

# *Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*



---

Número 365

24 de febrero de 2021

XI Legislatura

---

**COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN  
PROVOCADA POR EL COVID-19 EN LOS CENTROS  
RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES DE LA  
COMUNIDAD DE MADRID Y LA GESTIÓN QUE HIZO EL  
GOBIERNO REGIONAL DE LA MISMA DURANTE LOS MESES  
DE FEBRERO A JUNIO DE 2020**

**PRESIDENCIA**

**Ilmo. Sr. D. José Ángel Gómez Chamorro Torres**

**Sesión celebrada el miércoles 24 de febrero de 2021**

**ORDEN DEL DÍA**

**1.- C-1666/2020 RGEP.16360.** Comparecencia del Sr. D. Óscar Moral Ortega, Presidente de CERMI Madrid, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre la situación vivida en los centros para personas con discapacidad durante la pandemia del COVID-19 y propuestas de mejora del modelo

---

residencial para evitar que se repita la situación vivida. (Por vía del artículo 75 del Reglamento de la Asamblea).

**2.- C-1573/2020 RGE.16246.** Comparecencia del Sr. D. Carlos Mur de Viu, ex Director General de Coordinación Sociosanitaria, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, al objeto de aportar, debido a las responsabilidades que ostentó, y en el ejercicio de las mismas, información relevante acerca de los hechos motivo de análisis en la Comisión de investigación sobre la emergencia COVID-19 en el ámbito de las residencias de mayores de la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 75.3 del Reglamento de la Asamblea).

**3.- C-1561/2020 RGE.16205.** Comparecencia del Sr. D. Augusto García Navarro, en calidad de actual Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, a petición del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al objeto de informar -como experto de la materia- sobre la atención que ha sido recibida por las personas mayores en las residencias en la Comunidad de Madrid durante los meses de febrero a junio de 2020, que hayan podido tener efecto respecto de los sucesos en los centros residenciales de personas mayores de la Comunidad de Madrid, así como para explicar y justificar los aspectos relativos a las medidas, decisiones y los protocolos aplicados en dichos centros residenciales con motivo del COVID-19. (Por vía del artículo 75.3 del Reglamento de la Asamblea).

#### **4.- Ruegos y preguntas.**

### SUMARIO

	<b>Página</b>
- Se abre la sesión a las 9 horas y 51 minutos. ....	23015
<b>— C-1666/2020 RGE.16360. Comparecencia del Sr. D. Óscar Moral Ortega, Presidente de CERMI Madrid, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre la situación vivida en los centros para personas con discapacidad durante la pandemia del COVID-19 y propuestas de mejora del modelo residencial para evitar que se repita la situación vivida. (Por vía del artículo 75 del Reglamento de la Asamblea)....</b>	23015
- Interviene el Sr. Moral Ortega, Presidente de Cermi Madrid, confirmando su toma en conocimiento de los derechos y apercibimientos legales.....	23015
- Interviene, en turno de presentación, la Sra. García García. ....	23015-23016

- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, la Sra. García Villa y el Sr. Moral Ortega.....	23016-23020
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, el Sr. Arias Moreno y el Sr. Moral Ortega.....	23020-23025
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, el Sr. Figuera Álvarez y el Sr. Moral Ortega.....	23025-23033
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, la Sra. García García y el Sr. Moral Ortega.....	23033-23037
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, la Sra. Navarro Ruiz y el Sr. Moral Ortega.....	23037-23042
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, la Sra. Díaz Ojeda y el Sr. Moral Ortega.....	23042-23048
- Se suspende la sesión a las 11 horas y 21 minutos. ....	23048
- Se reanuda la sesión a las 11 horas y 35 minutos.....	23048
<b>— C-1573/2020 RGEP.16246. Comparecencia del Sr. D. Carlos Mur de Viu, ex Director General de Coordinación Sociosanitaria, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, al objeto de aportar, debido a las responsabilidades que ostentó, y en el ejercicio de las mismas, información relevante acerca de los hechos motivo de análisis en la Comisión de investigación sobre la emergencia COVID-19 en el ámbito de las residencias de mayores de la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 75.3 del Reglamento de la Asamblea).....</b>	23048
- Interviene el Sr. Mur de Viu Bernad, ex Director General de Coordinación Sociosanitaria, confirmando su toma en conocimiento de los derechos y apercibimientos legales.....	23048-23049
- Interviene, en turno de presentación, el Sr. Delgado Orgaz. ....	23049
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, la Sra. García Villa y el Sr. Mur de Viu Bernad.....	23049-23055
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, la Sra. Joya Verde y el Sr. Mur de Viu Bernad.....	23055-23060

- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, el Sr. Delgado Orgaz y el Sr. Mur de Viu Bernad. ....	23060-23067
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, la Sra. García García y el Sr. Mur de Viu Bernad. ....	23067-23073
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, el Sr. Izquierdo Torres y el Sr. Mur de Viu Bernad. ....	23074-23079
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, la Sra. Causapié Lopesino y el Sr. Mur de Viu Bernad.....	23079-23086
- Se suspende la sesión a las 13 horas y 12 minutos. ....	23086
- Se reanuda la sesión a las 13 horas y 30 minutos.....	23086
<b>— C-1561/2020 RGEF.16205. Comparecencia del Sr. D. Augusto García Navarro, en calidad de actual Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, a petición del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al objeto de informar -como experto de la materia- sobre la atención que ha sido recibida por las personas mayores en las residencias en la Comunidad de Madrid durante los meses de febrero a junio de 2020, que hayan podido tener efecto respecto de los sucesos en los centros residenciales de personas mayores de la Comunidad de Madrid, así como para explicar y justificar los aspectos relativos a las medidas, decisiones y los protocolos aplicados en dichos centros residenciales con motivo del COVID-19. (Por vía del artículo 75.3 del Reglamento de la Asamblea). ....</b>	23086
- Interviene el Sr. García Navarro, Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, confirmando su toma en conocimiento de los derechos y apercibimientos legales.....	23087
- Interviene, en turno de presentación, la Sra. Joya Verde. ....	23087
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, la Sra. García Villa y el Sr. García Navarro. ....	23087-23093
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, la Sra. Joya Verde y el Sr. García Navarro. ....	23093-23097
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, el Sr. Delgado Orgaz y el Sr. García Navarro. ....	23097-23103

- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, el Sr. Díaz Martín y el Sr. García Navarro. ....	23103-23109
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, la Sra. Dávila-Ponce de León Muncio y el Sr. García Navarro. ....	23109-23114
- Intervienen, en turno de pregunta-respuesta, la Sra. Díaz Ojeda y el Sr. García Navarro. ....	23114-23121
<b>— Ruegos y preguntas.</b> .....	23121
- Este punto del orden del día se tramita con carácter secreto. ....	23121
- Se levanta la sesión a las 15 horas y 9 minutos. ....	23121



*(Se abre la sesión a las 9 horas y 51 minutos).*

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías. Vamos a dar comienzo a la sesión convocada para el día de hoy. Como cuestión previa, se recuerda que, conforme al artículo 104 a) del Reglamento de la Asamblea, las sesiones de la comisión de investigación no son públicas, con excepción de cuando se tramiten las comparecencias; por tanto, esta sesión en sus tres primeros puntos será pública y en el cuarto punto no será pública.

Como segunda cuestión previa, se solicita a los señores portavoces de los grupos parlamentarios, de conformidad con el artículo 64.2 del Reglamento de la Asamblea, que anuncien sustituciones si las hubiese. Por Unidas Podemos-Izquierda Unida-Madrid en Pie, ¿alguna sustitución? *(Pausa.)* No. ¿Por Grupo Parlamentario Vox? *(Pausa.)* Por el Grupo Parlamentario Más Madrid, ¿alguna sustitución? *(Pausa.)* ¿Por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos? *(Pausa.)* ¿Por el Grupo Parlamentario Popular? *(Pausa.)* ¿Por el Grupo Parlamentario Socialista? *(Pausa.)* Tampoco. De acuerdo.

Pasamos al primer punto del orden del día.

**C-1666/2020 RGE.16360. Comparecencia del Sr. D. Óscar Moral Ortega, Presidente de CERMI Madrid, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre la situación vivida en los centros para personas con discapacidad durante la pandemia del COVID-19 y propuestas de mejora del modelo residencial para evitar que se repita la situación vivida. (Por vía del artículo 75 del Reglamento de la Asamblea).**

Se invita al señor compareciente a que ocupe su lugar en la mesa. Señor compareciente, con relación a los derechos que le asisten, así como a los apercibimientos legales que se hacen en el mismo, ambos constan de forma expresa en el escrito de requerimiento que se le notificó. ¿Nos puede confirmar, por favor, que ha leído este escrito y que le constan los derechos que le asisten y los apercibimientos legales penales que le son aplicables?

El Sr. **PRESIDENTE DE CERMI MADRID** (Moral Ortega): Sí.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Se recuerda que el formato de comparecencia es pregunta respuesta, como ya hemos explicado, por un tiempo máximo en cada turno de quince minutos. A continuación se abre la presentación de la comparecencia por el grupo proponente; en este sentido, tiene la palabra, por un tiempo máximo de tres minutos, doña Ana Isabel García García, así que cuando usted quiera, señoría.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Gracias, señor presidente. Y gracias, señor Moral, por su comparecencia; de nuevo le pido disculpas por lo ocurrido en la anterior sesión. Como bien ha dicho el señor presidente, la comparecencia la hemos solicitado -este grupo- con el fin de informar sobre la

situación vivida en los centros para personas con discapacidad durante la pandemia del COVID-19, sobre todo durante la fase que duró el estado de alarma, desde marzo hasta junio del pasado año. Asimismo nos gustaría conocer sus propuestas de mejora del modelo residencial para evitar que se repita una situación como la vivida. De todas formas, a lo largo de nuestro turno le haremos las correspondientes preguntas. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señoría. A continuación se abre el turno de los grupos parlamentarios, de menor a mayor. Por el Grupo Parlamentario Unidas Podemos-Izquierda Unida-Madrid en Pie tiene la palabra, por un tiempo máximo de quince minutos, doña Paloma García Villa; cuando quiera, señoría.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Muchísimas gracias, presidente. Y muchísimas gracias al señor Moral por venir, pese a las dificultades que tuvimos la otra vez; la verdad que le pido disculpas en nombre yo creo que de todos los grupos políticos y en nombre de esta cámara. Creo que nos faltan muchos deberes por hacer a la sociedad en su conjunto con el tema de la accesibilidad, pero más aquí, que es la casa de la soberanía popular; no nos podemos permitir que no estemos cumpliendo las leyes.

Mi primera pregunta, que es más general, es cómo vivió usted, siendo representante de las personas con discapacidad, la primera ola del coronavirus, sobre todo en los centros residenciales.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Buenos días a todos y a todas. Agradezco la formulación de las disculpas. Por otra parte, antes de comenzar, simplemente quiero recordar a las personas que han fallecido por el COVID y a todas aquellas que han enfermado o siguen enfermas, y desearles una pronta recuperación; un saludo muy afectuoso a sus familiares, amigos y allegados.

El Sr. **PRESIDENTE**: Perdón, don Óscar, si puede, aproxímese más al micrófono, por favor.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: En cuanto a la pregunta formulada por la diputada de Unidas Podemos, la situación de las residencias y de los centros residenciales de personas con discapacidad en la región de Madrid durante ese primer momento fue de gran incertidumbre; entiendo que como toda la ciudadanía en general, pero en este caso fue de gran incertidumbre, y de miedo en ocasiones. La situación en la que las personas, los profesionales, las familias, las propias personas que estaban en esos lugares residenciales se encontraban era de muchísima inquietud, y sobre todo en ocasiones -así nos lo han manifestado- era de "abandono" -entre comillas-, es decir, entendían que esas personas no estaban siendo atendidas como deberían. Yo quiero resaltar que sobre todo, por las propias personas que estaban en esos lugares, que para empezar son sus residencias -eso hay que dejarlo claro-, sus familiares, sus amigos, sus allegados, los profesionales que trabajan en esos centros, así como, por otra parte, también los voluntarios que se prestaron a realizar esa actividad, si



no hubiera sido por ellos, realmente la situación hubiera sido de mayor gravedad desde nuestro punto de vista. Pero la situación, en general, era de mucho desasosiego, lógicamente, en los momentos en que se produjeron fallecimientos fue trágica, itrágica!, y terrible, y cuando las personas enfermaron fue de total incertidumbre ante lo que pudiera suceder. Hay que pensar que esos lugares no están preparados para atender médicamente a las personas que enferman. En bastantes ocasiones muchas de estas personas se pasaron muchos días encerradas en sus habitaciones, imuchos días!, muchos, muchos, muchos.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Durante esta primera ola de la pandemia, usted normalmente con quién hablaba, con qué consejería o quién era su interlocutor en la Comunidad de Madrid.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: La Consejería de Políticas Sociales y la Dirección General de Discapacidad.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Usted conoció en algún momento que existían unos protocolos para no derivar a personas de las residencias a hospitales y que uno de los criterios de exclusión era su grado de discapacidad o de dependencia?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí, conocía ese protocolo, efectivamente.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Cuando lo conoció, ¿qué fue lo que hizo? ¿Con quién contactó?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Inmediatamente, con la Dirección General de Políticas de Discapacidad, así como también con la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria, al margen de que expresamos públicamente nuestra inquietud por ello y dirigimos una carta al consejero de Sanidad en ese sentido.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Qué respondió a esa carta el consejero de Sanidad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: La carta no fue respondida.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Nunca le contestó el consejero de Sanidad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Cree que había discriminación de las personas que tenían discapacidad para ser atendidas en hospitales?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Yo creo que ese protocolo que conocí, ese documento que conocí, establecía criterios -así lo manifestamos públicamente- discriminatorios por razón de discapacidad.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Nos puede explicar brevemente qué es el índice Barthel, que era a lo que hacía alusión el protocolo.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Yo no soy médico para explicar con claridad eso. No me encuentro en condiciones de explicar qué es el índice Barthel. Lo que sí conocía de ese protocolo es que se establecían criterios por razón de movilidad o de discapacidad, y prácticamente casi todas las personas con discapacidad estaban incluidas en esa situación que se manifestaba ahí.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Cree, por tanto, que, si alguna de esas personas que por motivos de discapacidad no fueron atendidas en un hospital lo hubieran sido, habrían podido salvar su vida?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Eso lo desconozco; lógicamente, es un apriorismo. Evidentemente, entendemos que, si se produjeron situaciones en las que las personas no fueron derivadas, evidentemente, se pudo haber producido una discriminación por razón de discapacidad.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Me dice que el consejero de Sanidad y la Coordinación Sociosanitaria, es decir, el señor Escudero y el señor Mur, no le contestaron. ¿El señor Reyero sí lo hizo? ¿O el director general de Políticas de Discapacidad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Quiero matizar: sí hablé con el señor Mur telefónicamente en varias ocasiones y mantuvimos algún correo electrónico en esta situación; hablé con el señor Mur telefónicamente en más de una ocasión sobre este asunto. Con la Consejería de Políticas Sociales, efectivamente, tanto con la Dirección General de Políticas de Discapacidad como con el viceconsejero en aquel momento y el consejero, no solo hablamos sino que mantuvimos reuniones y encuentros.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Qué le decía, por ejemplo, el señor Mur de estos protocolos? ¿Que los iba a cambiar?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí. De hecho, durante los días siguientes a mi conocimiento estuvimos trabajando en un protocolo nuevo, Cermi Madrid realizó un borrador para tener un modelo diferente al que aparecía, al que conocimos.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Le consta que estos protocolos eran enviados a las direcciones de los geriátricos y de los hospitales, es decir, que no era un borrador en ningún caso? Cuando hablaba con la Consejería de Políticas Sociales o con Carlos Mur, hablaban de protocolo y no de borrador, ¿verdad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: A mí me consta. Evidentemente, yo no puedo afirmar dónde se derivaban. Yo solo sé que lo conocí y que le manifesté lo que nos parecía, y no solo a él, vuelvo a repetir que Cermi Madrid lo hizo públicamente. Por tanto, nos parecía que ese protocolo debía modificarse y cambiarse. De hecho, vuelvo a repetir que realizamos un borrador de trabajo sobre ello, que finalmente no vio la luz porque ya no parecía necesario en ese momento; así lo entendimos nosotros también.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Además de los protocolos, ¿qué cree que fue lo que sobre todo falló en las residencias para personas con discapacidad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Lo que se vivió en las residencias fue una falta de material de protección, que llegó con cuentagotas; en un primer momento hubo una distribución muy limitada, que después fue directamente hacia los centros. Además de la falta de recursos materiales, por otra parte, lógicamente, en muchas ocasiones los profesionales también empezaron a tener bajas laborales como consecuencia de ello; en algún momento y en algunos centros llegaron hasta el 40 por ciento, y eso dificultó de una manera extrema la situación de los centros. Esa fue la principal situación. Los centros no están preparados para atender médicamente a las personas, porque son sus viviendas; se hizo lo que se pudo. En algún momento nosotros también señalamos que quizás había que haber medicalizado algunas residencias, o bien haber trasladado a las personas que se encontraban en peor situación para que fueran tratadas más adecuadamente, en fin, algún tipo de medida, pero hasta donde nos consta esa medicalización no se produjo en esos centros.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Es decir, prohibían derivar a personas, y tampoco llegó ningún tipo de asistencia sanitaria a las residencias...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Ni una.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Ni se medicalizaron.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Yo no sé si se prohibía llevarlas a otros lugares o a los centros sanitarios, lo que sé es que estaban allí en muchas ocasiones en esa situación -así nos consta- y que algunas personas, lamentablemente, fallecieron en los centros residenciales directamente.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Qué cree que nos debe enseñar esta pandemia? ¿Qué cree que debe mejorar en los centros residenciales para personas con discapacidad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Primero, hay que pensar de otra manera los grandes centros residenciales, que están sobredimensionados y tienen muchísimas personas, hay que valorarlos de otra manera; hay que ir también a cierto grado de desinstitucionalización, lógicamente, de las personas con discapacidad, en la medida de lo posible y progresivamente, por supuesto; hay que ir a unidades más pequeñas de atención, y, desde luego, nos ha enseñado que tenemos que estar mucho más preparados cuando se produzcan situaciones tan trágicas como la que hemos vivido, pues evidentemente se ha puesto de manifiesto que no lo estábamos, y también que hace falta mucho más personal preparado y disponible para situaciones de una emergencia tan extrema.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Perfecto. La última pregunta: del 1 al 10, ¿qué valoración le daría usted a la gestión de la pandemia por parte de la Comunidad de Madrid para las personas con discapacidad que vivían en una residencia?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Poner notas no es mi labor; es decir, yo hago valoraciones...

La Sra. **GARCÍA VILLA**: O entre muy bajo, bajo, mal, regular...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No pongo notas a la actividad; es decir, no puedo poner notas sobre ello. Únicamente yo valoro lo que he trasladado; es decir, lo que he trasladado es la situación que se vivió. Poner notas o valorar notas no me parece...; vamos, no me siento capacitado para realizarlo en este momento.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Bueno, pues muchísimas gracias por su intervención. Yo creo que todas las personas que se ven representadas en usted, como presidente de Cermi, tienen que estar agradecidas de que dieran esa carta y de manera pública dijeran que esos protocolos, que sí que existieron y estaban firmados, excluían a personas con discapacidad y que eran discriminatorios para personas con discapacidad. Desde aquí, mi agradecimiento. Muchas gracias.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Gracias a usted.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señoría. A continuación, por el Grupo Parlamentario Vox, tiene la palabra el señor Arias Navarro; cuando quiera, señoría.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Arias Moreno.

El Sr. **PRESIDENTE**: Moreno, perdón. *(Risas)*.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Al final saldré con el Arias Navarro, y mi madre es Moreno.

El Sr. **PRESIDENTE**: Por influencia de don Mariano Calabuig. *(Risas)*.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Muy bien. Buenos días, señor Del Moral. Quiero pedirle disculpas - es obvio- y agradecerle su comparecencia, y también recordar a aquellas personas que ya no están entre nosotros debido a esta pandemia. ¿Cuándo tuvieron la primera reunión o contacto con la Consejería de Políticas Sociales?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues previamente a la pandemia, previamente al estado de alarma. Creo recordar que el día 12...; lo tengo aquí anotado, a ver si lo encuentro.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Si lo tiene ahí, bien; pero más o menos...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Un par de días antes...

El Sr. **ARIAS MORENO**: Fue antes del estado de alarma.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Antes del estado de alarma.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Antes del estado de alarma, sí.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Presencialmente, en este caso.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Sí. En esa reunión entiendo que ustedes pusieron sobre la mesa la inquietud que tendrían sobre las consecuencias que tendría el virus si llegara a atacar al colectivo en

las residencias o incluso en las casas, porque, lógicamente, también había personas confinadas en sus casas.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: A lo que fuimos a esa reunión, en primer lugar, fue a recibir información de la situación, que todo era incertidumbre para todo el mundo, y para nosotros especialmente. Además, a este encuentro fuimos un número importante de miembros del Comité Ejecutivo del Cermi para recibir información de primera mano y, sobre todo, aquellas entidades que tenían recursos residenciales o centros de día o algún tipo de recurso de apoyo a personas con discapacidad. Recibimos información de la evolución y de las medidas primeras a adoptar, como fue el cierre de los centros de día en su momento, lógicamente, previo al estado de alarma, y acudimos para recibir información de la situación, efectivamente. Y, evidentemente, mostramos nuestra inquietud; no podía ser de otra manera.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Perfecto. No me voy a detener en los protocolos porque creo que con su intervención anterior ha quedado suficientemente claro el tema y sería reiterativo, y no le voy a someter a una reiteración. En esa información que ustedes recibieron, ¿se les habló del diseño de materiales, circuitos, protocolos para la sectorización adaptados a la situación y se les dio claridad en cómo se iba a actuar, o fue simplemente una reunión muy generalista?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Fue general, fue generalista, es decir, de explicación de la situación. En ese momento, además, la situación de una gravedad extrema se daba en los centros residenciales de personas mayores, en los que la situación era extremadamente grave. Había habido ya fallecimientos y la situación era muy complicada. Es verdad que en este momento en los centros residenciales de personas con discapacidad no había habido una incidencia, eran los primeros estadios, que luego se dimensionó de mayor manera. Pero solo fue una reunión generalista, efectivamente.

