los puede prestar ahora el 112, ¿cómo podríamos solucionar eso?

El segundo trayecto es el de la asistencia hospitalaria, es el momento desde el que se estabiliza al accidentado hasta que llega al centro hospitalario. ¿No le parece que sería bueno que hubiera un mapa de centros especializados que pudieran estar a disposición de los tripulantes de la ambulancia de forma que se pudiera hacer el traslado directamente evitando traslados intermedios a centros hospitalarios que no tienen desarrollada o con plazas la especialidad que necesita accidentada?

Efectivamente, en el Plan estratégico aparecen algunas medidas comprometidas y en las que tiene que ver su Dirección General, por ejemplo, en la comparecencia anterior —y con mucha razón— la señora Cogollos nos

hablaba de lo fácil que es que personas preparadas puedan hacer una primera intervención que salven vidas, que en vez de hacer un torniquete se haga otra intervención. Entre las medidas que ustedes prevén y que usted coordina está la de fomento de programas formativos sobre comportamientos en caso de accidente de tráfico y soporte vital básico. Es una medida a la que se comprometen ustedes en 2005, a seguir en 2006 y a continuar hasta 2008 y consideran que el indicador de esa actividad es el número de personas formadas, ¿han formado ustedes a muchas personas en este ámbito?, ¿han hecho ustedes algún curso previo?

En definitiva, señor director general de Tráfico, le agradecemos su comparecencia, su información, pero seguimos en lo mismo, echamos de menos el gran órgano coordinador de la política de seguridad vial del Gobierno. Ya no da tiempo, en otro momento le hubiera dicho que fuera usted mismo, pero que haya alguien que además de venir a informarnos sobre lo que hay que hacer y a recomendarnos lo que tenemos que hacer, que lo tenemos muy en cuenta, también podamos exigirle la responsabilidad de por qué transcurridos tres años de legislatura todavía no se ha dado un solo paso para la mejora de la coordinación de las emergencias y las urgencias en nuestro país. Creo que es una asignatura pendiente que se va a quedar para la próxima legislatura.

El señor **PRESIDENTE:** Por último, para terminar el turno de portavoces tiene la palabra el diputado Victorino Mayoral en nombre del Grupo Socialista.

El señor **MAYORAL CORTÉS:** Señor director general, desde el Grupo Socialista estamos muy satisfechos de su presencia aquí, éste es su espacio natural de comparecencia en el Congreso de los Diputados. Quiero hacer una valoración muy positiva de lo que nos ha expuesto.

Menos mal que esta mañana nos hemos enterado de una cosa muy importante, hoy sabemos que usted es una persona bienintencionada, lo grave sería que el director general de Tráfico fuera una persona malintencionada porque entonces íbamos a tener un problema muy grave en este país. Yo subrayo también la afirmación del señor Souvirón, el director general de Tráfico es una persona bienintencionada y no malintencionada. Con esta premisa puedo seguir y hacer las valoraciones que quería exponerle esta mañana.

A mí también me parece muy importante lo que acaba de decir el señor Souvirón, su exigencia, su perentoriedad en lo que se refiere a la demanda de la existencia de un órgano de coordinación de las políticas de seguridad vial. Esto fue tema de debate durante la pasada legislatura, y como el señor Souvirón y yo tenemos la ventaja de la memoria histórica reciente de lo que fue la pasada legislatura, me parece una situación que hay que valorar muy positivamente que el Grupo Parlamentario Popular haya asumido finalmente esta exigencia que figura en nuestro programa electoral y que yo creo que

el Gobierno intentará cumplir en el momento más oportuno. Estamos todos en la misma posición. Yo me encuentro muy satisfecho, señor Souvirón, de que hayan asumido ustedes ahora, y en términos de exigencia y perentoriedad, lo que antes se negó como cosa innecesaria cuando fue presentada por parte del Grupo Parlamentario Socialista. Vamos avanzando pues conjuntamente oposición y Gobierno, así se construye el país, vamos confluyendo poco a poco en términos de contradicciones dialécticas como decía Hegel «tesis, antítesis y síntesis», vamos consiguiendo esa dimensión de síntesis desde que estamos poniéndonos de acuerdo en cosas que son importantes. Y yo creo que este país tendrá en su momento ese órgano de coordinación porque si el Partido Socialista quiere y el Partido Popular también... Igual que podemos reformar el Código Penal y conseguir que esa situación todavía necesitada de solventarse como es la definición y la concreción de las tasas de alcohol y de velocidad, lo podemos hacer con gran rapidez porque vamos convergiendo en esta idea; es cuestión de voluntad política, posiblemente estemos casi a punto de conseguirlo.