El Sr. **ARIAS MORENO**: ¿Usted cree, señor Del Moral, que posiblemente la baja mortalidad en los centros de discapacidad haya hecho que se les haya dejado a un lado en esta primera ola de la pandemia?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: La baja mortalidad posiblemente obedece a varios motivos. Si me permite, previamente, antes de contestar a su pregunta...

El Sr. **ARIAS MORENO**: Sí, sí.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Y uno de ellos, y lo quiero resaltar, es quizá el gran compromiso de muchos de esos centros, que están gestionados en ocasiones por entidades del Tercer Sector de la discapacidad, por su alta implicación y su profesionalidad, y por la implicación de las familias. Y es verdad que la incidencia fue, afortunadamente, infinitamente menor que la de las residencias de personas mayores, y eso también conllevó, lógicamente, claro, que los esfuerzos mayores se diseñasen o se realizasen para esas residencias donde se estaba produciendo mayor mortalidad y mayor incidencia de contagios.

El Sr. **ARIAS MORENO**: A eso voy, aunque sea un poco reiterativo. ¿Los recursos asignados a la red de atención a personas con discapacidad, a su juicio, han sido totalmente insuficientes para un colectivo tan sensible y al final han tenido que ser las familias nuevamente, las familias del colectivo de discapacidad, las que han tenido que -vulgarmente- tirar del carro?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Evidentemente, fueron insuficientes, claramente insuficientes. Los medios que se hubieran necesitado no llegaron con la suficiente cantidad y calidad. Es decir, en muchas ocasiones -y así me lo manifiestan- tuvieron que reutilizar los elementos de protección, es decir, lavarlos, desinfectarlos y volver a utilizarlos; emplear bolsas de basura para protegerse en ocasiones, en el momento más dramático de la situación; buscar donaciones privadas, aportación de las propias personas o de sus familiares, siempre y cuando, en estas ocasiones, se encontraba ese material de protección, que muchas veces era imposible de encontrar. Por supuesto que sí, que faltaba mucho material, evidentemente.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Está claro que entonces ha habido una insuficiencia de equipos de protección, posiblemente los protocolos llegaron tarde. Y realmente, luego, ¿qué cauce se siguió para que ustedes recibieran por parte de la Administración esos EPI, esos medios de protección para, lógicamente, evitar los contagios en las residencias?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues nuestro contacto era la Dirección General de Discapacidad, a la que lo manifestábamos, y esa dirección general nos iba trasladando cuándo había disponibilidad para ese reparto, que muchas veces, en ese momento más extremo, era a cuentagotas, realmente, cantidades pequeñísimas. Posteriormente, ya los propios operativos de esa dirección general, o entiendo que desde Salud Pública, directamente los entregaban a los centros o a los lugares. Pero en un primer momento canalizamos ese esfuerzo a través de Cermi Madrid.

El Sr. **ARIAS MORENO**: A través de Cermi. ¿Usted considera que la información que ustedes han recibido, el liderazgo por parte de la Administración o de las Administraciones, para ser más exacto, ha sido claro y decidido para tratar de minimizar el impacto de la pandemia?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Yo valoro positivamente la interlocución que mantuvimos con la Consejería de Políticas Sociales. Durante ese estado de alarma tuvimos alrededor de once encuentros de diversa índole, a diverso nivel. Valoro que sí tenían un gran interés en conseguir minimizar la situación y en conseguir buscar la situación mejor para esos centros donde se estaba produciendo la situación más dramática. Evidentemente, entiendo que los medios que existían eran escasos, que los protocolos en ocasiones eran poco claros, o que la situación, en definitiva, crea una gran incertidumbre, y que teníamos que acudir a nuestros propios medios. Es decir, las entidades y estas residencias acudían a sus propios medios para solucionar las cuestiones más perentorias en cada momento.

El Sr. **ARIAS MORENO**: ¿Cómo valoraría la...? Es decir, ¿funcionó o se coordinó bien -valga la redundancia- la coordinación sociosanitaria?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: En aquel momento, nosotros tuvimos, como he comentado anteriormente, escasos contactos con la Consejería de Sanidad. Nuestro interlocutor siempre fue la Consejería de Políticas Sociales.

El Sr. **ARIAS MORENO**: A su juicio, ¿qué pudo faltar en la derivación hospitalaria? Es decir, ¿fue causa de los protocolos? ¿Hay otras causas? ¿Podría usted manifestarse desde su conocimiento de la situación?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues la verdad es que hemos meditado mucho sobre ello, cuáles fueron las causas en ocasiones en las que esa dificultad se produjo. Yo no sé si ese protocolo tuvo incidencia o no. Yo desconozco si llegó a lugares donde se señalase que eso no se tenía que realizar. Lo que sí sé es que en algún caso concreto de alguna persona -que nosotros, además, abordamos directamente e hicimos público, por otra parte- sí había problemas de derivación, y fue gracias -con total modestia- a la intervención y a la denuncia de Cermi Madrid, en este caso, que inmediatamente esa derivación se produjo; concretamente, de una mujer con discapacidad intelectual, que fue derivada al hospital y que felizmente se ha recuperado.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Ustedes, el 31 de marzo, tanto Cermi como Famma, realizan una queja formal y pública sobre el abandono que consideran de las residencias y los centros de discapacidad por parte de la Administración; es decir, usted se ratifica hoy en esa queja.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Evidentemente, esa queja en aquel momento era real.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Era real. ¿Usted cree que después de esa queja se tomó conciencia de la situación de los centros residenciales y de la discapacidad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Creo que después de manifestar, sobre todo después de alguna de las notas de prensa y quejas directas a los responsables, no es que anteriormente -entiendo- no estuvieran preocupados, pero sí se produjo una mayor incidencia a los efectos del trabajo más continuo en cuanto a buscar mejores soluciones. Nosotros establecimos un canal de comunicación, en este caso con la Consejería de Políticas Sociales, y cuando llegaban dudas, cuestiones, las canalizábamos directamente en la Dirección General de Políticas de Discapacidad para tratar de ser resueltas. Creo recordar que les mandamos 126 consultas concretas y específicas y también tengo que decir que todas ellas fueron contestadas, evidentemente, no todas quizás satisfactoriamente, como deseábamos, pero sí fueron contestadas.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Usted...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Perdón. Por tanto, sí hubo una canalización de nuestras cuestiones y sí fueron contestadas nuestras cuestiones.

El Sr. **ARIAS MORENO**: O sea que realmente hubo una proactividad, aunque realmente no fue la deseada en aquel momento.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Hubo proactividad. Evidentemente, lo que nosotros necesitábamos, o lo que necesitaban las entidades, era claro, es claro que no llegó en toda la dimensión que se pretendía o que necesitábamos.

El Sr. **ARIAS MORENO**: ¿En algún momento se les informó de que había un colapso hospitalario? ¿Claramente se les llegó a decir: mire, es que hay un colapso hospitalario?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No.

El Sr. **ARIAS MORENO**: ¿O se calló esa circunstancia?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No, no. Éramos conscientes de ello, ¿no?, no hacía falta que nos lo contara nadie. Pero no, no; evidentemente, con esas palabras o con esa manifestación, no.

El Sr. **ARIAS MORENO**: No. Creo que lo ha dejado entrever, pero, bueno, se lo digo y queda un poquito... ¿Usted considera que realmente las residencias de discapacitados -aunque es una comisión de residencias generalizada- estaban preparadas, dotadas y el personal formado para una pandemia?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Es evidente que no. Las residencias no son hospitales, no son centros hospitalarios, y, como tales, sus profesionales están preparados para otras cosas, y además esos lugares no están diseñados para ser atención de una pandemia, ni muchísimo menos. Por tanto, los profesionales hicieron... En muchas ocasiones no hay ni personal hospitalario ni personal sanitario, o en muy pequeña medida; lo que hay son profesionales de otro tipo y, por tanto, hicieron lo que pudieron en cada momento, y buscaron los recursos que pudieron en cada momento, en este caso buscando esos profesionales sanitarios de los que a lo mejor no disponían o no en la medida en que lo necesitaban. Por tanto, las residencias claro que no están preparadas para eso, porque es que no son lugares hospitalarios.

El Sr. **ARIAS MORENO**: A su juicio, señor Del Moral, ¿cómo fue la atención primaria que se recibió en las residencias?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: ¿Perdón? No le he entendido.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Sí, ¿cómo fue la atención primaria que recibieron? Ese apoyo de la Atención Primaria en cuanto a la medicalización de las residencias.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No existió, es decir, no hubo esa atención tan, tan... Es decir, la situación en ese momento era dirigirse..., y a veces obtenían respuesta. Todo estaba un poco... bueno, pues una situación muy dificultosa. Evidentemente, cada residencia gestionó como pudo en su entorno correspondiente y trató de buscar los recursos, pero no fue la respuesta que esperábamos, lógicamente.



El Sr. **ARIAS MORENO**: Y, por último, dentro de la situación -estamos venciendo la tercera ola-, ¿cree que realmente se ha aprendido de lo que pasó en la primera ola y se tienen los medios adecuados ahora mismo para que no vuelva a pasar?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Evidentemente, la situación de los medios de protección es completamente distinta, muy distinta; de hecho, con posterioridad se han recibido medios materiales de esta comunidad y también del Gobierno del Estado de la nación a través de la distribución de material de protección: mascarillas, que Cermi ha distribuido, a su vez, a través de las diferentes organizaciones, a los centros residenciales y a todos los centros correspondientes.

Hemos aprendido, ¡claro!, pero hemos aprendido, lógicamente, a base de la experiencia tan negativa que hemos vivido, y hemos aprendido que necesitamos en un momento dado profesionales de otras características para controlar mejor la situación. Pero en las residencias, en última instancia, hay que buscar un modelo nuevo, un modelo nuevo sobre todo de atención, y ese modelo nuevo de atención tiene que pasar por un espacio sociosanitario distinto a los efectos de que las personas que estén en residencias tienen ahí su vivienda, es el lugar donde viven, y, entonces, cuando necesitan atención hay que buscar los espacios y unos protocolos adecuados para que sean atendidas adecuadamente, unos canales adecuados, unos apoyos idóneos. Eso está por diseñar, ¡eso está por diseñar!, y nos corresponde a todos diseñarlo y ser copartícipes en este diseño.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Como ya el señor presidente me ha hecho la seña, muchísimas gracias, señor Del Moral, y perdone por repetir.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Arias Moreno. A continuación, por el Grupo Parlamentario Más Madrid, tiene la palabra, por un tiempo máximo de quince minutos, el señor Figuera Álvarez; cuando quiera, señoría.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Muchas gracias, señor presidente. Saludo a Óscar Moral; creo que es Óscar Moral, ¿no? No Del Moral.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí, sí, sí.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Quería aclararlo.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Hay tendencia a llamarme Del Moral, pero soy Óscar Moral, sí.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Y, desde luego, lo primero, expresar nuestro agradecimiento de que por fin pueda estar aquí. Evidentemente, nos solidarizamos con la falta de accesibilidad de esta Asamblea, que ya es una queja formal por parte de la comisión, pero quiero disculparme en nombre de nuestro grupo por esta falta de accesibilidad y agradecerle que haya venido. Y, como ya se han hecho algunas preguntas que yo pensaba preguntar, voy a intentar centrarme en algunas otras, no porque las otras no sean importantes, pero, efectivamente, por no reiterarnos y no cansarnos.

Yo creo que hay que distinguir que Cermi tiene asociaciones y colectivos de personas con discapacidad y que, en este caso, para intentar centrarnos, habría que distinguir entre tres colectivos, y le voy a preguntar por los tres colectivos por separado. Por un lado, las personas mayores con discapacidad que puedan estar en residencias de mayores, porque no es lo mismo una persona con discapacidad hasta los 60 o 65 años que a partir de los 65 años; ahí le voy a preguntar qué papel jugaban ustedes y qué información tienen sobre esas personas mayores con problemas de discapacidad, especialmente de movilidad, cognitivos, etcétera. Luego, las personas con discapacidad que están en residencias de personas con discapacidad menores de 60 años, por todo tipo de discapacidad. Y, luego, especialmente, las personas que están en las residencias de la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera, que también creo que tienen ustedes una cierta información sobre ello, ¿no? Están esos tres colectivos, ¿y ustedes han tenido información y participación en intentar saber lo que pasó con esos tres colectivos?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Nosotros nos interesamos en la globalidad de las personas con discapacidad de la región de Madrid.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Bien. ¿Ustedes saben más o menos qué cifras de afectados y de personas que fallecieron en los tres colectivos tuvieron a lo largo de toda esta primera ola? Porque nos vamos a centrar solo en esa primera ola, que es el objetivo de esta investigación. ¿Tuvieron información de cuántas personas estaban afectadas, cuántas personas pudieron fallecer en las residencias, tanto de personas mayores con discapacidad pero que estaban en las residencias de mayores como en las otras?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Tuvimos información, que es la última publicada en su momento, que es la que ustedes conocen; es decir, la última publicada de las personas fallecidas en residencias globalmente, no desagregada.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Pero no tenían ustedes información más o menos directa por parte de la Administración del número de personas afectadas o fallecidas en cada uno de estos colectivos?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Ustedes pidieron esa información o intentaron tener esa información para dimensionar más claramente qué es lo que estaba pasando?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Lo solicitamos reiteradamente, claro que sí.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Y no tuvieron esa información.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: La que apareció en la página web, que indicaba que era un número muy limitado, no desagregado.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Bien. Vamos a centrarnos primero en las residencias de personas mayores que son las que fueron más afectadas. Usted sabe que hubo protocolos para intentar, de alguna manera, dimensionar cómo se iba a asistir a las personas mayores con discapacidad y si se les iba a derivar o no a los hospitales, usted ha dicho que sí que lo sabía, ¿no? Nosotros sabemos, por las investigaciones que se han realizado, y tenemos más o menos evidencia, porque los hemos recibido, que hubo tres protocolos distintos, desde el 18 hasta el 25 de marzo firmados por el señor Mur, de la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria, ¿ustedes también tuvieron información de esos tres protocolos diferentes?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Solo de uno.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Solo de uno? También parece que hubo un cuarto. Ese del que tuvieron información, ¿cuál fue? ¿El del 18 de marzo?, ¿el del 25 de marzo?, ¿o el del 24 de marzo?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: 18 de marzo.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: El del 18 de marzo. A raíz del protocolo del 18 de marzo ustedes hicieron la queja, ¿no?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Efectivamente.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Y salió una queja pública y formal.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Efectivamente.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Porque usted y yo, además, tuvimos una cierta comunicación...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí, con todos ustedes.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Exacto.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Con todos los que están aquí.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Bueno, yo me refiero a la que yo sé, porque no sé en el resto de los grupos...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Lo digo por clarificarlo en este caso.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Perfecto.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Con todos los grupos de esta cámara.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Bien. Hubo una queja de ese posible atentado –digamos– contra los derechos de las personas con discapacidad, en ese primer protocolo, pero a partir de ahí, usted ya no supo de ningún protocolo más.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No. Si me permite precisar, protocolo, documento, no quiero entrar en disquisiciones porque...

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: No, pero se llamaban así, i protocolo de derivación!

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí, sí, pero el documento que yo vi, en el que pone protocolo, efectivamente, firmado por el director general de Coordinación Sociosanitaria -que yo conocí- era el del 18 de marzo. A raíz de eso, como he comentado anteriormente contestando a la diputada de Unidas Podemos-Madrid en Pie, me dirijo primeramente verbalmente tanto a la Dirección General de Políticas de Discapacidad como al señor Mur también, a la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria, enviamos una carta -como he señalado- y señalamos públicamente que la comunidad tiene que apostar por la integridad de las personas con discapacidad y por evitar ese tipo de actuaciones que tienen que ser modificadas inmediatamente. Sí.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Pues el segundo protocolo, el del día 23 fue más duro todavía que el primer protocolo, a pesar de la protesta, porque ahí se ponían limitaciones más fuertes todavía para todas las personas, incluso para el colectivo de personas con discapacidad. De esto ustedes no tuvieron conocimiento, ¿no?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No, no. Ese documento no lo conozco.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Luego hubo un tercer protocolo y un cuarto protocolo donde, por fin, efectivamente se excluye a las personas con problemas de discapacidad, pero a los jóvenes, no a los mayores, ahí no ha habido una gran distinción. ¿Usted sabe si...?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Lo que nosotros realizamos desde Cermi Madrid es, a la vista de este documento, tanto la Dirección General de Políticas con Discapacidad como la de Coordinación Sociosanitaria nos piden que realicemos un documento, en este caso elaborado por nosotros, un borrador, sobre cómo entenderíamos la adecuada derivación de las personas con discapacidad. Lo hacemos, hacemos ese borrador, este sí que es un borrador simplemente, que elaboramos conjuntamente las entidades de Cermi Madrid, lo derivamos, es tenido en consideración, en parte, después lo volvemos a rectificar...

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Sí, perdone, pero usted nos dice que ese protocolo nunca se aprobó...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Efectivamente.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Y parece ser, según nos ha contado usted, y corrija me si me equivoco, que no hizo falta aparentemente.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Evidentemente. Para nuestro criterio...

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Por qué cree usted que no hizo falta? Porque en realidad fue porque hubo un protocolo el día 25 que ya excluía a las personas con discapacidad o porque sencillamente...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Porque entendimos que la situación era diferente en ese momento y porque realmente en ese momento las derivaciones y la situación que se estaba produciendo había mejorado sustancialmente.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Habían mejorado.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Y usted no sabe si mejoró por arte de magia o por el protocolo nuevo? Porque usted no tuvo conocimiento de ese protocolo...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Eso lo desconozco.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Bien. ¿Usted sabe cuántas personas mayores de 65 años con discapacidad fueron más o menos atendidas en los hospitales por el tema de la derivación o no?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No lo sé.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Y le ha llegado a usted, a través de sus colectivos, alguna información sobre qué paso con esas personas, si tuvieron dificultades o no? ¿Hicieron algún seguimiento de esas personas, que es el objeto de esta comparecencia?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Nosotros tratamos de hacer el seguimiento hasta donde alcanzan nuestras posibilidades. Los centros residenciales que están dentro de nuestro entorno no son los centros de mayores, lógicamente; por lo tanto, nuestro conocimiento de esa situación es muy limitado.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Es más limitado. Bien, ahora vamos a centrarnos en los centros de las personas con discapacidad con los que tienen ustedes más relación por el tema del Tercer Sector. En esos centros ¿sabe usted más o menos las cifras de personas afectadas y las personas que murieron en esa primera ola?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Tenemos las cifras que aparecen en la página web de la comunidad.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: No hay otra información...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No hay otra información.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Ni las han contrastado ustedes con alguna información a través de las entidades...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: En la medida de lo posible, la hemos contrastado y parecen coincidir.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Que coinciden.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Usted piensa que fueron muchas personas en proporción o no?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Bueno, a mí me parecen muchas desde que ha fallecido una...

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Sí, por supuesto.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Una pérdida de una vida humana para nosotros es terrorífica. Evidentemente, en relación con la tercera edad, con las residencias de mayores, es bastante menor la incidencia; afortunadamente fue una incidencia menor tanto de contagios como de fallecimientos.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Usted cree que tiene que ver más con el tema de la edad o por esa actuación, de la que usted habla, de las familias y de los propios usuarios de las residencias?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Habrá un conjunto de factores, supongo, lógicamente, tipo de residencias... Habría que analizarlo. Nosotros valoramos muy positivamente, por lo menos en lo que conocemos, la respuesta dada por esos centros de personas con discapacidad, de sus profesionales y por las personas que trabajaban allí; lo valoramos muy positivamente y creemos que tuvo una incidencia importante para ello.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: En el seguimiento de esa primera ola que hicimos sí intentamos estar atentos porque en realidad, no sé si usted piensa lo mismo, era Atención Primaria la que tenía que ocuparse de la atención de las personas con problemas de COVID en esas residencias, porque hay una red y se supone que hay una especie como de protocolización de cómo se debe hacer. ¿Qué piensa usted de la actuación de Atención Primaria?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Que fue escasa o de poca incidencia.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Por qué cree que fue escasa?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues entiendo que porque no había los medios suficientes.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Ya de antes cree usted...?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No lo sé, no sé si de antes. Antes, por lo menos, yo no tengo constancia de manifestación de queja en ese sentido por parte de los centros residenciales; lo que conozco es lo sucedido en ese momento, porque se produjo y realmente la situación demandaba

acudir directamente a los servicios de emergencia y la atención desde el ámbito más cercano no fue la respuesta adecuada.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Usted cree que la Atención Primaria tenía que haberse ocupado de atender medicamente o de medicalizar esas residencias?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Yo no sé quién tiene que hacerlo; evidentemente, no me corresponde a mí señalar cómo se organizan los recursos de esta comunidad en materia sanitaria, pero faltó esa respuesta de atención más directa a las personas que estaban en las residencias.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Y ustedes pidieron esa atención?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Por supuesto; es público y notorio que lo pedimos.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Y a quién se dirigían en ese momento para pedir esa ayuda?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: A la Consejería de Sanidad, lógicamente.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: A la Consejería de Sanidad. Usted ha dicho que no tuvieron mucha respuesta, ¿no?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: A la carta enviada no obtuvimos respuesta.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: En esas residencias, para atenderlas médicamente, ¿aparecieron alguna vez alguna de las personas de la famosa Encarnación Burgueño y de la operación Bicho?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Perdón...