Hoy tenemos una política de seguridad vial y unos resultados, una política de seguridad vial que se conjuga con una serie de medidas —que no voy a repetir aquí porque son objeto de otro tipo de comparecencia— y unos resultados que son evidentes. Entre estas medidas figura la existencia de un plan de seguridad vial en el que las emergencias tienen también su tratamiento, aunque no pienso que sea un tratamiento total. El director general de Tráfico ha tenido la valentía esta mañana de hacer catorce propuestas en el contenido sustancial del documento que nos ha entregado, no ha venido a pasar la mañana ni a tratar de usar el capote. Creo que ha hecho catorce propuestas muy concretas que, a mi juicio, requieren un trabajo por parte de todos porque hay propuestas que se refieren al Gobierno central pero hay muchas que se refieren a las Comunidades Autónomas. Creo que entre todos, Gobierno, Comunidades Autónomas y este Congreso de los Diputados, podemos hacer avanzar la mejora de la atención de los servicios de urgencia y emergencia. Aquí hay catorce propuestas, no las voy a comentar pero voy a señalar algunas como la de la potenciación del uso del 112 como número de llamada preferente, creo que esto es algo que tenemos que hacer no solamente desde el gobierno central, también creo que las Comunidades Autónomas tienen una evidente responsabilidad porque son los órganos de los que dependen estos servicios y su mayor conocimiento y uso será en función del esfuerzo que se haga en estos ámbitos competenciales. Con respecto al proyecto *E-Call*, que ha aparecido también —al igual que en las comparecencias de esta mañana— se plantea que se firme la incorporación de España a través de las Comunidades Autónomas. Esto lo podemos incluir también dentro de las conclusiones que en su momento adopte esta Comisión cuando finalicemos nuestro trabajo. Que hay que garantizar también la realización de tiempos de

respuesta, en los puntos 5 y 7 de la intervención del director general y de sus propuestas, figura esta cuestión que yo creo que es capital. Es un asunto que a todos nos interesa y se plantea en términos de homologación con los existentes en Europa. Plantea algunas cuestiones que debemos analizar, estudiar y asumir y mi grupo parlamentario es proclive a ello, me refiero a la promoción de modificaciones normativas para la realización de pruebas de determinación de alcohol y droga en sangre. Finalmente, promover y potenciar la necesaria coordinación y colaboración entre todas las administraciones, creo que esto también forma parte del acervo y yo creo que la Administración Central del Estado tiene instrumentos para impulsarlo y creo que las Comunidades Autónomas tendrán voluntad política para participar en algo que está muy encomendado a sus funciones competenciales actualmente.

Visto este conjunto de propuestas, este documento que se nos ha entregado donde figuran análisis y propuestas, no tengo más remedio que felicitar al director general y digo esto pero no quiere decir que no lo quiera hacer, sino que sabiendo que estamos en el mismo ámbito de apoyo al Gobierno lo hago con entusiasmo porque creo que son aportaciones que a esta Comisión le vienen bien igual que le han venido bien todas las aportaciones que se han hecho esta mañana, creo que nos serán de extraordinaria utilidad para las conclusiones finales que hagamos.

El señor **PRESIDENTE**: Para dar respuesta a los distintos portavoces tiene la palabra el director general de Tráfico señor Pere Navarro.

El señor **DIRECTOR GENERAL DE TRÁFICO** (Navarro Olivella): Respecto a la intervención del representante de Convergència i Unió, que hablaba sobre el 112. Hay una mesa territorial de protección civil donde van todos los responsables de las diferentes Comunidades Autónomas para tratar temas entre los cuales se encuentra el 112; aquel sería el foro adecuado. Punto dos, cuando he dicho que no hemos firmado el proyecto europeo *E-Call*, que no se malinterprete, no es por un problema de Comunidades Autónomas, ha habido un debate sobre el diseño del proyecto europeo, la llamada era directa al 112, y los responsables de las Comunidades Autónomas del 112 decían que sí pero que necesitaban una plataforma o un filtro antes, les preocupaba que 20 millones de coches con el *E-Call* dispararan las llamadas al 112. Es parecido a lo que pasó en su día con las alarmas en los chalets, las primeras alarmas se conectaron directamente a la policía o a la Guardia Civil, pero cuando empezó a haber miles de falsas alarmas porque había pasado un pájaro o porque no funcionaba bien la alarma, hubo al final que establecer unos filtros. Que nadie interprete que es un problema de las Comunidades Autónomas. Es verdad que lo tienen que firmar todos los responsables del 112 —es lo que exige el programa europeo— pero también es verdad que hay un

debate sobre si la llamada va directamente al 112 o tiene que haber un filtro previo para evitar las falsas alarmas porque colocado en todos los vehículos de toda España podrían ser bastantes.