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Hizo usted algún tipo de...?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: ¿Puede repetir la pregunta, por favor?

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Sí, para medicalizar esas residencias, que, según parece, no se medicalizaron bien, eso es lo que usted me dice...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No, no se medicalizaron.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Ni siquiera se medicalizaron algo...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Hasta donde me consta...

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: O sea que las personas que se atendieron allí ¿tuvieron que ir a buscarse –de alguna manera- un poco la vida para ser atendidas?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí, solicitaron los servicios de urgencia para ser atendidas como procediese.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Servicios de urgencias. Ni Atención Primaria, ni, por otro lado, ningún otro..., porque en las residencias de mayores serían los geriatras, en todo caso, pero en esas residencias no, ¿no?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No, no hay geriatras, ni tampoco hay mucho personal sanitario, lógicamente, en general.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: O sea que se atendieron más bien como pudieron a través de las familias y a través de todo eso.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Y solicitando a los servicios de emergencia que acudiesen y fueran derivados a los centros de atención que les correspondiesen.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Y no se medicalizó ninguna residencia tampoco a través del famoso intento de medicalizar que hizo Encarnación Burgueño, la famosa operación Bicho? ¿Ahí tampoco apareció nadie de ese tipo de ambulancias y de médicos a las residencias?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: A mí no me consta.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: No le consta. Bien. Si Atención Primaria era, digamos, la encargada de atender a estos residentes como cualquier visita domiciliaria de una persona y no se hizo, pero antes no había queja, quizá fue por una falta en Atención Primaria más específica de la época de la COVID.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues parece previsible que sí, evidentemente, con una situación supongo que de dificultad para toda la población y, específicamente, en este caso...

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Y hubo quejas, por ejemplo, de directores de residencias de que se llamaba a Atención Primaria o que faltaban EPI y todo esto?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Evidentemente, la queja era manifestada en cuanto a la globalidad de la situación y de la falta de respuesta, no específicamente de Atención Primaria, si es lo que usted me pregunta.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Nosotros tuvimos contacto con las residencias, por ejemplo, de personas con enfermedad mental grave y duradera y la sensación que tuvieron es que se tuvieron que buscar la vida literalmente.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Así es en muchas ocasiones para muchísimas cuestiones, sobre todo para el tema de protección y para buscar las ayudas correspondientes. Sí, es cierto.



El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: ¿Cuál es su valoración en general con respecto de la primera a la segunda ola? ¿Qué cree que ha cambiado para que en la segunda ola, aparentemente, las cosas hayan ido un poco mejor también en este tipo de colectivos?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Básicamente porque aprendimos todos un poco; todos vamos aprendiendo a base de unas situaciones muy complejas y porque las protecciones y los materiales llegaron de otra manera, lógicamente, y la situación mejoró sustancialmente.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Creo que ya terminó mi tiempo. Agradecer al señor Moral sus respuestas, y espero que todo vaya bien. Muchas gracias.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Figuera Álvarez. A continuación, por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, y por un tiempo máximo de quince minutos, tiene la palabra doña Ana Isabel García García; cuando quiera, señoría.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Gracias, presidente. Gracias, de nuevo, señor Moral, por su comparecencia. Voy a intentar aclarar algunos conceptos, algunas cuestiones, más que nada, porque la inmensa mayoría de las preguntas que tenía previstas ya se han formulado, evidentemente.

Usted ha manifestado que durante la primera ola de la pandemia, es decir, desde que el Gobierno de España decreta el estado de alarma hasta que este finaliza el pasado día 21 de junio, la Consejería de Políticas Sociales se puso en contacto con usted, incluso ha manifestado que en unas once ocasiones, ¿verdad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Nos pusimos en contacto mutuamente. Es decir, alrededor... No alrededor, concretamente, las tengo aquí contabilizadas en 11 encuentros.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿En esas reuniones se les informaba a ustedes sobre la situación de las residencias?, ¿se les pedía opinión? ¿De qué hablaban en esas reuniones?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Hablábamos de la situación que estábamos viviendo. Recabamos datos, recabamos información y también les manifestábamos cuál era nuestra valoración de la situación, qué pedíamos y qué solicitábamos.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Por tanto, durante todo el tiempo que duró la primera ola de la pandemia, la Consejería de Políticas Sociales realizó un seguimiento de la situación de las personas con discapacidad en esas residencias, ¿verdad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Lo que realizó es un seguimiento, por lo menos, en lo que le corresponde a Cermi Madrid, ese contacto directo con nuestra entidad en la que se encuentran representadas un gran número de organizaciones que tiene centros residenciales. Como he dicho

anteriormente, también, al margen de estos encuentros, enviábamos diariamente casi un total de 126 consultas por escrito, en este caso, a la Dirección General de Discapacidad. Y la mitad de ellas fueron entre los días 12 y 14 de marzo, momento más crítico de la situación o de mayor incertidumbre en la que preguntábamos cuestiones diversas, no solo nuestras, sino de entidades nuestras que se trataban de contestar por parte de la Dirección de Políticas de Discapacidad, y nosotros las derivábamos.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Y ustedes obtuvieron respuesta a todas esas consultas?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Sabe usted si actualmente la Consejería de Políticas Sociales sigue en contacto con patronales y asociaciones para controlar la pandemia en esos centros residenciales?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: En lo que a mí me consta con referencia a la discapacidad, sí.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Ha manifestado también que, durante el estado de alarma, los centros residenciales que atienden a personas con discapacidad tuvieron dificultades para acceder a equipos de protección, mascarillas, guantes e, incluso, no disponían de test, ¿verdad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Efectivamente.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Tiene idea de quién suministró este material a los centros?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues, las aportaciones a cuentagotas que venían de la comunidad, que eran poquísimas y escasísimas. Y, luego, la búsqueda de las propias entidades, de las propias residencias -donde podían y como podían- con las aportaciones de sus propios recursos, sus propios fondos o de los familiares, lógicamente, haciendo importantes inversiones para buscar ese material.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Recuerda usted cuando empezaron a disponer de más material de protección?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues pasaron bastantes semanas hasta que la cosa se normalizó un poquito. Es decir, durante este primer momento, entre el 14 de marzo al 21 de junio, la escasez era la nota predominante.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: El 21 de marzo, el Gobierno de España, a través del Ministerio de Sanidad, ordenó la sectorización de las residencias para la ubicación y el aislamiento de los pacientes con COVID-19 y, dado que, en aquel momento -como usted bien ha manifestado-, nadie disponía de test, ¿sabe usted cómo se hizo las sectorizaciones en los centros residenciales?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues atendiendo a los síntomas.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Entiendo que el mayor problema lo tendrían con los asintomáticos, ¿verdad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Lógicamente, como el resto de la población. No se sabe, evidentemente, esas sectorizaciones, esa separación se hacía en relación a los síntomas presentado y, si no había test, era difícil saber si eran positivos o no, con la característica de que muchas personas que tienen otras posibles patologías de base, pueden dar síntomas semejantes o parecidos a los del COVID-19.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Por tanto, era prácticamente imposible aislar a los asintomáticos por COVID cuando no se tenían test y nos hemos encontrado con que también alguna directora de residencias nos ha manifestado que, en ocasiones, ni siquiera había sintomatología ni disponían de test, con lo cual se hacía prácticamente imposible esta sectorización, ¿verdad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues era muy complicada, lógicamente. Al margen de esa posible sectorización, en base a los medios disponibles, están los espacios disponibles en los lugares. Esa sectorización conlleva aislar a las personas en sus propias habitaciones directamente o buscar espacios, como gimnasios o como centros recreativos dentro de los centros residenciales. Entonces, es que el propio espacio era muy complicado de manejar a los efectos de esa sectorización y evitar posibles contagios, la propagación.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Sabía usted que el exconsejero, el señor Reyero -exconsejero de Políticas Sociales-, insistió al Gobierno de España para que el ejército interviniera en la desinfección de las residencias y centros residenciales para personas con discapacidad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí, me consta.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Recuerda que la UME interviniera en la desinfección de dichos centros?.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí, en algunos de los centros que podemos conocer, sí, intervinieron. Además, lo solicitaron, evidentemente, estos centros y, según había disponibilidad de que la UME pudiera intervenir, pues acudió.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Cermi -Comité España de Representantes de Personas con Discapacidad que usted representa en la Comunidad de Madrid- se reunió con la Consejería de Políticas Sociales para hablar también de las posibles formas de mejora en la atención a personas con discapacidad, tanto en centros residenciales como centros de día u ocupacionales, ¿verdad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: De hecho, se han reunido ustedes con la consejería, tanto antes de la pandemia como durante la misma, para tratar de estos temas. ¿Esto es así?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Cuál cree usted que es el modelo más adecuado de centro residencial para personas con discapacidad? Le pregunto esto porque, al final, de lo que se trata –y no solamente en esta comisión- es de investigar lo que ha ocurrido sino también de aprender de los posibles errores que se pudieran cometer o se pudieran haber cometido y, además, buscar un modelo de cuidados que entendamos –entre todos- que sea el más adecuado para las personas que residen en estas residencias de personas con discapacidad o residencias de mayores en general.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Es casi imposible que yo pueda relatar en una contestación breve cuál es el modelo. Además, hace falta una reflexión más global, por otra parte, de todas y de todos los que participamos en ello. Creo que lo comentaba con anterioridad hay un primer parámetro que, además, así se manifestó en todos los niveles, que era lograr cierto grado de desinstitucionalización de las personas en la medida de lo posible; eso en primer lugar. Dimensionar estos centros residenciales en un número más lógico de lo que algunos están actualmente; se ha puesto de manifiesto el riesgo que conlleva modelos en los que haya muchísimas personas juntas. Ir a un modelo de apoyo; el de cuidados, desde mi punto de vista, es un modelo adecuado, pero me gusta más el concepto de modelo de apoyos para que las personas puedan, en definitiva, ser dueñas de su propia vida en la medida de las posibilidades de cada uno de nosotros.

Y, desde luego, las residencias tienen que parametrizarse de otra forma, a los efectos de una mayor canalización de las necesidades a través de la Atención Primaria, un espacio sociosanitario adecuado para que, cuando se producen situaciones como esta, que es extrema, las personas reciban la atención donde procede. Porque a ninguno de nosotros –perdóneme-, los que no vivimos en residencia, van a nuestra casa a medicalizarla, ¿no? Vamos al centro de salud para que nos atiendan, o vamos al hospital o a urgencias y nos atienden. Bien, pues ese es el mismo parámetro que hay que utilizar con las personas con discapacidad cuyo lugar de residencia son los centros residenciales o residencias. Entonces, ese es el objetivo que tenemos que perseguir: buscar ese grado de igualdad en el tratamiento, independientemente de donde uno viva.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Por tanto, entiendo que usted considera que las residencias no pueden convertirse en hospitales, porque al final es su lugar de residencia, es donde viven, es su domicilio.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Evidentemente, las residencias no pueden ser hospitales; no deben serlo en ningún caso. En la situación extrema que hemos vivido, medicalizarlas pareció –o así nosotros lo entendimos- una buena solución, pero las residencias no pueden convertirse en hospitales. No pueden ser hospitales ni son hospitales; son lugares donde viven personas.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Efectivamente, porque ante una situación grave, se buscan soluciones rápidas, y una podría ser, efectivamente, la medicalización; pero una vez que esto ha pasado, para aprender de lo que ha ocurrido, lo suyo, efectivamente, sería mejorar la Atención

Primaria y mejorar la atención sanitaria, teniendo en cuenta que, efectivamente, como cualquiera de nosotros, cada uno vive en su casa y la atención tiene que ser en el hospital.

¿Usted considera que el factor público o privado de un centro residencial es el que condiciona el número de fallecidos? Es decir, ¿tiene usted datos que demuestren que han fallecido más personas en los centros privados como consecuencia del COVID-19 que en los públicos?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No, yo no dispongo de esos datos; yo eso lo desconozco. Lo que sé es que desde el ámbito de la discapacidad hay una relación, en este caso una relación jurídica público-privada, en este caso, muchos de los centros residenciales, de atención residencial, están gestionados por entidades o fundaciones dentro de nuestro ámbito y solo puedo tener palabras de agradecimiento al esfuerzo que han realizado; palabras de valoración positivísima hacia las personas que dirigen esos centros y hacia los profesionales que trabajan en esos centros, también hacia las familias, que han hecho un esfuerzo titánico por mantener la salud de las personas que viven allí. Eso es lo que puedo decir; desconozco ese dato, si eso es así o no. Evidentemente, aquellos que tengan la capacidad de mirarlo, pueden hacerlo; pero a mí ese dato no me consta.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: De todas formas, usted antes manifestaba que había una menor incidencia de mortalidad en las residencias de personas con discapacidad; por tanto, a la vista de ello, podemos asegurar que el hecho de que sea público o privado el centro no tiene nada que ver con la mortalidad.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: He afirmado, efectivamente, que los datos disponibles, los últimos publicados, que son los que yo conozco y los que conocemos todos, manifiestan lo que manifiestan. Y, vuelvo a reiterar que el hecho de que dentro del ámbito residencial de personas con discapacidad haya centros públicos y centros privados, gestionados por entidades del Tercer Sector o fundaciones, la incidencia en ellos ha sido escasa, o la misma que en el resto. Por tanto, vuelvo a reiterar que mi valoración no puede ser más que positiva en lo que yo conozco.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Pues no hay más preguntas. Muchísimas gracias, y gracias por su gran labor.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**. Muchas gracias, señorías. A continuación, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Navarro Ruiz; cuando quiera, señoría.

La Sra. **NAVARRO RUIZ**: Gracias, presidente. Muy buenos días, señor Moral; bienvenido.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Gracias.

La Sra. **NAVARRO RUIZ**: Creo que todos los grupos ya nos hemos manifestado. Yo no estaba presente aquel viernes por estar afectada precisamente por COVID, pero estuve viéndolo por streaming y, en todo caso, en nombre propio, porque no lo he hecho con anterioridad públicamente, y

de mi grupo, que sí lo manifestó a través de nuestro portavoz, quiero pedirle de nuevo disculpas y, desde luego, hemos de compatibilizar que se pueda realizar una videoconferencia con una sala totalmente accesible. Gracias, en cualquier caso, por estar con nosotros.

A la vista de lo que se está hablando y ante lo que yo considero por parte de algunos compañeros como falta de memoria, quiero manifestar de nuevo que hablamos de una situación de emergencia en el marco de una pandemia única, sin precedentes, que nadie en el mundo esperaba. Nadie en el mundo estaba preparado para abordar esta situación de catástrofe mundial, pero no solo en Madrid sino en el resto de comunidades autónomas de España y en el resto del mundo, aunque solo haya esta Comisión de Investigación en Madrid y usted sea el representante de Cermi Madrid.

Parece que no estamos en condiciones de recordar esas advertencias de la Organización Mundial de la Salud, esas advertencias internacionales que ya promovían medidas, esas alertas internacionales que nos decían lo que empezábamos a tener que hacer, cuando, además, se nos decía que España tenía suficientes suministros de equipos personales de emergencia en ese momento, que nos lo decían el 13 de febrero nuestros responsables nacionales; cuando el 24 de febrero también nuestros responsables nos decían que no iban a faltar mascarillas ni ningún producto sanitario –esto decía el ministro-. Bien, pues Madrid fue la primera comunidad que cerró, antes que nadie, con su coste correspondiente. Ustedes fueron los primeros; ustedes, sus residencias, sus centros, todos los centros de personas con discapacidad y de personas mayores, centros de mayores de todo tipo, con el coste correspondiente -porque muchísimas personas no lo entendieron- son los que cerraron por primera vez. Yo recuerdo las reuniones con el consejero de Políticas Sociales, en este caso, que nos reunió a todos los grupos, y me consta que lo hizo también con ustedes. ¿Qué valoración tiene usted de este hecho?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Creo que lo ha manifestado. Evidentemente, la situación entiendo que a todos y a todas nos pilló como una sorpresa inmensa. En un primer momento, evidentemente, hasta pudo no entenderse bien el cierre, incluso rápido, de algunos centros, como los centros de día, porque, claro, esas situaciones conllevan una dificultad importante; las personas que asisten a estos centros de día tuvieron que quedarse en sus casas y la atención que reciben, los apoyos que reciben se dificultaban y se tuvieron que hacer telemáticamente, etcétera. Bueno, todo lo que ha conllevado posteriormente, todo lo que sucedió, que, lógicamente, esa situación de falta de equipos de protección derivó en una situación dramática, que no hace falta que lo vuelva a reiterar y lo hemos vivido todos y todas.

Mi valoración, lógicamente, no puede ser más que, efectivamente, que los equipos faltaron. ¿Qué Administración sería la responsable? Pues todas, supongo; todas o ninguna, o la situación, o que el material no llegó adecuadamente, o que el mercado internacional es complejo para adquirir ese material... En fin, supongo que habrá múltiples factores, pero eso no me corresponde a mí valorarlo. Lo que sí me corresponde valorar o trasladar es lo que vivimos, lo que conocimos, lo que sufrimos -y lo quiero expresar-, el sufrimiento, la zozobra, la inquietud, la tragedia con la que vivieron muchas familias, muchas personas, su día a día. Eso es lo que puedo expresar, y eso es lo que yo creo que

todos y todas debemos aprender, que eso no debe volver a suceder; no nos debe volver a suceder nunca más, cuando se produzcan situaciones de esas características. Hay que buscar las herramientas para que esa situación no vuelva a suceder y tengamos los equipamientos suficientes para atender una situación de emergencia de esas características.

La Sra. **NAVARRO RUIZ**: En efecto, pero, si no conozco las causas, no puedo saber qué me ha llevado a una situación de problema; problemas y afectos que compartimos y, además, sufrimos; compartimos su dolor. Quiero expresárselo y quiero hacerlo de una forma clara y concisa. Hoy mismo hay una noticia en los medios de comunicación que dice que un estudio concluye que, si España hubiera confinado una semana antes, se habrían evitado 23.000 muertes; hacen unos logaritmos, con unas previsiones, con unas proyecciones, y determinan esto.

Lo que sí es cierto –ilo que sí es cierto!- es que claro que hay causas. Claro que hay causas y claro que aquí estamos analizando esas causas y qué es lo que no debe volver a ocurrir, señor Moral. Entonces, el Gobierno centraliza las compras en un mando único, cuestión que estaría muy bien hecha si se hubiera hecho bien. ¿Por qué? Porque, en efecto, en ese momento se necesita que algo tan potente y tan importante como un Gobierno centralice una compra que, además, va a tener un efecto muy bueno en todos los sentidos: en la distribución, en la propia compra, y esto además en un mercado en el que, además, en ese momento hay colapso: ¡hay colapso absoluto en todos los lados! Parece que no terminamos de ser conscientes de esto.

¿Qué ocurrió? Ocurrió lo que ocurrió, que durante once o catorce días no hubo ni un solo, ni un solo!, equipo de protección, ni una mascarilla, ni un test, ni absolutamente nada; ahí pasó lo que pasó. En esos días, y en todos los días, usted lo ha denunciado por activa y por pasiva. Quiero decir que solo hay que entrar en Google y buscar sus entrevistas –que además ya conocíamos- para ver cómo usted en repetidas ocasiones habla de falta de material, de falta de equipos de protección, del personal. ¡El personal no estaba preparado! ¿Cómo va a estar preparado si esto no lo habíamos visto nunca? ¡Hoy sí! Hoy ya sabemos mucho más, y por eso hoy ya tenemos hasta vacunas, y hasta el 98 por ciento de las personas vacunadas, cosa de la que nos congratulamos. Pero usted se quejaba de la falta de material, de equipos de protección que, sin duda, traía el mando único. Es verdad, que acaba de contestar a mi compañera que se les fue suministrando escasamente, pero los datos de equipos de protección que yo tengo, la verdad, es que son absolutamente impresionantes. ¿Cómo fueron y en qué momentos fueron? Pues, cuando se iban comprando y cuando se iban recibiendo. Señor Moral, ¿quiénes le fueron suministrando?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Como he comentado anteriormente, nuestro contacto era la Dirección General de Políticas de Discapacidad, que es la que nos manifestaba cuándo había materiales disponibles, y las entidades o centros iban a recogerlas.

La Sra. **NAVARRO RUIZ**: Bien. Y les llevaban también; desde Ifema yo recuerdo...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Posteriormente.

La Sra. **NAVARRO RUIZ**: Bueno, en ese tiempo, desde marzo...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Posteriormente.

La Sra. **NAVARRO RUIZ**: Hasta mayo.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Posteriormente; es lo que yo puedo constatar. Evidentemente, si usted dispone de otros datos, lógicamente, yo no puedo...

La Sra. **NAVARRO RUIZ**: No, tengo unas tablas de repartos...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No, pero que yo no voy a contradecir lo que usted conoce.

La Sra. **NAVARRO RUIZ**: ¡No, por Dios!

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No, yo le comento lo que nosotros vivimos. Contactábamos con la dirección general y nos manifestaba: Hay tal material. Y habitualmente íbamos a recogerlo. Posteriormente –y lo he dicho, creo que contestando no recuerdo a qué diputada o diputado-, ya se empezaron a poner en contacto directamente con los centros residenciales, y yo ya no sé el modo de distribución; posiblemente se lo distribuyeran, fueran a buscarlo. Eso lo desconozco; no lo sé.

La Sra. **NAVARRO RUIZ**: Bien. En cuanto a los contactos y comunicaciones con responsables del Gobierno regional, también lo ha dejado claro. Yo tenía constancia por aquí de algún contacto, desde luego, con los responsables, también, de Sanidad. ¡Hombre!, de Políticas Sociales, es que está también la hemeroteca; es decir, que tampoco... Es más, usted ha estado en contacto con todos nosotros...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Me he reunido con todos ustedes, ¡con todos ustedes!

La Sra. **NAVARRO RUIZ**: En todo momento, además, y ante cualquier cuestión; usted no es una persona ajena nunca a ningún problema. Por eso en algún momento me llama la atención, porque sí que creo que todos hablamos de un caso en concreto, de una persona en concreto, de una mujer en concreto que tuvo una problemática que se solucionó y que esto trajo, además, algunas consecuencias sobre un manifiesto que realizó el Cermi y que yo creo que todos tenemos, que además hacía referencia a otro manifiesto también. Lo tengo a mano y ahora no lo encuentro, pero, bueno, en cualquier caso, con todas las referencias a los derechos reconocidos en la Convención de Naciones Unidas, reconocidos derechos humanos, como es el derecho a la vida, a la integridad física, por supuesto, a la sanidad, que en ningún caso pueden verse cercenados.

En cuanto a la mortalidad, la verdad es que hablar de mortalidad no me gusta nada, pero es cierto que en los centros residenciales de personas con discapacidad ha sido menor que en... Ya se le ha preguntado cuál es...

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Afortunadamente. ¡Afortunadamente!



La Sra. **NAVARRO RUIZ**: Por supuestísimo. Y, en cualquier caso, con solamente una persona no podríamos estar contentos ni satisfechos. Pero sí que se ha hablado de las derivaciones. Sin perjuicio de esos documentos de los que también hablamos en su momento –y me consta, además, que usted habló con el director general y que hubo múltiples conversaciones al respecto-, protocolos que son revisados continuamente, esos protocolos definitivos de manejo en domicilio eran del ministerio; las personas con síntomas leves se atendían en los domicilios de toda España. Sin perjuicio de eso, se trabajaba en los protocolos y se trabajaba continuamente. Trabajaron en un protocolo nuevo, también según usted ha declarado aquí. Dice: realizamos un protocolo común; en esos días hablamos. Yo le preguntaba antes: ¿no se enviaron, el consejero de Sanidad y usted, ningún mensaje, ningún wasap? ¿No se hablaron en ninguna ocasión? Yo tenía eso entendido por otras vías, pero eso tampoco importa demasiado ahora. Yo hablé con usted varias veces, habló también con el que era entonces portavoz de la Comisión de Discapacidad, con don José Virgilio Menéndez y, después, en alguna entrevista suya sí que habló de alguna situación concreta. Pero sí que también –y entrecomillo- usted decía: No conocía si ese problema de los protocolos había tenido consecuencias o no; las propias derivaciones. Es decir, desde mi punto de vista no se produjo que no hubiera derivaciones de personas a los hospitales. O sea, ¿puede decirme algo al respecto?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Yo es que, con el relato que usted me hace –aunque no es exactamente una pregunta, pero, vamos, por contestar-, efectivamente, nosotros conocemos un documento y a nosotros nos alarma; lo digo con franqueza. Entonces, como nos alarma, lo decimos. Trabajamos en un borrador de documento con ambas direcciones generales que he comentado; finalmente, no ve la luz. Después, por otra parte, con el responsable, con el director general de Coordinación Sociosanitaria, mantenemos conversaciones telefónicas –que él puede atestiguar también- en diversas ocasiones. Él, es bien cierto que nos deriva hacia la Dirección General de Políticas de Discapacidad para la canalización de las cuestiones y –yo no quería incidir en ello, pero como lo comenta usted- yo no mantengo ninguna conversación telefónica ni de WhatsApp con el consejero de Sanidad. Lo único que se realiza es mandar una carta. Y, voy a decir más, porque no tengo inconveniente, es que se la mando por WhatsApp también, pero no recibo ninguna contestación. El presidente de Cermi Madrid no recibe ninguna contestación. Nada más. Es decir, esto es lo que puedo decir.

Y, después, es bien cierto –y lo quiero manifestar, si me lo permite- que, posteriormente, después de este estado alarma, sí hemos mantenido encuentros con el nuevo director general de Coordinación Sociosanitaria, recientemente con el viceconsejero de Humanización Sanitaria; es decir, habitualmente siempre hemos mantenido un contacto muy potente con la Consejería de Sanidad, históricamente, además; históricamente y con sus responsables. Puedo comprender que por la situación vivida en esos momentos no fue posible ese encuentro, y ya está. Yo no lo pongo en otro valor más que en ese. Lo digo por matizar; sobre todo, porque posteriormente hemos mantenido encuentros, uno muy recientemente, con el director general de Coordinación Sociosanitaria y otro con el viceconsejero de Humanización Sanitaria, por diversos temas.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señorita.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Gracias.

La Sra. **NAVARRO RUIZ**: ¿Se ha terminado? Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señoría. A continuación, por el Grupo Parlamentario Socialista y por un tiempo máximo de quince minutos, tiene la palabra la señora Díaz Ojeda; cuando quiera, señoría.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, presidente. Bienvenido, señor Moral. Las diputadas y diputados socialistas agradecemos su comparecencia y, además, valoramos enormemente su experiencia y el conocimiento generado en el Cermi Madrid. Le rogamos disculpas por lo acontecido en la comisión anterior, por las barreras de accesibilidad en la sala.

Las preguntas que le voy a formular tienen por objeto respuestas cortas, porque a lo largo de todo este proceso y sucesión de intervenciones prácticamente se han tocado todos los temas. En su comparecencia en sede parlamentaria del pasado 17 de septiembre –había pasado ya la primera ola- usted afirmaba: “Nuestro horizonte es la defensa de los derechos y obtener que se garanticen la no discriminación y la igualdad de oportunidades”. ¿Cree usted que en este periodo que analizamos se respetaron los derechos de las personas con discapacidad o cree que se han vulnerado en algún momento?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues tengo que decir que entiendo que, lógicamente, nuestros derechos han sido en ese momento... *(Pausa.)* Sí, perdón. Es que estoy un poco lejos y no puedo acercarme más a la mesa. Como decía, en una situación como la que vivimos, desde nuestro punto de vista muchos derechos de las personas con discapacidad –o algunos de sus derechos- fueron conculcados. Así lo hemos manifestado públicamente. Por tanto, lógicamente no voy a desdecirme de lo que he dicho.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias. Las personas con discapacidad que han recibido tratamiento médico en las instituciones y centros sanitarios, ¿se han enfrentado a algún tipo de barrera en cuanto al acceso a los centros sanitarios y a los tratamientos? Me refiero en la primera ola.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Tuvimos alguna incidencia por alguna situación en la que así se nos manifestó. Después, ha habido momentos en los que personas con discapacidad han tenido otras situaciones diferenciadas como pueden ser falta de comunicación, falta de accesibilidad, falta de protocolos adecuados para personas con algún tipo de discapacidad que necesitan apoyos, etcétera, etcétera. Claro que se han echado en falta y esa es una, si me lo permite, de las mejoras a realizar. También canalizaciones y protocolos adecuados, diferenciados e individualizados por situaciones diferenciadas, porque, si no, caeremos en la situación de que personas sordas no tengan garantizada en situaciones extremas su comunicación. Por ejemplo, las personas con autismo necesitan apoyos muy intensos que a veces no están garantizados por la propia dinámica de que no pueden ir acompañados y hay que buscar protocolos para que eso no suceda. Después vivimos situaciones –

alguna de ellas creo que se las he manifestado a todos ustedes- como algún caso que nos ha llegado con una situación muy compleja que se produjo concretamente en una residencia y en un hospital.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias por esas aclaraciones ya que me parecían de especial interés. En relación con las personas con discapacidad y las derivaciones a los centros sanitarios, ya lo ha comentado bastante a lo largo de la mañana, ¿pero y las derivaciones a los hoteles medicalizados? ¿Conoce usted casos? ¿Se facilitó de alguna manera, por ejemplo, para su aislamiento y el seguimiento de los contactos, ya que en algunas residencias de personas con discapacidad usted mismo ha dicho que era muy difícil hacer un circuito COVID y un circuito no COVID, e incluso para los aislamientos tenían dificultades por los espacios y el diseño de los centros...? ¿Conoce usted que se haya derivado a personas con discapacidad a esos hoteles medicalizados que existían, que estaban disponibles o que se iban poniendo a disposición?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: No.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Además, había unos criterios de derivación también para Ifema y hoteles sanitarios en los que se decía concretamente que podían ir pacientes no dependientes, con movilidad adecuada y sin deterioro cognitivo. En ambos, tanto en Ifema como en hoteles. Entendíamos que, por tanto, el tratamiento tendría que ser realizado en otros lugares, en hospitales no con esas características. Pero la derivación a estos recursos, tanto de Ifema como a estos hoteles sanitarios, establecía esas situaciones claramente.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias. Respecto a actuaciones específicas que haya realizado el Gobierno regional dirigidas a personas con discapacidad que hayan requerido ingreso hospitalario o derivaciones en su caso a hoteles medicalizados, ¿usted conoce que se tratara o que se intentara hacer algún protocolo, que existiera alguna actuación –digo específica- dirigida a personas con discapacidad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No, no me consta.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: No le consta. En su experiencia, muy brevemente, en relación con las residencias de personas con discapacidad, ¿qué dos debilidades –por decirlo muy brevemente- han detectado ustedes en el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid? Dos, las más relevantes, las que a usted le parece que hay que corregir.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Perdona. ¿Me lo repite? Dos debilidades con referencia...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sí, en relación con las residencias. ¿Qué dos debilidades del sistema sanitario han detectado ustedes, o qué dos aspectos hay que corregir? Los más relevantes.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues, evidentemente, hacen falta unos protocolos muy claros, muy claros, muy claros en cuanto a la derivación y en cuanto a la Atención Primaria sanitaria. Protocolos

mucho más claros, más contundentes, más eficaces y que no haya dudas en cuanto a cómo se tiene que realizar.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Y respecto a las debilidades de la Comunidad de Madrid que se pusieron de manifiesto en la primera ola de la pandemia y que se hayan corregido, que se hayan corregido a partir de la primera ola, ¿puede decirnos algún aspecto que haya mejorado, que haya cambiado radicalmente en su opinión?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues creo que hay una mayor comunicación y una mayor cogobernanza en la toma de decisiones. Creo que eso ayuda a llegar a mejores conclusiones, a mejores soluciones, y a hacer copartícipes a aquellos que tienen que ponerlas en marcha o hacerlas conjuntamente. Esto siempre es deseable.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias. En el pleno del 11 de junio, el Grupo Socialista presentó una pregunta muy concreta: "¿Qué actuaciones específicas ha realizado el Gobierno regional dirigidas a las personas con discapacidad que han requerido ingreso hospitalario en la Comunidad de Madrid durante el periodo de la primera ola?". El consejero de Sanidad –esto está en el Diario de Sesiones y, por tanto, se puede consultar- contestó que desde el primer momento la Consejería de Sanidad había realizado una serie de actuaciones. Yo le agradecería que concretara mis preguntas, a cada una de las observaciones que él hizo -muy bien sistematizadas además-, si se materializaron o si conoce usted algún caso en el que se materializaran. Por ejemplo, dijo que se había actuado en los centros sociosanitarios. No concretó de qué manera, pero sí dijo que se habían realizado inspecciones sanitarias estableciéndose las residencias en las que eran necesarios dos circuitos: COVID y no COVID. ¿Tiene usted alguna referencia de esas inspecciones?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No tengo constancia.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: En las residencias de personas con discapacidad.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí, sí.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Estoy concretando porque mi pregunta era, en este sentido, al señor consejero.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No tengo constancia de eso.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sí. Él contestó que se han aplicado los planes de contingencia. ¿Tiene usted conocimiento de los planes de contingencia?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ¿Ha tenido por escrito algún plan de contingencia?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: He tenido planes... En su momento hemos colaborado en planes de desescalada, de actuación...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: No, no me refiero a eso. Estoy hablando de la primera ola y me estoy refiriendo al espacio-tiempo sobre el que investiga esta comisión.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: No. Ustedes se reunieron el día 12 de marzo -también ese mismo día fue la última reunión presencial que en la Consejería de Políticas Sociales se tuvo con los portavoces de esta comisión- con estos portavoces que hoy estamos aquí. En esa reunión, el Grupo Socialista se interesó por varias cosas importantes pero hubo dos que tuvieron especial relevancia: una, la petición del plan de contingencia de carácter general a la consejería y, otra, cómo se iba a enfocar la prevención de riesgos laborales en el personal que atendía precisamente en las residencias y otros dispositivos. ¿Tuvieron ustedes conocimiento de que hubiera un plan de contingencia de la consejería o de las dos consejerías, Sanidad y Políticas Sociales? ¿Alguna vez tuvieron ese plan de contingencia, también llamado plan de choque -se le ha llamado de las dos formas-?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Yo no.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ¿Nunca lo vieron por escrito?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No, no.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: También una de las contestaciones del señor consejero fue que se había reforzado con personal de las mutuas a los centros, porque habían visto reducida -como usted muy bien ha manifestado- su plantilla. ¿Hubo algún refuerzo de personal que viniera de las Administraciones públicas o -como concretamente en este caso él se refería- de las mutuas?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Que a mí me consten, de las sociedades que yo conozco, no.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ¿No? Él decía que se habían realizado derivaciones de los pacientes que requerían hospitalización a solicitud de los propios centros. ¿Eran los propios centros los que gestionaban la derivación o era Atención Primaria la que intervenía en los criterios de derivación?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Respecto de lo que yo conozco, los propios centros se dirijan.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ¿Los propios centros se dirijan? ¿No intermediaba Atención Primaria?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Lo que yo conozco es lo que estoy manifestando.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Vale. Siempre se ha facilitado que pueden acudir a los hospitales los pacientes con discapacidad en igualdad de oportunidades que el resto de la población. Usted ya ha

contestado a esta pregunta con anterioridad que no siempre se garantizó, porque ustedes sí detectaron que podía haber casos de discriminación y, de hecho, los han denunciado.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: De hecho, en una de las situaciones la derivación no se iba a producir y nos dirigimos a la Dirección General de Políticas de Discapacidad y a la de Coordinación Sociosanitaria e inmediatamente se realizó con posterioridad ese mismo día.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Vale. Una última afirmación fue: "Hemos procurado adaptar las condiciones de atención sanitaria y de hospitalización a sus necesidades con el único objetivo de facilitar la asistencia y la comunicación, ofreciendo un trato adecuado y permitiendo que estuvieran acompañados siempre que la situación clínica así lo permitiera". ¿Qué opina sobre esto?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Que era muy deseable.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Que era muy deseable. Muy bien. Muchas gracias.

En relación con los protocolos con criterios de exclusión para la derivación a los hospitales, de los que se ha hablado mucho en esta comisión, ¿sus contenidos se ajustaban la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad? Solo quiero saber sí o no.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: No. Usted tiene conocimiento de que el Comité de Bioética de España emitió un informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios, con fecha 25 de marzo. ¿Tiene usted idea de si el Comité de Bioética de la Comunidad de Madrid fue consultado o emitió algún informe en relación con estos protocolos, que se circunscriben, naturalmente, a la Comunidad de Madrid?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No lo sé; no me consta esto.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ¿No le consta? Bien, es solo por saber si lo conocía. ¿Qué institución, si la conoce, solicita al Comité de Bioética de España este informe al que me he referido?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: No me consta.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ¿No sabe si es una institución pública, privada, o si el Cermi intervino en su petición?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: El Cermi estatal en su momento solicitó, y además lo hizo en nota pública, un pronunciamiento en ese sentido.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: De acuerdo. O sea, que el Cermi estatal sí que intervino, preocupado, en relación con el Comité de Bioética de España.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Sí; de hecho, hicimos alguna nota conjunta ambas entidades, Cermi Madrid y Cermi estatal, en ese sentido.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Vale. Usted el 1 de abril informó de que le dirigió una carta al consejero de Sanidad, al señor Ruiz Escudero. Antes ha dicho que esta no fue respondida, pero ¿qué considera usted que tenía que haber hecho el consejero de Sanidad frente a la carta que le mandó? ¿Qué esperaba usted del consejero de Sanidad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Yo al consejero le trasladaba nuestra inquietud por el protocolo...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sí, sí, le hago esta pregunta, con toda franqueza, porque probablemente había expectativas no satisfechas que a lo mejor hubieran resuelto en gran medida cómo podían gestionarse ciertos problemas.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Nosotros le manifestábamos nuestra preocupación por el protocolo, nuestra preocupación por la falta de materiales de protección y solicitábamos un pronunciamiento claro en favor de los derechos de las personas con discapacidad de que iban a ser tratadas en igualdad de condiciones; eso es lo que solicitábamos.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Por último, ¿cómo valora usted la escasez de información epidemiológica desagregada en relación con las personas con discapacidad?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Pues que es altamente mejorable, altamente mejorable. Creemos que hay mayor necesidad de información, lógicamente. Nosotros la demandamos y apareció en un primer momento, pero se estancó, o por lo menos no hemos sido capaces de localizar más información; a lo mejor existe y yo no la he localizado o no la hemos localizado...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ¿Por qué no vio la luz el protocolo que Cermi trabajó con la Comunidad de Madrid?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: ¿Perdón?

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ¿Por qué no vio la luz el protocolo que trabajaron ustedes con la Comunidad de Madrid?

El Sr. **MORAL ORTEGA**: El borrador que estuvimos trabajando...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: El borrador, lleva usted razón.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Era un borrador, no un protocolo, era un documento de trabajo. Vuelvo a reiterar, como he señalado, que entendíamos que en este momento ya -porque pasaron muchos días- no era necesario porque la situación era completamente distinta.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias, ha sido muy amable.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Díaz Ojeda. Muchas gracias, don Óscar Moral; ha concluido su comparecencia. Le reitero, tal y como han hecho los portavoces de los diferentes grupos políticos y ya en nombre del conjunto de la comisión, nuestros agradecimientos y nuestras disculpas por hacerle volver a esta casa, que ya sabe que siempre es la suya, y que siempre haya estado dispuesto a colaborar con la misma. Muchas gracias.

El Sr. **MORAL ORTEGA**: Muchas gracias a ustedes.

El Sr. **PRESIDENTE**: Hacemos un receso hasta las 11:30 horas; no llega a los diez minutos, pero a las 11:30 horas, por favor, estén puntuales, que hay que conectar la videoconferencia.

*(Se suspende la sesión a las 11 horas y 21 minutos).*

*(Se reanuda la sesión a las 11 horas y 35 minutos).*

El Sr. **PRESIDENTE**: Continuamos con la comisión. Pasamos al segundo punto del orden del día.

**C-1573/2020 RGE.16246. Comparecencia del Sr. D. Carlos Mur de Viu, ex Director General de Coordinación Sociosanitaria, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, al objeto de aportar, debido a las responsabilidades que ostentó, y en el ejercicio de las mismas, información relevante acerca de los hechos motivo de análisis en la Comisión de investigación sobre la emergencia COVID-19 en el ámbito de las residencias de mayores de la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 75.3 del Reglamento de la Asamblea).**

Buenos días, don Carlos.

El Sr. **EX DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA** (Mur de Viu Bernad): Buenos días a todos y a todas.

El Sr. **PRESIDENTE**: ¿Me escucha perfectamente? ¿Nos escuchamos bien?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, le escucho muy bien; muchísimas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muy bien. Con carácter previo, en relación con los derechos que asisten al compareciente, así como los apercibimientos legales que se hacen del mismo, ambos constan de forma expresa en el escrito de requerimiento que se le ha notificado. ¿Nos puede confirmar, por favor, si ha leído este escrito y le constan los derechos que le asisten y los apercibimientos legales penales que le son aplicables?



El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, he recibido el requerimiento, lo he leído y soy consciente de ambas cosas.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. ¿Se escucha bien?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Muchísimas gracias a usted.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vamos a ver si nos pueden subir un poquito más el volumen desde los servicios técnicos, no por usted sino por nosotros, porque supongo que usted nos escucha bien.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, yo escucho bien, muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. (*Pausa.*) Ahora mucho mejor. Se recuerda que el formato de la comparecencia es de pregunta y respuesta, tal y como está explicado en el escrito de requerimiento, en un turno único por cada grupo parlamentario de quince minutos.