He tomado una nota, pero como no la entiendo no voy a poder responder.

Sobre el modelo de centros del 112, no lo sé; en algunos modelos el 112 recibe la llamada y lo reparte a los distintos servicios de emergencia y hay otros en los que es verdad que hay un núcleo para atender las emergencias. Me trasladan la preocupación de que se activan todos los servicios pero que uno no sabe nada del otro. Yo activo al sanitario, al bombero y a la grúa, pero el bombero no sabe nada del sanitario, el sanitario no sabe nada del bombero. A mí me llega la preocupación sobre el problema que ocasiona que cada uno sepa de lo suyo pero no sabe del otro.

Al representante del Partido Popular, que dice que si no cumplimos, yo hace tiempo descubrí que más vale tener un mal plan que no tener plan. En segundo lugar quiero decir que probablemente los dos tengamos razón, el vaso usted lo ve medio vacío y yo lo veo medio lleno pero es el mismo vaso, con lo cual los dos tenemos razón, aunque cada uno tenga su punto de vista. En tercer lugar, sobre los tiempos de llegada, me parece perfecta la recomendación que han hecho en Andalucía. Sería muy imprudente ponerlo como obligación legal. O estamos de garantizar el cumplimiento de estos tiempos de llegada o no hagamos un brindis al sol para quedar bien si no vamos a ser capaces de cumplirlo. No sé si estamos en condiciones. También hay que tener cuidado con los tiempos de referencia de otros países, un país pequeño como Holanda, bien organizado, es una maravilla; en un país amplio, grande e inmenso como el nuestro, según donde se haya producido el accidente le aseguro que no es fácil garantizar unos tiempos de respuesta. Así, la prudencia parecería aconsejar una recomendación y algún indicador de seguimiento, vamos a ver si hay mucha o poca desviación, cómo y qué para ir tomando las medidas adecuadas. En cuarto lugar, ¡claro que hay muchas cosas! Pero lo que hemos tenido que hacer es priorizar y buscar qué era lo más importante para después ir haciéndolo todo. Tenemos un problema de retraso. Estuve la semana pasada en el Reino Unido y me dijeron que llevaban 40 años trabajando en temas de seguridad vial, entonces hubo un ministro que cogió con obsesión el tema de la seguridad vial y llevaban desde entonces trabajando con ello. Cada uno es el resultado de la historia de su país y nosotros somos el resultado de la historia de nuestro país y aquí, hace 40 años, a nadie se le habría ocurrido decir que su prioridad era los accidentes de tráfico, debimos tener otras prioridades.

Lo que yo les he dicho es lo que vemos desde la Dirección General de Tráfico, pero el tema es mucho más complejo, cada uno tiene su punto de vista sobre el tema.

Sobre el soporte vital básico en la asistencia, tenemos el DVD y todo el material pero hay un debate sobre si

aquello había que darlo como obligatorio y presencial en las autoescuelas o no. El sistema de obligar, que además supondría un incremento de precio por el número de horas y la necesidad de profesores expertos de soporte vital básico en las autoescuelas, sin capacidad de controlar las 8.000 autoescuelas, no nos gusta. El material lo tenemos hecho, es presentable y muy bueno, pero habrá que estudiar cuál es la mejor forma de difundirlo y divulgarlo que no sea a través de obligatoriedad y pago para todos porque no acabamos de ver el modelo.

Por último quiero decir que todos hemos aprendido mucho en esta legislatura y aunque estemos al final vamos a poder hacer una cosa, los programas electorales de cada uno de los partidos. Es verdad que hay cosas que ya no vamos a poder hacer porque estamos donde estamos, pero hemos aprendido mucho y deberíamos saberlo plasmar en los programas electorales de todos y

cada uno de los partidos, lo que nos ayudaría a blindar el futuro.

A Victorino Mayoral le diría que sí, que pongo buena voluntad en los temas.

El señor **PRESIDENTE:** Quién sabe, señor director general de Tráfico, si a lo mejor concluye la legislatura y viene aquí como secretario de Estado de Seguridad Vial, todo podría pasar en esta Comisión que tiene como objetivo impulsar la prevención de los accidentes de tráfico y la mejora de la seguridad vial. Le agradecemos una vez más su comparecencia hoy aquí.

Se levanta la sesión.

Era la una y cuarenta y cinco minutos de la tarde.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**