Al objeto de justificar la comparecencia tiene la palabra, por el grupo proponente, el Grupo Parlamentario Más Madrid, por un tiempo máximo de tres minutos, don Emilio Delgado; cuando quiera, don Emilio.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Muchas gracias, presidente. Señor Mur, bienvenido a esta comisión. El objeto de haber solicitado su comparecencia en esta comisión es tratar de aclarar hechos por el nivel de incidencia que pudieron tener durante la primera ola de la crisis del COVID-19 en las residencias de personas mayores y personas con discapacidad en la Comunidad de Madrid; fundamentalmente, en lo que tiene que ver con la elaboración de protocolos, que se han dado a conocer por los medios de comunicación, que podrían haber excluido a las personas de su derecho a asistencia hospitalaria, así como con la medicalización de las residencias y la forma en la que esta se implantó o no o si se encomendaron los trabajos para que se llevara a cabo. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor diputado. A continuación pasamos a la intervención de los grupos parlamentarios, de menor a mayor. Por el Grupo Parlamentario Unidas Podemos-Izquierda Unida-Madrid en Pie tiene la palabra, por un tiempo máximo de quince minutos, doña Paloma Villa; cuando quiera, señoría.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Gracias, presidente. Gracias, señor Mur, por comparecer, aunque sea en la distancia. Sobre todo yo creo que en esta comparecencia lo que nos interesa a todas y a todos es el tema de los protocolos sanitarios de la Comunidad de Madrid. Yo tengo que hubo cuatro: uno el 18 de marzo, otro el 20 de marzo, otro el 24 de marzo y otro el 25 de marzo. ¿Usted firmó todos estos protocolos con firma digital cuando era director de Coordinación Sociosanitaria de la Comunidad de Madrid?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, dichos protocolos, tanto las primeras versiones como el protocolo definitivo del día 25, están firmados.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: La primera versión, que es la del 18 de marzo, la firmó usted a las 14:07 horas y la envió a las 14:20 horas, en total, a nueve altos cargos del Gobierno de la Comunidad de Madrid, y el correo lo iniciaba con la siguiente frase: A la atención de directores gerentes y directores médicos de los hospitales de la Comunidad de Madrid. ¿Pretendía que este protocolo del 18 de marzo llegara a todos los gerentes y directores médicos de los hospitales de la Comunidad de Madrid, como ponía en la atención de su correo, en el que se decía para quién era este correo y este protocolo?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Este protocolo geriátrico interno de funcionamiento, que fue elaborado por hasta dieciocho geriatras expertos y rubricado por mí en su momento, buscaba justamente llevar atención sanitaria in situ a los centros sociosanitarios en las residencias de mayores. Lo que se pretendía fundamentalmente era llevar desde los hospitales, ya bastante faltos de material, tanto equipos de protección individual como oxigenoterapia y farmacoterapia, que preparaba la farmacia del hospital, y asimismo también recomponer una red de geriatras de enlace desde los distintos hospitales para prestar asistencia. Lógicamente, el protocolo, que absolutamente se hizo para medicalizar distintas residencias, era una vía de actuación para coordinar a los profesionales. En ningún momento pretendió ser, porque no podía serlo, una orden administrativa -yo no la di ni conozco que nadie lo hiciera- sino simplemente un conjunto de recomendaciones que se comunicaba también a los gerentes de hospitales para que supieran la forma en que se iba a proceder a dar asistencia a los centros que eran más vulnerables en ese momento de la pandemia. No olvidemos que ya el viernes 12 de marzo el consejero de Sanidad anunció un plan para medicalizar la residencias de mayores.

Me gustaría recordarles y ponerles en contexto para dar una mejor respuesta a su pregunta que mi dirección general es una dirección general nueva, creada en el BOCM de 25 de septiembre de 2019, que recibe su estructura y sus funciones en el BOCM de 28 de noviembre, que infieren que la nueva dirección general carece de competencia directa sobre recursos sanitarios, hospitales, Atención Primaria o Summa 112, que dependen de la Dirección General del Proceso Integrado de Salud; tampoco contábamos con un presupuesto que ejecutar ni con capacidad de contratar o llevar a cabo ninguna acción directa, ni con personal a mi cargo. Hasta el mes de marzo de 2020, componíamos la RPT de nuestra dirección general dos personas: mi secretaria y yo mismo. Como un compañero de profesión muy inteligente y diputado en esta cámara me definió una vez, casi se trataba de una figura de consultor con rango de director general sin mando en plaza.

En ese contexto, el día 13 de marzo a las 9 de la mañana yo mantuve una reunión, para dar cumplimiento a la indicación de medicalizar y prestar ayuda a las residencias de mayores, con los principales jefes de servicio de geriatría de la Comunidad de Madrid. Se elaboraron diversas versiones y borradores, hasta seis, del protocolo clínico de atención a las residencias de mayores, hasta llegar al último de los protocolos a los que usted se ha referido el día 25.

Los textos toman como base el documento inicialmente elaborado por el doctor Javier Martínez Peromingo, en aquel momento jefe de servicio de geriatría en el Hospital Rey Juan Carlos, y

el resto de las aportaciones de los distintos expertos geriatras reunidos allí. A partir del domingo 15, que sería la versión corta de dicho protocolo geriátrico, la aportada por la doctora Maite Vidal, que sustituyó a su jefe de servicio, quien estaba enfermo de COVID, el doctor Serra, reputadísimo experto, en las reuniones de la Mesa de Apoyo al Sermas, en cuyas reuniones siempre se encontraban el consejero de Sanidad, el asesor para la pandemia COVID-19 y los distintos expertos convocados, los especialistas en geriatría, urgenciólogos, intensivistas, que fue una de las áreas clave, ¿no? Dicho protocolo geriátrico se me remitió el 15 por la tarde y al grupo de geriatras referentes, el 16 a las 7 de la mañana...

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Perdón...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: ¿Sí?

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Le voy a seguir haciendo alguna pregunta, porque, si no, se me va el tiempo, porque está dando unas explicaciones muy largas. Usted dice que hizo todos estos protocolos para medicalizar las residencias y que no eran protocolos de no derivación; por ejemplo, en la segunda versión, firmada por usted el 20 de marzo a las 16:37 horas, que fue enviada a las 17:32 horas, en este caso a diecisiete altos cargos de la Comunidad de Madrid, se dice: No se derivarán al hospital a los pacientes que cumplan con los siguientes criterios...; no se procederá a derivar al hospital a los pacientes que no tengan las siguientes características..., según los criterios de exclusión. Se habla de unos criterios de exclusión en estos protocolos, que no eran borradores, eran protocolos, porque nadie firma un borrador y se lo manda a diecisiete altos cargos para que se lo manden a los hospitales y a las gerencias de los geriátricos. Entonces, ¿por qué eran los criterios de exclusión?, ¿porque usted se creía que iban a medicalizar las residencias, cosa que no pasó, y que les iban a atender ahí?, ¿para no colapsar los hospitales?, ¿o porque estábamos jugando a ver quién merecía vivir y quién no en las residencias de la Comunidad de Madrid?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Mire, el objetivo fundamental de dichos protocolos, que no eran ni órdenes de aplicación directa ni de obligado cumplimiento, era dar criterios homogéneos y coordinados a todos los profesionales para que se pudiera analizar caso por caso, individualmente, ya que contábamos con escasos recursos sanitarios para la situación de catástrofe sanitaria que nos venía.

En la versión a la que usted se refiere de dichos protocolos, que insisto en que servían de orientación para la toma de decisiones, fueron avalados por mí por una razón fundamental: porque en el día a día, mientras llegábamos a conclusiones definitivas, el cataclismo al que hacían frente en primera línea todos los profesionales era enorme y no queríamos que no tuvieran ningún tipo de apoyo desde la Administración y que pesaran sobre sus hombros determinadas decisiones, como sucedió con los intensivistas en Milán, por ejemplo. Y aunque yo apunté mi disconformidad con criterios relativos al índice de Barthel o a la enfermedad neurodegenerativa, decidí avalar dicho protocolo de forma general a expensas de futuras modificaciones.

Con respecto a lo que concluye, dicha versión no tuvo el consenso absoluto de todos los especialistas, lo cual es absolutamente fundamental en este tipo de documentos. Es una redacción inadecuada de los criterios o recomendaciones de derivación, utilizando el término de exclusión. Se trataba únicamente de recomendaciones de personas que sería mejor intentar tratar en las propias residencias. Y nunca se llegó a aplicar por aquellos que tendrían que haberlo aplicado, que eran los geriatras de enlace. En cualquier caso...

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Cuando dice usted que nunca se llegó a aplicar, entre los días 18 y 29 de marzo, que más o menos fueron los días desde que firmó usted el primer protocolo, las derivaciones a hospitales bajaron casi en un 40 por ciento, cuando, por supuesto, había mucha más gente enferma en las residencias porque había pico de contagios. Entonces, sí hicieron caso a estos protocolos y no derivaban a personas mayores. Hemos tenido aquí comparencias de directores de residencias y de directores de hospitales que así nos lo han dicho, que era imposible derivar a personas mayores de residencias a hospitales y que todo era porque tenían esta orden; la tenía el Summa de ambulancias, la tenían los geriátricos y la tenía todo el mundo.

Otra pregunta es sobre las versiones; algunas, que las mandan nueve personas, otras, diecisiete personas, pero siempre hay cuatro o seis personas que se las mandan siempre. No sé si usted ve la Mesa de aquí, donde está el presidente. Una de esas personas era la señora Ana Dávila, viceconsejera de Asistencia Sanitaria, y que ahora está en la Mesa de esta comisión de investigación. ¿Ella recibió todos los protocolos, los cuatro? ¿Se los mandó usted por correo?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo siempre informé a mis superiores directos de dichas versiones y de la evolución de los protocolos.

Pero permítame que le haga una mención referente a los traslados. Los datos que yo tengo, de la Mesa de Coordinación del Summa 112, son que en el mes de marzo se trasladaron un total de 2.451 personas, y precisamente en los días mencionados fueron 190 el día 20, 183 el día 21, 152 el día 22, 184 el día 23 o 179 el día 24. Es posible que parezcan pocos, pero, más allá de lo que pusiera en algún documento, había dificultades reales para que los traslados y, desde luego, la atención in situ en residencias fueran más complicados. Lo resumo brevemente: fundamentalmente en las residencias, en aquel momento, no llegaron EPI, y todos sabemos que -se supo también- por distintos decomisos y que no llegaron los equipos de protección individual que se habían adquirido. Eso supuso un contagio masivo hasta a 600 profesionales de los centros sociosanitarios, con lo cual la posibilidad de medicalizarlas o de dar atención in situ era muy complicada y muy difícil de cubrir por contratación.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Pero conteste, por favor, a mis preguntas.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Conteste, por favor, a mis preguntas. Esos correos que usted envió a sus superiores directos, todos estos protocolos, ¿se los envió usted a la señora Dávila, viceconsejera

de Asistencia Sanitaria en ese momento, que ahora está aquí, en la Mesa de la comisión de investigación de las residencias? ¿Se acuerda a quién se lo envió?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Así fue, y también a los compañeros... Sí, sí. Me acuerdo perfectamente, y también los envié a los compañeros de la Consejería de Políticas Sociales ya que, además, dos personas de ella, el gerente y el coordinador médico de la AMAS, habían consensuado dichos protocolos y habían participado activamente en su realización.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Pero a la señora Dávila se los envió?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, los envié.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Perfecto. Cuando le dijeron que podría tener consecuencias legales, el consejero Reyero, ¿usted qué pensó?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: A mí directamente, el consejero Reyero, con el cual hablaba directamente casi todos los días en aquellas semanas y mantuvimos una relación muy estrecha - incluso me invitó en una ocasión a comer y a reunirme con su equipo, el día 18, para hablar de determinadas necesidades, entre las que también se habló de cómo se iban a vehiculizar, posibilidad de contratación para dotar de personal a los recursos sociosanitarios y también para comentar un poco la posibilidad de establecer un mando único en los servicios sociales al igual que se había hecho en el mando sanitario-, nunca me comunicó directamente ese tipo de calificativos, que entiendo que comunicaría a su homólogo. De hecho, a mí ningún compañero del nivel técnico ni ningún coordinador médico de la Consejería de Políticas Sociales me manifestó en esos términos su oposición o queja a las distintas versiones del protocolo o al protocolo definitivo final.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Nadie le avisó de que podía ser discriminatorio para las personas con avanzada edad o para las personas con algún tipo de movilidad reducida? Si quiere, usted nos puede explicar un poco qué es el índice Barthel, que era en lo que se basaba parte de sus protocolos, que es si una persona anda o no anda o se puede lavar los dientes sola. O sea que casi cualquier persona con discapacidad física, ya fuera física por movilidad reducida o con deterioro cognitivo, no entraba para poder ser atendida en un hospital según sus protocolos. ¿Usted cree que esto es discriminación a las personas que podrían tener una vida plena y vivir muchos más años simplemente por tener una movilidad reducida o por tener un deterioro cognitivo o una discapacidad intelectual?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: El índice de Barthel, sobre una puntuación de 100 puntos, efectivamente, mide la capacidad de una persona para las actividades básicas de la vida diaria: para vestirse, alimentarse, para la deambulación y muchas otras cuestiones. En las distintas versiones, lo que se buscaba justamente era intentar no desplazar de las residencias, donde iban a recibir su asistencia sanitaria, a personas con dificultades y, además, personas que puntuaran el grado máximo de la escala GDS, que mide la demencia, en grado 6 o en grado 7, justamente, para evitar traslados innecesarios a medios hospitalarios que en aquel momento eran muy hostiles. Fueron criterios clínicos y técnicos que se establecieron pensando en lo mejor para la generalidad de los enfermos y

conociendo las posibilidades de un sistema sanitario colapsado. No olvidemos que había hospitales que, con 450 ingresados COVID positivos, tenían ese mismo número de personas intentando ingresar. Eran guías para que los geriatras de enlace fundamentaran la toma de decisiones, como siempre se hace en una situación de medicina de catástrofe. Fueron tomadas siempre de manera individualizada, no se estableció una discriminación generalizada de nadie. Y la aplicación de esto supuso que unas personas se consideraran más indicadas a ser tratadas en una residencia, en su entorno habitual, especialmente aquellas que requerían un cuidado paliativo, y otras se podían beneficiar en su pronóstico vital o en su evolución de un traslado al hospital. Era obligado por la situación. Después de hablarlo mucho durante los primeros días y finalmente consensuar que era muchísimo mejor la escala de fragilidad u otros criterios para valorar dichas recomendaciones de valoración, vimos que era obligado por la situación establecer algún tipo de protocolo, como habían hecho en las unidades de cuidados intensivos. Estarán redactadas las distintas versiones de manera más o menos afortunada; se estará más o menos de acuerdo con los criterios, y es comprensible, pero el protocolo geriátrico era conforme con la práctica clínica en medicina de catástrofes, tal y como han dicho la Sociedad Española de Bioética y varias escuelas de medicina legal. Y, desde luego, nunca...

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Perdone. Cuando usted supo que las residencias no estaban medicalizadas ni se pensaba medicalizarlas, pese a que el señor Escudero y la señora Ayuso decían, primero, que 100, luego, que eran 200, luego, que eran 400 y las que ellos quisieran, cuando ya es por todo el mundo sabido que ninguna residencia era medicalizada; cuando veían que eran personas con una escala de fragilidad, alta fragilidad, simplemente por ir en una silla de ruedas, porque ahí el índice Barthel te baja, porque ya no puedes andar sola ni puedes deambular sola ni puedes hacer muchas cosas sola, y te excluían de la atención sanitaria no solamente si tenías COVID sino por cualquier otra enfermedad... No podías ir a un hospital a nada; tuvieras COVID o tuvieras cualquier otro problema médico, te tenías que quedar en tu residencia, sin ningún tipo de asistencia sanitaria. Murieron en este periodo de tiempo, que no llega al mes, casi 4.000 personas en las residencias sin recibir asistencia sanitaria, algunas de COVID y otras de no COVID, de cualquier otra patología, porque no podían ir a un hospital, se lo habían prohibido. ¿Usted está contento con haber firmado esos protocolos? ¿Cree que fue la mejor decisión, visto desde ahora y viendo los resultados que han tenido esos protocolos?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo creo que el resultado final, evidentemente, no es para que nadie esté contento, ni nadie de los que padecemos en primera línea dicha pandemia, incluso los que en una situación terrible nos ofrecimos como voluntarios -y así fue mi caso- para trabajar como médico colaborando en una residencia a lo largo del mes de abril. El resultado, evidentemente, no podía ser bueno. Pero permítame que le concrete: en ningún caso, ninguna versión del protocolo suponía la discriminación generalizada de los mayores. El criterio de edad nunca se aplicó; es verdad que sí que existía en los criterios de las UCI y en el primer protocolo de derivación de Atención Primaria desde domicilio. Nunca fue una orden de obligado cumplimiento, y si algunos geriatras no indicaron determinados traslados, entiendo que lo hicieron buscando la mejor praxis posible, buscando el confort y la sedación de esas personas en su residencia. Y si algún hospital no pudo o...

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Pero ¿cómo puede ser que diga...? Un segundo. ¿Cómo puede decir que...?

El Sr. **PRESIDENTE**: Señora diputada, perdón, ya ha terminado su tiempo.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Perdón, doctor. A continuación, por el Grupo Parlamentario Vox, tiene la palabra la señora Joya; cuando quiera, señoría.

La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias, señor presidente. Gracias, doctor Mur. Bienvenido, aunque sea por vía telemática, a esta comparecencia; gracias por comparecer.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Muchas gracias.

La Sra. **JOYA VERDE**: En cuanto a los protocolos, una pregunta: ¿antes de firmar usted estos protocolos los consultó con el consejero de Sanidad o con algún alto cargo con más jerarquía que usted?, me refiero al momento concreto de antes de firmarlos, ¿o firmó directamente sin consultarles?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo hablaba con mis superiores prácticamente todos los días, y sí, dando respuesta a las indicaciones realizadas el día 12, y sobre todo en la reunión interna que tuvimos el día 15 en el Sermas, evidentemente sí, tomé la decisión y... (*Problemas en la conexión*).

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿Perdón? ¿Puede repetir la respuesta?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, sí, perdone. Que dando cumplimiento a las indicaciones recibidas para medicalizar las residencias y dar atención sanitaria in situ, que era justamente el objetivo de dichos protocolos -era lo que intentaba plasmar-, yo estaba evidentemente en contacto con mis superiores jerárquicos y todo ello fue comentado. De hecho, el día 20 de marzo a las 14:00 horas -puede que esto sea una información relevante-, justo antes de la versión de la que hablaba la portavoz anterior, yo remití un correo electrónico a los dos consejeros, de Sanidad y Políticas Sociales, en la línea de la comunicación diaria que teníamos, proponiendo medidas urgentes ante un fin de semana que se presentaba infausto. Evidentemente, la situación de las residencias en aquel momento, y eso habían observado todos los muy, muy heroicos -subrayo esto- geriatras de enlace en las distintas residencias, no estaba para prestar atención sanitaria in situ por falta de material absoluto, teníamos problemas con el transporte, los hospitales estaban colapsados...

La Sra. **JOYA VERDE**: Sí.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Y, al mismo tiempo, los criterios de admisión en el Ifema recién montado, en lo que se iba a conformar ese fin de semana en los hoteles sanitarizados...

La Sra. **JOYA VERDE**: Sí.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No permitía grandes dependientes. Y...

La Sra. **JOYA VERDE**: Vale. Gracias, doctor Mur.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Proponía medidas urgentes, fundamentalmente flexibilizar los criterios de traslado...

La Sra. **JOYA VERDE**: Bien.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Ingresar directamente en hospitales de media y larga estancia.

La Sra. **JOYA VERDE**: Sí, pero por concretar solamente: a usted, cuando le mandan los geriatras ese protocolo o esas recomendaciones, que usted las valora -hemos visto que usted conoce los índices, usted conoce los conceptos-, ¿usted decide firmar y luego comunicar a sus superiores o usted, primero, pregunta a sus superiores si puede firmar ese protocolo y luego firma? Simplemente, una respuesta rápida.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo decido avalar el protocolo, siendo una versión, evidentemente..., vamos, las versiones anteriores, y sí que antes de la firma del definitivo lo consulté y lo comenté.

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿A quién lo consultó, por favor?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Lo hablé con la viceconsejera y con el consejero de Sanidad, y con el consejero de Políticas Sociales.

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿Antes de firmar el protocolo definitivo se refiere ya al del veintitantos de marzo?, ¿o al del 18 de marzo? Yo hablo del primerísimo protocolo que pasa por sus manos, ¿lo consulta antes de firmarlo o lo firma y luego lo traspasa?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: El primerísimo protocolo se me trasladó como aprobado desde la Mesa de Apoyo al Sermas...

La Sra. **JOYA VERDE**: Sí.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Y de la Mesa de Apoyo a la Consejería de Sanidad del día 15, y entendí que estaba lógicamente avalado y que sus criterios, a propuesta de colaboración de los geriatras, estaban aprobados...

La Sra. **JOYA VERDE**: De acuerdo.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Y, a petición de dichos profesionales para que tuvieran la rúbrica, efectivamente los firmé.



La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: De nada.

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿Algún responsable de la Consejería de Sanidad por encima de usted le llama o se pone en contacto con usted personalmente para trasladarle su disconformidad con esas recomendaciones?, ¿tienen alguna comunicación personal para hablar en concreto de esas recomendaciones o no? Simplemente, por ir un poco ágiles, sí o no.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No, no recibí ninguna llamada mostrándome la disconformidad con el contenido del protocolo geriátrico.

La Sra. **JOYA VERDE**: Ha quedado claro que ni por parte de ningún superior suyo de la Consejería de Sanidad ni tampoco de ningún responsable de la Consejería de Políticas Sociales.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No.

La Sra. **JOYA VERDE**: De acuerdo. Gracias.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Además, me gustaría aclarar que yo jamás envié ningún protocolo a ninguna residencia; lo envié a los compañeros de Políticas Sociales, que eran el órgano competente, para que lo distribuyeran como ellos consideraran.

La Sra. **JOYA VERDE**: De acuerdo. Muchas gracias.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: A usted.

La Sra. **JOYA VERDE**: El gerente de la Agencia Madrileña de Atención Social, don Óscar Álvarez, el día 5 de marzo dice que tienen la situación perfectamente controlada y están aplicando medidas para que la situación no vaya a más. ¿Usted se reúne con el señor Álvarez?, ¿en algún momento le comunica que está todo bajo control?, ¿ha tenido con Políticas Sociales durante los primeros días de marzo algunas reuniones personales con ellos?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, con don Óscar Álvarez mantuvimos reuniones y conversaciones diarias desde el día 5, que es cuando, además, tenemos los primeros casos en la Residencia de Mayores La Paz, de la calle de O'Donnell. El día 3 ya había fallecido una persona de dicha residencia ingresada en el servicio de geriatría del Gregorio Marañón. Y a partir del cierre de los centros de día de mayores y demás medidas de salud pública, mantenemos reuniones continuas. El día 13 yo mantengo una reunión, no solo con don Óscar Álvarez, también con la directora general del Mayor, el viceconsejero de Políticas Sociales y con los responsables de las principales patronales de las residencias privadas; manteníamos interlocución continua.

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿Don Óscar se ratifica en esa frase y esa afirmación que hace a primeros de marzo de que está todo controlado? Sí o no.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: El día 5 sí; el día 5 de marzo, sí.

La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias. Yo quería preguntarle en cuanto al manejo de los datos. Yo quiero recordar y lamentar -y creo que esto lo hemos vivido muchos- el auténtico viacrucis por el que los diputados y los portavoces de las distintas comisiones hemos pasado para tener información de los datos. Nosotros tuvimos distintas conversaciones con usted, con el jefe de Gabinete de Políticas Sociales, don Carlos Reus, intentando conseguir los datos de fallecidos en residencias, así nos pasaron la pelota en tres o cuatro ocasiones: el señor Reus decía que dependía de ustedes, ustedes decían que dependían de Políticas Sociales, y así nos tuvieron durante mucho tiempo; yo creo que esto que hemos vivido es un calvario. Y le quería preguntar: ¿en algún momento ustedes se reunieron para poner en orden los datos, para conocer los datos, para decidir quién iba a llevar el control de esos datos de las situaciones de fallecidos en las residencias? ¿Establecieron algún protocolo conjunto?, ¿Usted se reunió con alguien para establecer un protocolo conjunto de recogida de datos?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí. Justamente hago referencia a la reunión que tuvimos el día 18 en el despacho del consejero Reyero con todo su equipo, a la cual me invitaron amablemente. Era justamente, además, tras los trágicos sucesos de la residencia Monte Hermoso, y, aparte de hablar de otras cuestiones, de lo que realmente hacía falta en el terreno -material de protección, búsqueda de personal, contratación, la cuestión del mando único-, ahí hablamos sobre la recogida de información. Yo desconocía cómo se realizaba hasta entonces, yo tenía la idea de que se hacían inspecciones desde el CIRA, que eran presenciales en las residencias, como desde Sanidad realizábamos inspecciones sanitarias presenciales. Lo que se acordó en aquel momento, a propuesta del secretario general técnico de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Natalidad e Igualdad, era que el CIRA iba a hacer inspecciones telefónicas diarias para comprobar plazas ocupadas, plazas con capacidad de aislamiento, número de fallecidos en la propia residencia y en el hospital, y que iban a realizar un cuadro Excel diario -con distintos colores- en las residencias, según el índice de gravedad, y que nos lo iban a ir pasando a diario para que nosotros pudiéramos poner en marcha la red de geriatras y el apoyo desde Atención Primaria, y supiéramos también dónde había problemas de transporte y donde actuar...

La Sra. **JOYA VERDE**: Bien. Lo hicieron...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Y, eso se hizo así hasta el 28 de... ¿Sí?, perdón.

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿Lo hicieron en tiempo y forma?, ¿cumplieron con ese objetivo desde la Consejería de Políticas Sociales?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí. Todas las noches, tras un esfuerzo ímprobo, tras las dificultades iniciales, en torno a las 23:30 o 00:00 horas nosotros en Sanidad recibíamos los datos; sí.

La Sra. **JOYA VERDE**: Vale. De acuerdo. Ahora le rogaría, por favor, que contestara brevemente, porque tenemos poco tiempo. ¿Conoce usted la causa por la cual el servicio del Summa no entró a atender las residencias de mayores y personas con discapacidad?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: El Summa, hasta donde yo sé, sí que participó en muchísimos traslados de residencias a hospitales, eso lo he dicho anteriormente...

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿Pero hacer asistencia in situ en las residencias?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Ah, se refiere cuando pusimos en marcha el plan de choque, el Platercam 112.

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿Sabe por qué Summa no entró a las residencias a atender las residencias? Si lo conoce; si no conoce el motivo...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No.

La Sra. **JOYA VERDE**: Es por ir rápido. Vale.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No, lo desconozco... (*Problemas en la conexión*).

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿Alguien, algún responsable del Samur, se puso en contacto con usted para ofrecerse para entrar a colaborar en las residencias y trabajar en ellas?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí. Se ofrecieron directamente el día 1 de abril, por gestión directa de la presidenta de la Comunidad de Madrid, con el alcalde de Madrid. Me llamó el director del Samur para ponerse a nuestra disposición y formar parte del Summa 112, igual que yo lo hacía en el equipo Samur, Cruz Roja, se incorporaron Médicos sin Fronteras, Protección Civil, la UME y Bomberos.

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿Se aceptó la colaboración del Samur desde el primer momento en que se ofrecieron?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Por supuestísimo. Hicieron 235 servicios, muy bien recibidos; son unos grandísimos profesionales y tienen mi agradecimiento eterno.

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿Por qué no entró Samur a colaborar en residencias hasta el 5 de abril? Cuando se sabe que tuvieron que contactar con la señora Burgueño, por ejemplo, para que hiciera intervenciones en las residencias, cuando ellos podían hacer analíticas y ecografías... ¿por qué hasta el 5 de abril no entra Samur en las residencias, un mes después de la tragedia? ¿Quién da la orden de que Samur no entre en las residencias? ¿De quién depende la decisión de que Samur entre en residencias?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Eso lo desconozco, porque todo dependía de la Mesa de Coordinación del 112 que era quien organizaba los distintos traslados y establecía las medidas organizativas para ello.

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿El señor Busca es el último responsable de decidir si Samur puede o no entrar en las residencias? ¿El señor gerente del Summa 112?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo eso lo desconozco, si fue el señor gerente o alguna instancia superior.

La Sra. **JOYA VERDE**: De acuerdo. Y, ¿desconoce si se dio alguna orden por parte del gerente del Summa de no pasar avisos o de que Samur no pudiera entrar en residencias? Usted no conoce ese dato, ¿no es así?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No conozco lo relativo al Samur. Sé que hubo dificultades y retrasos en muchos avisos del Summa. Ya el día 18 de marzo se contabilizaban más de 57 avisos con un retraso de 24 horas, lógicamente tenían más de 9.000 llamadas diarias y muchísimos traslados intercentros y tuvieron muchas dificultades para llegar a ello y, evidentemente, sí, hubo que buscar también colaboradores externos, pero desconozco el aspecto concreto del Samur y por qué no se buscó su ayuda desde el primer momento, eso lo desconozco.

La Sra. **JOYA VERDE**: Cuando Samur se pone en contacto con usted, ¿a qué persona en concreto con nombre y apellidos usted le traslada ese ofrecimiento del Samur a trabajar y a intervenir en las residencias?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo lo traslado tanto a mi viceconsejera y a mi consejero como a don Carlos Novillo, viceconsejero de Justicia e Interior encargado del 112, que evidentemente aceptan con muchísima alegría la colaboración de Samur.

La Sra. **JOYA VERDE**: ¿Y obtiene alguna respuesta en concreto o no vuelve a tener conocimiento de lo que ocurre a partir de ahí con ese tema?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: En las reuniones diarias que teníamos del plan de choque, del Platercam 112, se integró el Samur como una entidad más; todos los días participaban en reconocimientos pesados de unas cuatro residencias en apuros, hacían reconocimientos posteriores, hacían atención in situ y, evidentemente, fui testigo de que Samur colaboró todos los días a lo largo de abril y de mayo en el llamado plan de choque.

La Sra. **JOYA VERDE**: De acuerdo, no hay más preguntas. Muchas gracias.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Muchas gracias, doctora.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. A continuación, y por el Grupo Parlamentario Más Madrid, tiene la palabra don Emilio Delgado; cuando quiera, señoría.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Muchas gracias. Señor Mur, voy a ir directo al grano y voy a ser rápido en las preguntas porque no tenemos demasiado tiempo. Quiero arrancar con una declaración que hizo la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, en el pleno de la Asamblea de Madrid, en la que dijo que no había habido ni una sola orden pública o política que decidiera traslados de residencias a hospitales, que lo que ocurrió fue que se filtró un borrador. Y empiezo por este

término, por filtrar. Los documentos que conocemos, ¿se han pasado a escondidas a algún periodista o se llegaron a enviar desde organismos públicos a las residencias y hospitales?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo, como comentaba a la primera interviniente, envié dichos protocolos a las distintas personas que figuran en el correo electrónico desde nuestra dirección general, nunca a las residencias puesto que no eran recursos bajo nuestra competencia. Evidentemente, yo personalmente...

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Correcto, pero usted se los envía a responsables de la Comunidad de Madrid y después alguien los envía a residencias y hospitales. ¿Quién los envía a residencias y hospitales?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: A hospitales desde la Consejería de Sanidad y a residencias entiendo que desde la Consejería de Políticas Sociales.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Perfecto, entonces no se filtra, sino que se envía de manera oficial con el sello y firmados y no es producto de una filtración, sino de un envío oficial. En segundo lugar, la segunda parte de la frase, se filtró un borrador. ¿En algún lugar de estos documentos figuraba que era un borrador? ¿Se especificaba que era un borrador o eran documentos que se mandaban de manera oficial?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: En la versión larga que acompañaba a todas las versiones previas sí que figuraba la palabra borrador, que era el documento técnico de los geriatras.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: En los seis documentos a los que hemos tenido acceso, que se enviaron a hospitales y residencias no aparece la palabra borrador. En ninguno de ellos.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Insisto en que en la versión larga, remitida hasta el día 25, que fue el protocolo definitivo, sí figura la palabra borrador de protocolo de atención en centros sociosanitarios, que luego pasó a ser el protocolo de atención en las residencias...

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Se lo voy a comprar. En las versiones anteriores del día 18, del día 20 y del día 24 no aparece. También usted, reiteradamente, habla del definitivo. ¿En alguno de los documentos anteriores a ese se les dice a las residencias o a los hospitales que no son documentos definitivos?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Eso nosotros lo comunicamos a los hospitales a través de la red de geriatras de enlace con la que estábamos en permanente contacto y, asimismo, también a los distintos gerentes de hospitales; todos los días había videollamadas y estábamos en contacto con ellos para comunicarles las diferentes incidencias y, por supuesto, en una situación catastrófica...

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Pero en ninguno de los documentos se especifica de ninguna manera que no son documentos de trabajo que haya que acatar, ni siquiera se especifica que no sean definitivos en ninguno de esos documentos. También ha comentado usted que no eran de obligado

cumplimiento, ¿se especifica en algún documento de los que enviaron que no eran de obligado cumplimiento?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No se especifica en ningún documento precisamente que sea de obligado cumplimiento, no es ninguna orden administrativa, de hecho...

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Correcto, entonces entiendo que a los profesionales médicos de la Comunidad de Madrid a partir de ahora cualquier protocolo que les llegue de la Consejería de Sanidad no tienen por qué cumplirlo, porque no hace falta especificar que es de obligado cumplimiento ni que no lo es, sencillamente son recomendaciones. ¿Usted se hace una idea de la inseguridad jurídica que traslada a los profesionales esta práctica? Si a un profesional le llega un protocolo de la Comunidad de Madrid, con sello de la Comunidad de Madrid y firmado por un responsable de la Comunidad de Madrid, y pone la palabra protocolo –que es un conjunto de órdenes a seguir, por cierto, esa es la definición de protocolo- no está obligado a cumplirlo; usted dice que no es de obligado cumplimiento y que tampoco hay que especificar que lo sea.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Mire, muchísimos geriatras, muchísimos no, pero algunos no estaban de acuerdo con la versión definitiva, y permítame que le defina -según la Real Academia Española- que un protocolo clínico es un conjunto de recomendaciones sobre procedimientos diagnósticos a utilizar ante cualquier enfermo con un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada entre un diagnóstico o un problema de salud.

Los profesionales médicos y de enfermería trabajamos con múltiples protocolos, y más en una situación de catástrofe que evolucionaba día a día y hora a hora en mitad de un cataclismo. Una orden en cambio es un acto administrativo, y seguro que lo conoce mejor que yo, mediante el cual se impone al administrado un deber de hacer o de abstención, respaldado por una sanción o consecuencia jurídica perjudicial para el incumplidor y la autoridad sanitaria que tenía la capacidad para hacer una orden nunca lo hizo.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Pues fíjese si tuvieron efecto estos protocolos y si se llevaron a cabo, y me imagino que usted sería plenamente consciente por la posición que ocupaba, que en esta comisión estamos viendo profesionales, gerentes de residencias, directores de residencias, plataformas de familiares que, sistemáticamente, se encontraron con que no podían derivar a los mayores a hospitales, precisamente por estos protocolos que no eran de obligado cumplimiento según usted. Fíjese que entre el 6 de enero y el 8 de marzo, cuando no había COVID, no había pandemia, se produjeron una media semanal de desplazamientos de 835 derivaciones de residencias a hospitales; son cuatro semanas muy estables, 926 la que más derivaciones hubo, pero 742 la que menos. Entre 700 y 900 derivaciones se realizaban sin COVID a hospitales, en cambio en la semana del 16 al 22 de marzo, la semana más crítica y con más pacientes, pero con estos protocolos ya funcionando, la cifra cae a 345 personas, que, efectivamente, es una caída de un 40 por ciento. Fíjese si se llegaron a aplicar.

Yo tengo una duda -usted ha dicho que había dificultades por colapso de hospitales para trasladar pacientes a hospitales-, ¿por qué no se mandaron a Ifema ni a pabellones médicos de Médicos sin Fronteras, por ejemplo? O, ¿por qué no hubo una sola derivación en marzo y abril a hospitales privados cuando la presidenta dijo que iba a funcionar la Comunidad de Madrid como un único hospital? ¿Por qué a esas personas se las privó del derecho a la asistencia hospitalaria habiendo estos recursos disponibles?

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

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: ¿Era mejor dejarles en las residencias, entonces, sin asistencia hospitalaria? ¿Cree usted que era mejor? Quiero decir, porque tenían mala suerte estas personas que no cumplían criterios para ir a hospitales públicos ni a privados, ni a Ifema... ¿La mejor solución era dejarles sin asistencia hospitalaria?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo en ningún momento he dicho eso. Es más, lo que le he dicho desde el principio es que se buscaba medicalizar las residencias o intervenirlas para poder prestar atención in situ y, evidentemente, esta es una cuestión importante. Siguiendo con la contestación a su pregunta, ciertamente dentro de la Mesa de Coordinación del 112 en la cual yo no formaba parte, no se habilitaron tampoco traslados directos a otros hospitales. Lo que nosotros pedimos, y que se llevó a efectos a primeros de abril, era la derivación directa desde las residencias de mayores hasta los hospitales de apoyo Cruz Roja y Santa Cristina, los de media y larga estancia, Guadarrama, Fuenfría y Virgen de la Poveda, lo cual, además, ahorra un viaje de ambulancia y, por supuesto, una molestia muchísima mayor a un residente con baja saturación de oxígeno, con dificultad respiratoria y que comenzaba con un cuadro de neumonía bilateral que tristemente avanzaba muy rápido.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Entiendo. Discúlpeme. Perdona que vaya rápido, pero no disponemos de mucho tiempo y tengo que aprovecharlo.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No, no; adelante, por favor.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: ¿Comunicó usted a la autoridad competente estos protocolos?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: ¿A alguien del Gobierno de España? ¿Del Gobierno central?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo no tenía comunicación directa con el Gobierno de España, ni ellos tampoco conmigo.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Entonces, ¿a qué autoridad competente le comunicó usted esto? ¿Quién era la autoridad competente en esos días?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: En aquellos momentos, la autoridad sanitaria en la Comunidad de Madrid era nuestro consejero de Sanidad; a partir del 28 de marzo de la orden conjunta, firmada por los dos consejeros, se forma como un mando único, pero, hasta el día 28 la autoridad competente para hablar de las residencias de mayores y de los centros de discapacidad es la Consejería de Políticas Sociales, a cuyos máximos representantes se les trasladó desde el primer momento dichos documentos, dichas actuaciones, y aun más que esto, es que participaron desde el principio en su redacción.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Dentro de los principios -me consta que usted es un experto en bioética- de la bioética moderna, la autonomía de toda persona -mientras no se demuestre lo contrario- es básica porque puede tomar decisiones con respecto a su vida. ¿Qué margen dejaban estos protocolos a las personas mayores que estaban en una residencia para decidir sobre su vida?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: En muchísimos casos, indudablemente, sí; dependía, por supuesto, del deterioro cognitivo de la persona y de la situación. Para ello estaban tanto sus familiares, con los cuales se consultaba las propuestas de derivación o las propuestas de tratamiento tanto desde la residencia como desde los médicos que los atendían y, por supuestísimo, los médicos responsables que, en última instancia, analizaban caso a caso qué paciente era mejor tratarlo en la propia residencia o qué pacientes se podía beneficiar de un traslado a hospitales que, insisto, estaban en una situación de colapso; nada que ver con la situación que le he comentaba con el número de traslados hasta marzo.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Pero, por un lado, las personas mayores sin deterioro cognitivo no pudieron decidir nada; sencillamente se les privó de asistencia hospitalaria. Y las personas que tenían deterioro cognitivo, ¿ustedes dieron pasos para consultar a sus familiares si se les derivaba o no? ¿O sencillamente les trasladaron que no cumplían criterios de derivación?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Desconozco casos concretos porque, evidentemente, sería una cuestión de analizar caso a caso.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Bien, otro principio de los cuatro fundamentales de la bioética es el de justicia...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Los protocolos eran en líneas generales así...



El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Todas las personas tienen los mismos derechos; entonces, ¿por qué se trató de manera distinta a una persona con exactamente las mismas condiciones que otra, salvo que la diferencia es que estuviera en una residencia o no? Porque sí acudieron a hospitales esos días personas que vivían en sus casas solas o con su familia, en cambio, la misma persona, en la misma situación, no pudo ir a hospitales por el hecho de estar en una residencia de la Comunidad de Madrid. ¿Dónde queda el principio de justicia de la bioética aquí?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No estoy de acuerdo con esa consideración. En ninguna versión del protocolo, ni siquiera en el definitivo, se privaba de dicho traslado a todos los residentes; simplemente, establecía unas recomendaciones clínicas para dicho traslado y a nadie se le dejó sin tratamiento por aplicación de ningún papel. O sea, cómo se aplicó, iría cambiando, pero se hizo cada día lo humanamente posible. Bueno, algunos hicimos lo humanamente posible; otros, ¡muchísimo más!, en un contexto en el cual ciertamente hubo medios limitados, hubo recursos limitados y, para que lo entendamos con una metáfora, era como intentar atender un incendio de 80 focos con tres extintores.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Sí, lo que ocurre es que, por un lado, la decisión de ir a un hospital o no les correspondía a esas personas, porque, mire, yo puedo entender que aquí haya un debate sobre si en una situación tan grave como la que teníamos había que priorizar a un tipo de enfermos o a otros, y ahí cada uno tendrá su opinión y tiene derecho a tenerla, ¡pero es una opinión! ¡La decisión correspondía a esas personas! ¡Con estos protocolos se les usurpó el derecho a decidir a estas personas y a sus familiares, en caso de que ellas no pudieran decidir! Son dos cosas distintas; ¡opinión tenemos todos!, pero la opinión nos la podemos guardar en el bolsillo porque les correspondía exclusivamente a estas personas y no tuvieron ocasión de decidir sobre su vida, sino que se les dejó directamente sin asistencia hospitalaria. Usted dice que no, pero aquí estamos hartos de ver cómo vienen profesionales, directores de residencias y asociaciones de familiares a decir que, efectivamente, sucedió eso. Los datos indican una caída clarísima de un 40 por ciento en esos meses de traslados de residencias a hospitales y no se aprovecharon otros recursos como podían ser los hospitales privados, que no tuvieron derivaciones del sistema público; entonces, es evidente que se les dejó en esa residencia.

La segunda cuestión es que se prometió medicalizar las residencias y lo único que hemos visto aquí, en ese sentido, fue que ustedes encargaron a la hija de un colaborador del Partido Popular -me gustaría que me hablara de esta cuestión- la medicalización de las residencias, que consistió en que ella subcontrató una empresa de ambulancias de Toledo, a la que no se pagó nunca, en una cosa esperpéntica que, en fin... Me gustaría que nos explicara cómo fue este proceso de medicalización de las residencias a través de Encarnación Burgueño, por qué se la elige precisamente a ella y qué monitorización hubo de ese proceso porque, una vez que ya no tenían salida y estaban atrapadas miles de personas mayores y personas dependientes en residencias, la única puerta de salida que les quedaba era la medicalización, y con lo que nos hemos encontrado es con que se hizo una chapuza -por ser tolerante- de dimensiones colosales. Entonces, me gustaría que nos explicara todo lo que rodeó a la cuestión de Encarnación Burgueño y la medicalización de residencias.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Mire, sin problemas. La medicalización de residencias fue muchísimo más allá de lo que se refiere y simplemente le daré cuatro datos para comenzar. A las residencias había que llevar cuatro cosas, fundamentalmente oxigenoterapia, fármacos, equipos de protección para proteger al personal... Oxigenoterapia, a día 20 de abril, se había llevado 2.442 equipos de balas y concentradores a 252 residencias; solo de febrero a marzo se sumó un 1.183 por ciento de oxigenoterapia. A nivel de fármacos, a 20 de abril, se habían llevado 176.526 unidades a 379 residencias de mayores; se hicieron 31 reposiciones programadas y 44 extraordinarias. A nivel de los EPI, se hicieron 4.257 entregas, entre el 21 de marzo y 8 de junio, un total de 12 millones de unidades de material desde los hospitales, almacén de...

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Pero, señor Mur, estamos hablando de medicalizar residencias, ino me hable de los EPI que llevaron! O sea, medicalizar una residencia entiendo...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Medicalizar residencias también...

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Sí, sí, claro que tiene que ver.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Si me deja terminar, se lo explico.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Claro que hacen falta los EPI para medicalizar una residencia, ¡obvio!, pero estamos hablando de medios acordes con la situación, una vez que a un paciente no se le deriva a un hospital. Si se le cierra a una persona mayor la puerta de un hospital, va a hacer falta algo más que los EPI para atenderle. Y eso es lo que no se llegó a hacer, pese a que el señor Escudero dijo que se habían medicalizado doscientas y pico residencias. ¿Ustedes medicalizaron doscientas y pico residencias?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Bueno, se llevaron a las residencias un total de 29 médicos, 25 enfermeros de Primaria, 158 geriatras que estaban ya en activo el 17 de abril, 134 el 27 de marzo, que hicieron 27.225 intervenciones telefónicas y presenciales. Se conformaron 36 equipos de hospitales en 198 residencias y en 56 centros de discapacidad. Y, echando mano -perdón por la expresión- de los médicos y enfermeras de las mutuas de AMAT, hubo un máximo de 84 profesionales trabajando, 32 médicos, 44 enfermeras y 8 auxiliares de enfermería. Evidentemente, faltaron medios y no llegaron a todas partes; fundamentalmente, porque 620 profesionales de los centros sociosanitarios cayeron enfermos por falta de material. Otros profesionales fueron reclutados desde Atención Primaria para ir al Ifema e ir a hospitales, hasta 621 médicos y 800 enfermeras, lo cual, evidentemente, desprotegió mucho ese...

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: ¿Y por qué desplazábamos ambulancias del Samur de Madrid a otras comunidades autónomas a la vez que contratábamos a una empresa de Toledo para que viniera a Madrid?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Hombre, sobre lo primero no puedo tener respuesta, porque, evidentemente, no me ocupaba yo directamente del Samur ni tenía conocimiento de ello...

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Correcto. Me dicen que tengo que terminar la intervención. Como se ha puesto de manifiesto que se baremó mal desde el principio la amenaza...

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Delgado.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Recuerdo que el 26 de febrero la señora Ayuso dijo que es más peligroso el miedo que el propio virus...

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Delgado.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Y que deja secuelas menores que la gripe; por recordarlo.

El Sr. **PRESIDENTE**: Señor Delgado, por favor. Muchas gracias.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: A continuación, por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, tiene la palabra doña Ana Isabel García García; cuando quiera, señoría.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Gracias, señor presidente. Gracias, señor Mur, por su comparecencia. Mire, antes de formularle las preguntas, le quiero recordar que mentir en una comisión de investigación es constitutivo de delito. Se lo quiero recordar porque además de que usted viene hoy a comparecer, también van a venir otros comparecientes -y han venido otros comparecientes- y puede haber una discordancia importante entre lo que usted ha manifestado, lo que han dicho los anteriores y dirán los futuros. En primer lugar, usted ha manifestado que usted le consultó al exconsejero de Políticas Sociales, el señor Reyero, los protocolos de los que están hablando, y también ha manifestado usted que validó los citados protocolos. Dígame, ¿desde cuándo la Consejería de Políticas Sociales valida un protocolo sanitario?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Buenos días. Discúlpeme, quizá me he explicado mal. Yo no he dicho que el consejero Reyero validara ningún protocolo ni explicara nada; yo lo único que he dicho es que, una vez realizados los protocolos, se los remití a las autoridades de Políticas Sociales para que lo remitieran a las residencias y que en la elaboración de dichos protocolos participaron dos personas de la Consejería de Políticas Sociales, de la Agencia Madrileña de Atención Social, con la cual trabajábamos en el día a día. Evidentemente, no se trata de que el consejero Reyero consensuara nada. También he dicho que teníamos una comunicación diaria y debo reconocer, además, que muy afable y educada por su parte, y que el día 20 de marzo, a las 14:00 horas, yo le pongo en copia de un correo alertando de las dificultades y las situaciones urgentes que encontrábamos, al igual que había escrito a don Javier Luengo, viceconsejero de Políticas Sociales, a la directora general del Mayor y a mi consejero y viceconsejera. Igual me he explicado mal, discúlpeme.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Por tanto, por concretar y por aclarar, ni usted le consultó el protocolo al señor Reyero ni el señor Reyero lo validó. ¿Esto es así?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Si hablamos del señor Reyero en concreto, efectivamente; la elaboración del protocolo y su validación lo hicieron a nivel técnico el coordinador médico de la AMAS, el doctor Primitivo Ramos, y el gerente de la AMAS, don Óscar Álvarez, que eran mis interlocutores habituales, por otra parte.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Recuerda usted que el exconsejero de Políticas Sociales se pusiera en contacto con el consejero de Sanidad a través de un correo electrónico el pasado día 22 de marzo, del que usted también tiene conocimiento, y que llegó a decirle que no estaba de acuerdo con esos protocolos?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo no tuve conocimiento en aquel momento de dicho correo electrónico; es más, el día 24 de marzo por la mañana, lunes, yo sí que recibo un mensaje del consejero Reyero en el que me comenta que había hablado con el consejero de Sanidad de distintos temas, y me habló en concreto de un proyecto que habíamos planteado conjuntamente, llamado Arca de Noé, para buscar una residencia limpia donde ir ubicando residentes asintomáticos de las residencias más afectadas; pero él personalmente a mí no me comentó ningún contenido, ni ninguna conversación o correo con mi consejero, con el consejero de Sanidad, y entiendo que tampoco tenía por qué hacerlo.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Le vuelvo a preguntar: entonces, ¿no recuerda que usted tuviera conocimiento a través de correo electrónico de la oposición del exconsejero, el señor Reyero, a los protocolos? ¿No recuerda que tuviera usted conocimiento de su oposición a través de un correo electrónico el pasado día 22 de marzo? ¿No lo recuerda?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No, no, recuerdo perfectamente que el día 22 de marzo yo no recibo un correo electrónico directamente del consejero Reyero. Mire, en aquella época, en los 64 días y 64 noches que yo estuve como director general de Coordinación Sociosanitaria en la primera ola de la pandemia, recibí y envié 3.025 correos electrónicos, los cuales han sido convenientemente revisados, y le puedo asegurar que yo no recibí, o no me consta haber recibido, correo electrónico con esas características.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿No recuerda que la Consejería de Políticas Sociales se opuso en bloque a que se aplicaran esos protocolos? Es decir, ¿se opusieron tanto el exconsejero como la directora general del Mayor y toda la Consejería de Políticas Sociales, tanto a la aplicación de los protocolos como a su difusión?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: En conversaciones informales, lógicamente, nos plantearon dudas, en la comunicación diaria que yo tenía tanto con el viceconsejero como con la directora general del Mayor, pero nuestras conversaciones versaban más sobre otras cuestiones; sobre todo, sobre cómo hacer seguimiento de la orden conjunta que teníamos, sobre cómo intentar salvar a los residentes en la situación que teníamos, cómo llevar a determinadas residencias a los pacientes asintomáticos, cómo buscar nuevos centros residenciales y, sobre todo, lo importante que era el terreno, cómo buscar contratación de personal, que por distintas razones no fue factible, porque...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Señor Mur, entiendo que a lo largo de esos días ustedes tuvieron que tratar sobre diferentes temas, pero la pregunta es muy sencilla y se la vuelvo a formular: ¿no recuerda que toda la Consejería de Políticas Sociales, tanto el exconsejero, como el viceconsejero, como la directora general del Mayor, se opusieron tanto a la aplicación como a la difusión de los protocolos? La respuesta es sencilla: sí o no.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No, no lo recuerdo, porque, además, si nosotros desde Sanidad remitimos dichos protocolos a la Consejería de Políticas Sociales y ellos lo remitieron a las distintas residencias en el ámbito de su competencia, la verdad es que no recuerdo...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Le quería preguntar sobre eso precisamente. ¿Usted está seguro de que fue la Consejería de Políticas Sociales quien envió esos protocolos a las residencias?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo puedo estar seguro de aquellos destinatarios o aquellos interlocutores a los cuales yo envié dichos protocolos, que fueron, lógicamente, los compañeros de la Consejería de Políticas Sociales; lo que ocurrió después, evidentemente, no lo puedo confirmar al cien por cien.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: En esta comisión han comparecido directores de residencias y muchos de ellos han dicho que no conocían esos protocolos más que de oídas. ¿A qué se debe, si ustedes han enviado esos protocolos? Si se han enviado esos protocolos a todas las residencias, ¿cómo es posible que a algunas no hayan llegado?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Le vuelvo a reiterar que yo nunca envié, ni mi dirección general, ni desde la Consejería de Sanidad, ningún protocolo a las distintas residencias de mayores. Se remitió al organismo competente de dichas estructuras, de dichos centros, y entonces puedo desconocer, o no puedo asegurar al cien por cien, evidentemente, a qué residencias llegaron y a cuáles no. También hay que recordar –y lo sabe mejor que yo, probablemente– que entre las 479 residencias de la Comunidad de Madrid hay una gran heterogeneidad, hay unas 20.000 plazas públicas, plazas privadas, y entiendo que es más fácil la comunicación a las de la AMAS o a las del Plan Velocidad; por cierto, eran las únicas que tenían algún tipo de material, como conducciones de oxígeno, como condensadores o como cuestiones para tenerlos allí, y entiendo que a muchísimas residencias privadas pequeñas, religiosas, municipales, determinadas comunicaciones o determinadas ayudas, que al fin y al cabo era lo importante, pudieran no llegar.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Por aclarar también; si el exconsejero de Políticas Sociales estaba de acuerdo con los protocolos, tal y como usted ha manifestado anteriormente, ¿por qué le iba a mandar una carta al consejero de Sanidad insistiendo en que esos protocolos podrían vulnerar los derechos de los mayores?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Disculpe que le aclare de nuevo este punto, por hacer honor a la verdad y, además, a la colaboración y apoyo que yo personalmente recibí y debo agradecer del consejero Rejero en los primeros días de la pandemia y al esfuerzo mutuo que intentamos hacer para

disminuir el drama: yo no he dicho que él mostrara su aprobación a ningún protocolo; he dicho más bien al contrario, que a mí personalmente no me trasladó el desacuerdo o sus motivos para no estar de acuerdo con dichos protocolos geriátricos. Es cierto que luego lo comunicó por escrito al consejero de Sanidad.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: En realidad, ¿quiénes tenían que aplicar esos protocolos? ¿Eran los geriatras?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Los protocolos consisten, básicamente, en cómo prestar atención en un centro sociosanitario como las residencias de mayores, y es evidentemente la red de geriatras de enlace quien tiene que aplicarlos. Fundamentalmente, insisto, era un protocolo para retrotraer medios a los hospitales y prestar atención en las propias residencias. Evidentemente, los geriatras también necesitaban la conformidad o el apoyo de las gerencias de los hospitales, en cuya farmacia hospitalaria se preparaban, administraban y enviaban todos los preparados, desde la hidroxiclороquina hasta los antibióticos, sondas y todo el material que había que llevar para allá. También, evidentemente, era necesario el concurso de las empresas de oxígenos y gases medicinales que, sin duda, estuvieron absolutamente fantásticos y a la altura de las circunstancias en todo ello. Es decir, que el profesional decisor, como era lógico, era el experto, cuyas conclusiones, lógicamente, eran las que se tenían que aplicar siempre individualmente y caso a caso.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Pero la pregunta es: ¿los geriatras de enlace, por tanto, aplicaron esos protocolos?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: La versión definitiva de los protocolos, que fue la que tuvo consenso absoluto, es decir, a partir del día 25, entiendo que sí, dentro de la medida de las posibilidades, porque le recuerdo...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: No, le pregunto por los anteriores, por los anteriores protocolos. Le vuelvo a preguntar: ¿los geriatras de enlace aplicaron esos protocolos del 18, 20 y 24 de marzo?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No me consta que se aplicaran de forma generalizada. Si hubo alguna situación en la que así se decidió, entiendo que sería por criterios clínicos o buscando la mejor praxis, y que habría que analizarlo individualmente.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Y para qué se envían si no se tienen que aplicar?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Se enviaron, insistimos, porque había que buscar un acuerdo general para una toma de decisiones y donde no había consenso era en una pequeña parte del documento, en la cual usted y otros intervinientes se están centrando, que era lo referente a los traslados, pero, evidentemente, claro que se aplicaron a la hora de hablar de la oxigenoterapia, a la hora de hablar de establecer ayudas para la zonificación, para el aislamiento, llevar los EPI, ayudarles también en cursos de formación a todos los profesionales de las residencias que, por cierto, necesitarían un aplauso bastante más que aquellos días a las 8 de la tarde, por la enorme labor que

hicieron. Es decir, en lo único en lo que no había un consenso absoluto era en los llamados criterios de recomendación o de traslados establecidos inicialmente en los protocolos de la doctora Vidal y del doctor Martínez Peromingo, hasta que se unifica todo y, a partir del día 25, se establecen -y leo textualmente- unas recomendaciones de derivación hospitalaria ante infección respiratoria después del contacto con el geriatra de enlace. Evidentemente, tras las medidas para la prevención, control de la infección y limitación de transmisión, según los estándares establecidos, eran unos traslados que se convenían entre el médico de la residencia y el geriatra de enlace de referencia, con un procedimiento, con establecimiento de un plan de contingencia de personal y, sobre todo -y quizá lo más importante, que es lo que está pasando desapercibido-, todo el material que se suministró a las residencias en forma, por supuesto, de antibióticos, el resto de medicación...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Por tanto, señor Mur, por aclarar...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sueros fisiológicos, aerosoles...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Señor Mur, por aclarar...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: ¡Dime!

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Entonces, ¿usted lo que está manifestando es que los protocolos de los días 18, 20 y 24 de marzo, en su parte relativa a la no derivación, no se aplicaron por los geriatras de enlace?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No me consta que se aplicaran de forma generalizada.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Cambiando de tema. En su comparecencia en esta misma comisión de investigación, la señora Burgueño manifestó que había presentado ante la Consejería de Sanidad varias propuestas de servicios para las residencias y que usted se puso en contacto con ella para implementar estos servicios. ¿Esto es cierto?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: La directora de dicha empresa se puso en contacto conmigo enviándome un mensaje de WhatsApp, exactamente el día 22 a las 7:04, ofreciendo su colaboración para la consejería, que se concretaba en una propuesta de revisión de residencias de mayores en apuros; básicamente, rellenar fichas de necesidades, ayudar en la zonificación, en el aislamiento y en el tratamiento in situ. Tuvimos una conversación telefónica el día 26, después de que el miniequipo que yo había conformado en la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria estudiara su propuesta, que evidentemente era una propuesta de mínimos, y, en unos momentos en los cuales tristemente no teníamos mucho donde elegir a nivel de material ni, sobre todo, a nivel de personal, se aceptó una colaboración que consistió en unas visitas de hasta cien residencias por parte de nueve personas. Ellos reportaron, por ejemplo: cuatro visitas el día 27 de marzo, ocho el 28, cuatro el 29, catorce el día 30, veintiuna el 31, catorce el 1 de abril, diez el 2 de abril. Hicieron un trabajo de campo, aunque algunos geriatras de enlace también solicitaron sus servicios de apoyo, como, por ejemplo, ocurrió en una residencia de San Martín de Valdeiglesias, muy afectada, del área del Hospital

Rey Juan Carlos; evidentemente, se vio que la ingente y trágica cantidad de trabajo era desproporcionada para los efectivos y experiencia de dicha empresa, y el día 6 de abril...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Una cosa, señor Mur.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Tras constatar este punto con desarrollo del...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Una cosa, señor Mur...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, dígame.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Cómo se realizó la contratación de los servicios de la señora Burgueño?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: En este caso no se llegó a formalizar contrato de esta actuación. Nunca se abonó nada de fondos públicos, entre otras cosas porque yo no tenía ni la capacidad de proponer ni de formalizar ni de ejecutar ningún contrato. Yo únicamente podía priorizar...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Sin embargo, ha firmado usted...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Qué servicio era necesario prestar.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Ha firmado usted. Discúlpeme, señor Mur...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, dígame.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Ha firmado usted un documento por el que autorizaba a la señora Burgueño a comprar lo necesario para el desempeño de sus servicios y que después se lo abonaría la Consejería de Sanidad?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo, evidentemente, firmé una...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Se lo pregunto porque de ese documento han hablado tanto la señora Burgueño como el dueño de la empresa Transamed.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, sí.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Y, de hecho, es de todos conocido, porque ha salido también en los medios de comunicación, y aparece firmado por usted.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí. La nota a la que usted se refiere era más bien una identificación para acceder a las residencias para prestar ayuda y un reconocimiento de reembolsos de gastos previamente aprobados, si es que incurrían en ellos, como también hicimos con la empresa colaboradora SAMU, que sí que continuó su labor y se cerró la formalización del contrato. Mire, esa



nota no puede ser un contrato, primero porque yo no tenía capacidad para hacerlo ni para ejecutarlo, ni cumple los requisitos formales mínimos y...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Entonces, dígame, señor Mur, ¿qué es esa nota? Si no es un contrato, ¿qué es?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo la llamaría –insisto- como una nota de identificación, una nota para realizar un encargo para colaborar en un momento en el cual no podíamos precisamente elegir qué colaboradores buscar porque, insisto, mire, nadie otorgó a estas personas la gestión integral de la crisis; colaboraron en la gestión de la crisis. A todo lo que se ofreció, con un mínimo de garantías...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Perdone. ¿Cómo iban a cobrar esos servicios? ¿O iban a trabajar gratis?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No. Se llegó a un compromiso de reembolso de gastos, como se hizo con otras colaboraciones de centros privados. Por ejemplo, las empresas de oxigenoterapia sirvieron cantidades industriales, luego pidieron, luego se formalizaron contratos. Todas las colaboraciones que se hicieron...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Y por qué a estos señores...?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Por valor de 36 millones de euros...

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Señor Mur...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Perdone.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: ¿Y por qué a estos señores no se les ha pagado?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Eso lo desconozco, porque yo no tuve tiempo de formalizar ningún tipo de elevación del contrato a la autoridad, a la dirección general correspondiente para este tipo de cosas, puesto que fui sustituido el 13 de mayo. Y desconozco si el estado de alarma amparaba determinadas formas de proceder desde un punto de vista administrativo que, insisto, también se hizo con todos los hospitales privados, y fue muy de agradecer, los cuales creo que han ingresado una cantidad cercana a los treinta y tantos millones de euros hace muy poquito. Pero sí que tengo claro que lo prioritario era la urgencia de la situación sanitaria y que, probablemente, justifica estas actuaciones.

La Sra. **GARCÍA GARCÍA**: Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Mur. Muchas gracias, señora diputada.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Muchas gracias a ustedes.

El Sr. **PRESIDENTE**: A continuación, y por un tiempo máximo de quince minutos, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular, el señor Izquierdo; cuando quiera, señoría.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Gracias, presidente. Como en ocasiones anteriores, voy a preguntarle al señor Mur por su formación. Espero que no le moleste.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Buenos días. No, no me molesta.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Brevemente.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo soy doctor en Medicina, especialista en Psiquiatría, máster en Psiquiatría Legal y Forense, máster en Dirección de Instituciones Sanitarias. He sido profesor universitario en distintos centros, como en la Universidad Europea, en la Universidad Autónoma de Madrid...

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Bien. Suficiente. Era para ver si tiene formación y preparación suficiente y, por lo que veo, sí la tiene. Mire, hoy hemos conocido una noticia que cambia completamente el panorama, la hemos visto en un periódico, y es que si España hubiera confinado una semana antes hubiera habido 23.000 muertos menos. Por lo tanto, la clave, y a lo que tenemos que dirigirnos, es por qué no se confinó antes. Usted sabe que la Organización Mundial de la Salud desde el 30 de enero, después la Unión Europea y después Emergencia Nacional, hicieron numerosos informes diciendo que había que actuar. ¿Por qué cree que el Gobierno de España no actuó?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Lo desconozco, pero, desde el punto de vista sanitario, todos aquellos que teníamos contacto directo con la situación de los hospitales, de los centros de Atención Primaria, del Summa 112, de los centros sociosanitarios a los cuales se intentó apoyar desde el principio –y yo era quizás el técnico de sanidad que coordinaba los traslados de recursos de la sanidad pública a los centros sociosanitarios-, vinimos observando durante toda esa semana un crecimiento exponencial de casos muy raros, de personas muy jóvenes que acababan en las unidades de cuidados intensivos.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Efectivamente, era así, ocurría así, y las autoridades nacionales sanitarias lo conocían. El Centro de Coordinación y Alertas y Emergencias Sanitarias solamente tiene una función, y nos lo han dicho aquí varios comparecientes, que es alertar precisamente de eso y corregir la situación. ¿Por qué cree que el centro de coordinación no hizo nada?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Desconozco la razón por la cual eso se produjo. Se ha hablado mucho sobre este punto, pero quizás no soy la persona más indicada tampoco para valorar el papel de otras Administraciones.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Bien. Le voy a hacer algunas consideraciones: Fernando Simón, el 31 de enero, dijo que iba a ser un caso aislado; Illa dijo que el riesgo en España iba a ser extremadamente bajo; Fernando Simón dijo que los ciudadanos no usaran ningún tipo de mascarilla;

el señor Illa, el 29 de febrero, ya nos dijo que criticaba a todos los que generaban alarma y que las mascarillas no servían absolutamente para nada; el señor Simón dijo que no se cerraran los colegios. Lo dijo el 4 de marzo y, sin embargo, la Comunidad de Madrid estaba tomando multitud de medidas en distintos Consejos de Gobierno, en decisiones del Sermas y en decisiones, también muy importante, de la propia Dirección General de Salud Pública. Cuando toma las decisiones la Comunidad de Madrid es muy criticada por muchos profesionales, por el propio Gobierno y pocos días después se decreta el estado de alarma. Un estado de alarma que tiene una consideración por encima de todo, y es que se crea el mando único, todo en el Ministerio de Sanidad. ¿Es así?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí. Es eso cierto, según el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, que regula el estado de alarma, luego prorrogado, el 27 de marzo y el 10 y el 24 de abril. Sí, eso es cierto.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Bien. Ahora volvemos sobre ello. Voy a hacer una mención sobre su dirección general. En años anteriores se había aprobado el primer plan director de la Agencia de Atención Social, que buscaba sobre todo medicalizar y crear una ruta sociosanitaria en las residencias, y la primera Estrategia de Atención a las Personas Mayores, entre otros compromisos, quería elevar el ratio de personal sanitario, buscar una mejor coordinación sociosanitaria en Atención Primaria y en hospitales, el primer pliego de centros sociosanitarios, o un plan específico de atención residencial sociosanitaria en las residencias públicas. Esta es la razón por la que se crea su dirección general: buscar esa coordinación sociosanitaria entre las residencias y Sanidad, y se crea un embrión. ¿Esto es así?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, esto es así: el objetivo de la dirección general iba en esa línea, en efecto.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: ¿Y el presupuesto que usted tenía para ello?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Cero euros.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: ¿Y el personal que tenía?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Una persona en la RPT que conformaba una plaza de administrativa, la cual había sido la administrativa que había prestado los servicios de secretaría en la Secretaría General del Servicio Madrileño de Salud, en Servicios Jurídicos.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Bien. Estaba todo por montarse en esta nueva estructura para ir creando ese componente, cada vez mayor, sociosanitario. Mire, una de las decisiones importantes que se toman, justo al día siguiente del decreto del estado de alarma, es que el consejero de Justicia llamó inmediatamente al delegado del Gobierno para poner a su disposición todos los médicos, todos los recursos, todo lo que tenía la Comunidad de Madrid. ¿Usted sabe qué decisión tomó la Delegación del Gobierno?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No, no recuerdo la decisión que tomó la Delegación del Gobierno en aquel momento.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: No lo recuerda usted ni nadie porque no tomó ninguna. Dijo que iba a crear un grupo de trabajo para ordenar todo y ese grupo nunca se creó. Esa es la razón por la que la Comunidad de Madrid tiene que tomar medidas y decisiones ante ese abandono por parte del Gobierno y esa soledad a la que nos habían sometido. Entre las decisiones importantes está la creación del plan de red de 26 geriatras de enlace, que se crea a partir del 13 de marzo. ¿Conoce usted bien ese plan?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí. Evidentemente lo conozco.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: ¿Ha funcionado bien?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Bueno. Como siempre creo que hay que hacer una evaluación a nivel retrospectivo y es complicado hacerla, pero la red de geriatras de enlace -aparte de que hay que agradecerles enormemente toda su función- consiguió distintos hitos que sí me gustaría relatar. Aparte de la indicación de los traslados anteriormente mencionados consiguió que la mortalidad in situ en las residencias de la Comunidad de Madrid -según los datos oficiales del ministerio- fuera únicamente del 46,77 por ciento del total de los fallecidos mientras que en otras comunidades como la mía, Aragón, pasaron del 80 por ciento.

Por otro lado, aparte de las 27.200 intervenciones, de facilitar farmacoterapia, oxigenoterapia, de estar pendientes de un teléfono de 08:00 a 22:00 horas, formalizar 36 equipos de hospitales que fueron para allá, de formar a un personal sanitario que estaba diezmado por un 50 por ciento de bajas en las residencias, con una ratio probablemente inferior, con ausencia de planes de contingencia y que en muchísimas ocasiones ni siquiera sabían cómo colocarse y deshacerse de un EPI, yo entiendo que evidentemente sí que la red de geriatras de enlace fue un sistema que funcionó y que, por cierto, no se creó en otras comunidades autónomas, al igual que la Comunidad de Madrid también fue pionera en poner un plan de choque como hizo el Platercam, 112 y su activación.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Bien. Otro de los temas más controvertidos fue la falta de EPI, de mascarillas, de material que se necesitaba en las residencias. La Comunidad de Madrid decide comprar el material sanitario el 16 de marzo, ¿por qué ese material no se le dejó comprar a la Comunidad de Madrid?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Bueno, hasta donde fuimos informados, después de la declaración del estado de alarma, no solo en la Comunidad de Madrid sino en otras comunidades autónomas, no llegó el material que estaba encargado y abonado porque se decidió su centralización efectuando decomisos en las distintas fronteras, en las distintas aduanas. De hecho, muchas donaciones de las que estábamos pendientes para habilitar hospitales, residencias, centros de discapacidad o el nuevo hospital Ifema se quedaron bloqueadas, particularmente en la semana del 17 al 23, por esa razón.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: El consejero de Sanidad y la propia presidenta se dirigían muchas veces al Gobierno pidiendo ese material, que era absolutamente fundamental para que el virus no se extendiera, para que hubiera test precisamente en las residencias, y el Gobierno ni lo mandaba ni contestaba. ¿Usted cree que si hubiera venido ese material las cosas hubieran cambiado en las residencias?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Estoy absolutamente convencido de que la falta de material fue determinante porque eso es lo que llevó a perder hasta 600 efectivos en mitad de una guerra. Lógicamente, eso se intentó paliar con donaciones directas, con el reparto del escaso material que se almacenaba en los distintos hospitales y posteriormente, cuando ya empezó a llegar el material fletado por la Comunidad de Madrid en los distintos aviones, a través del Ifise y el 112, que hicieron más de 4.000 entregas. Pero, evidentemente, sí, porque sobre todo nos hubiéramos ahorrado una cosa terrible: ser el país con el mayor número de sanitarios fallecidos, con el mayor número de contagios y, evidentemente, no disponer de suficientes compañeros sanitarios para prestar atención, no solo en residencias sino en hospitales, en Atención Primaria y en visitas domiciliarias.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Bien. Muchas gracias. Hubo un protocolo –y así es como lo tenemos entendido–, que fue el del día 25 de marzo, y hubo previamente distintos borradores que se fueron realizando y se fueron ultimando hasta tener el protocolo definitivo. ¿Usted conocía todos los borradores y el protocolo del 25 de marzo?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, conocía todos ellos.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: ¿Le remitió esos borradores a la Consejería de Políticas Sociales?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Como he contestado anteriormente, dichos protocolos fueron siempre transmitidos a los superiores jerárquicos tanto de la Consejería de Sanidad como de la Consejería de Políticas Sociales con los que trabajábamos mano a mano, como no podía ser de otra manera.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Bien. Antes ha identificado distintos directores generales y médicos de la Consejería de Políticas Sociales que participaron. ¿Le dijeron algo sobre hacer alguna modificación de los protocolos?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: A mí directamente nadie me comunicó hacer ninguna modificación, ni durante su proceso de elaboración ni después de ella.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: ¿Le mandaron algún escrito para hacer alguna modificación de esos protocolos?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: A mí directamente no porque al final fui yo el que, como director general en aquel momento, rubricó o hizo suyas las conclusiones y los criterios clínicos de los expertos. Pero sí me consta que participaron activamente –por lo menos el doctor Ramos– y que se

coordinaron con el doctor Javier Martínez Peromingo y la doctora Maite Vidán para consensuar todo el contenido del protocolo, no solo en lo referente a los traslados sino al grueso del protocolo, que eran todos aquellos materiales -esa oxigenoterapia, esa farmacoterapia, esos equipos de protección y esos test que eran necesarios- absolutamente imprescindibles para prestar atención en las propias residencias además de ese sistema de coordinación, que también se estableció un poco a imagen y semejanza de lo que ya llevaban haciendo bastante tiempo en hospitales como el Puerta de Hierro.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Bien. Por lo tanto, eran unos protocolos absolutamente técnicos realizados exclusivamente por expertos.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Absolutamente.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: ¿Cuántos expertos participaron?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Participaron entre 13 y 28 expertos distintos, y esto se calificaría en Medicina o en Epidemiología como un nivel de evidencia B al haber consenso de todos ellos.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: ¿Sabe si otras comunidades tenían protocolos parecidos?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Que no hayan tenido ni la publicidad ni la difusión de los protocolos de la Comunidad de Madrid, al menos me consta que en mi comunidad autónoma, en Aragón, en ambas Castillas y en Cataluña sí que se hicieron protocolos en sentido similar.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Bueno, hay alguna comunidad más como la Comunidad Valenciana y alguna otra. ¿Por qué opina usted que el Tribunal Superior de Justicia de Madrid les ha dado la razón con los protocolos y considera que son correctos?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Bueno, lo que al final establecía el Tribunal Superior de Justicia era que los objetivos generales y los secundarios que se planteaban en el protocolo eran razonables y adaptados a una medicina de catástrofes, que sobre todo se tenía que adaptar a una situación en la que los recursos eran escasos -es la definición que desde el punto de vista bioético también se trata de desastre sanitario- y que, evidentemente, había una gran desproporción entre los medios disponibles y la situación a la que había que hacer frente. Evidentemente, había que buscar siempre el bien último de cualquier persona enferma, que muchísimas personas que hubieran sido trasladadas al hospital no se hubieran beneficiado del pronóstico. Fundamentalmente, lo que dicen es que además eran recomendaciones o líneas generales que no obligaban a su cumplimiento y que no se podía extraer -en el caso del que hablaba el Tribunal Superior de Justicia de las residencias del municipio de Móstoles- que hubiera una relación causa-efecto de que la aplicación genérica de dichos protocolos clínicos y técnicos de funcionamiento hubiera llevado a situaciones que sin ellos no se hubieran dado.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Bien. Muchas gracias. ¿Por qué todas las sociedades médicas que están en Madrid valoraron de forma muy positiva el protocolo?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Entiendo que hay criterios o recomendaciones técnicas en un contexto de catástrofe que es muy complicado. Lógicamente, se trata de establecer qué pacientes se podían beneficiar más desde el punto de vista clínico del recurso, pero efectivamente tanto los documentos avalados por la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias como el Comité de Bioética apoyaban que en el fondo, cuando los recursos son escasos, se tendría que priorizar a los enfermos que clínicamente más se podían beneficiar del recurso más escaso. También iba en función de esto el documento emitido por el Ministerio de Sanidad...

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Señor Mur, me queda muy poquito tiempo. El 25 de marzo se aprobaron los protocolos y el 26 de marzo la señora Ayuso anuncia el plan de choque. A partir de ahí empieza a mejorar la situación en las residencias porque se aplica una resolución conjunta –la Orden 1/20- y en el momento en que lo asume Sanidad la cuestión en las residencias empieza a mejorar notablemente. ¿Cómo valora este plan de choque?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Lo valoro muy positivamente en cualquier caso porque se hicieron hasta 379 reconocimientos pesados, 388 ligeros, suponía una intervención conjunta de distintos estamentos que son auténticos expertos en catástrofes y a los cuales estaré eternamente agradecido -la unidad militar de emergencias, el Summa 112 cuando se incorporó, el Samur, Médicos Sin Fronteras, Cruz Roja, etcétera- y una cuestión fundamental: permitió atender in situ a las residencias, facilitar el drama de lo que teníamos en aquel momento -que lógicamente era la atención a los ciudadanos e incluso también el traslado de los cadáveres- y, sobre todo, sirvió tanto para agilizar traslados como para aliviar una situación que de otra forma hubiera sido catastrófica aunque ya, lógicamente, fue dramática. Los hechos nos dicen que el plan de choque fue un éxito.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Sí, ese plan de choque, los reconocimientos, las intervenciones, la Atención Primaria o, sobre todo, las derivaciones que hizo el Summa 112 yo creo que lo avalan. ¿Qué opina de esas miles y miles de derivaciones que se hicieron?

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Izquierdo; ha concluido su tiempo.

El Sr. **IZQUIERDO TORRES**: Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: A continuación, por el Grupo Parlamentario Socialista, por un tiempo máximo de quince minutos, tiene la palabra doña Purificación Causapié; cuando quiera, señoría.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Buenos días, señor Mur; muchas gracias por acompañarnos.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Buenos días.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Una pregunta antes de empezar. Usted, antes de ser nombrado director general, ¿conocía la realidad de las residencias de Madrid?, ¿había tenido alguna experiencia profesional vinculada a las residencias de personas mayores?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Bueno, yo había tenido contacto, desde mi posición de la dirección y gerencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada durante cinco años y en los tres años que fui director gerente del Hospital Psiquiátrico de Leganés José Germain...

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Sí, pero directamente en las residencias no, ¿no?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí que he tenido contacto con las residencias de esos municipios.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Sí, vale, pero directamente no.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No, con las residencias también.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Le iba a preguntar otra cosa. El día 12 de marzo, efectivamente, usted ha dicho que el consejero anuncia la medicalización de las residencias y ustedes el día 13 se sientan para hacer los protocolos o para trabajar en esos protocolos –es lo que usted ha dicho-. En esos días -y le estoy hablando de esos días, de los días 10 de marzo, 11 de marzo, 12, 13, 14 de marzo-, ¿hacen ustedes, la Consejería de Sanidad, un plan para poner en las residencias personas, equipos, medicación, etcétera? Estoy hablando de esos días, no estoy hablando de después.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sí, es lo que...

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Es decir, ¿hay personas a disposición de las residencias, personal sanitario?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Hay un plan que se empieza a estructurar para dotar de personal y dotar del resto del material necesario: farmacoterapia, oxigenoterapia y equipos de protección individual. El personal, lógicamente, es el que empezó a faltar; lo que se pensaba en aquel momento, dada la estructura y la ratio sanitaria que tenían las distintas residencias de personas mayores, es que, si no esperábamos un enorme número de bajas -como tristemente luego se produjo-, con el apoyo externo de Atención Primaria, que era su labor habitual, y con el apoyo de los geriatras de enlace iba a ser suficiente para poder realizar una atención o intervención de dichas residencias.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Bien, pero la verdad es que el 40 por ciento del personal en las residencias se fueron de baja porque se enfermaron -eso se supone que lo sabía la Consejería de Políticas Sociales y se lo trasladaba a ustedes- y no se puso personal y además no funcionó la Atención Primaria en las residencias, no se envió a Atención Primaria en esos días a las residencias. Esa es la realidad.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Durante esos días, hay que recordar que Atención Primaria, evidentemente, también disponía de unos medios menores para el desastre que se estaba generando en muchísimos lugares, ¿no?



La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Sí.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Y el personal que evidentemente está llegando allí pues es el que queda tras montar el hospital de Ifema. E insisto, sí que se buscó sobre todo -y así se habilitó a petición de la Consejería de Políticas Sociales- el traslado de determinados listados de voluntarios, tanto de médicos como de enfermeros, para su contratación por parte de la AMAS y de las residencias; de hecho, se trasladaron desde Sanidad 148 voluntarios de enfermería, 100 técnicos medios en cuidados o auxiliares de enfermería y 678 médicos en medicina general.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Sí, son los listados a los que se refiere el exconsejero Reyero, que dice: solo nos mandan listados, pero no personal. Por lo tanto, entiendo que no se mandó personal desde la Consejería de Sanidad a las residencias de mayores. ¿Se podría decir que ante la falta de recursos por parte de la consejería, como tal, para las residencias de mayores usted decide contratar a la señora Burgueño?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No. Para empezar, hasta la orden conjunta, el organismo competente para la contratación de personal -y fue a propuesta suya- era la Consejería de Políticas Sociales. Es verdad que tenemos dificultades claras y que se pueden explicar muy fácilmente: personas que al mismo tiempo podían acceder a contratos en medio biosanitario, que lo preferían por ser un medio menos hostil; había personas que estaban trabajando en residencias y que fueron llamados por Sanidad, y evidentemente estamos hablando de un enorme número de personas que cayeron de baja. La opción de aceptar otro tipo de colaboraciones, como la empresa SAMU o la empresa Cardio Líder, se llevó ante la falta de medios generalizados o ante la falta de llevar efectivamente el personal suficiente para que pudiera colaborar con la red de geriatras de enlace en aquel momento de máxima emergencia.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Ya, pero ¿usted cree, por ejemplo, que cuatro médicos, cuatro enfermeros y siete técnicos de ambulancias eran recursos de personal suficiente para hacer la gestión integral de la crisis del COVID en los centros sociosanitarios de la Comunidad de Madrid -700 centros sociosanitarios llaman ustedes-? ¿Usted cree que esos son recursos suficientes?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Por supuesto que no lo era y nunca se quiso que fuera así, efectivamente, porque era simplemente una ayuda más en la colaboración.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Pero eso es lo que usted firma en la nota que hace a la señora Burgueño para avalar la presencia de Transamed y la contratación de la señora Burgueño, eso es lo que usted dice; usted habla de gestión integral de la crisis del COVID con esos recursos!

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Si me permite la corrección, yo lo que en aquel momento dije fue la ayuda en la gestión integral de la COVID como una fuerza más o como una empresa colaboradora. Jamás, en ningún momento, se pensó que ellos podían hacer frente a todo lo que había, ni muchísimo menos, lógicamente.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Bueno, es lo que aparece en la nota. ¿Usted cree que la señora Burgueño tenía preparación y capacidad para hacer ese trabajo de medicalizar las residencias de mayores?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: El plan que ella presenta, insisto, no es un plan para medicalizar residencias, ni muchísimo menos; es efectivamente lo que luego se logró hacer con el Platercam 112: realizar unas inspecciones previas o unos reconocimientos para determinar, en esa situación de carencia absoluta o de caos, todo aquello que se pudiera hacer. Evidentemente, nunca se pretendió que ellos llevaran lo que realmente hubiera sido necesario entrar en aquel momento, prácticamente 200 o 250 profesionales sanitarios en todas las residencias que provinieran de Atención Primaria o de cualquier otro lugar, porque tampoco llegaron a Madrid profesionales sanitarios de otras comunidades autónomas, ni tampoco se trasladaron desde la Comunidad de Madrid a Toledo o a otros lugares determinados enfermos desde los atestados hospitales, que nos hubieran permitido liberar profesionales para destinarlos a los recursos sociosanitarios.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Ya, pero, bueno, la verdad es que la responsable de poner recursos sanitarios en las residencias era la Consejería de Sanidad y en concreto entiendo que su dirección general, como responsable de esa coordinación sociosanitaria. Usted, por cierto, ha hablado...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Quizás a partir de la orden conjunta, pero hasta el día 28 de marzo esa competencia en ningún caso figura, y menos sobre las residencias de grupos privados, pero tampoco sobre la Agencia Madrileña de Atención Social.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Perdona, pero la atención sanitaria de los ciudadanos de Madrid durante todo el tiempo es responsabilidad de la Consejería de Sanidad, entiendo, y las personas mayores que viven en residencias son ciudadanos de esta comunidad, por lo tanto, requieren atención sanitaria.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Sin lugar a dudas.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Yo le quería preguntar: ¿usted ha hablado con el señor Burgueño sobre los motivos o por qué contrató o no a su hija? Porque lo que nos dijo él y lo que nos dijo la señora Burgueño no era exactamente lo mismo.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Bueno, primero, yo no hablaría de contrato, porque, como he comentado anteriormente, ni tenía los requisitos mínimos ni yo tenía la capacidad para formalizar ningún contrato con nadie; fue un encargo, una nota identificatoria para la labor de la empresa en la que se reconocía el reembolso de gastos.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Sí.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: En el caso del doctor Burgueño, fundamentalmente hablamos –especialmente al principio, que tenía ese papel de asesor en la crisis, y también después

de la intervención de la empresa Cardio Líder- sobre temas meramente asistenciales y coincidimos en que evidentemente los medios y la preparación de Cardio Líder y Transamed eran insuficientes para aquello que se le había encomendado. Eso sí, me gustaría añadir que también aportaron cosas positivas en los asuntos que le fueron confiados, aunque realizaran simplemente tareas de primeros auxilios en aquellas residencias a las que acudieron con tantas y tantas dificultades reales.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Mire, respecto a los protocolos, le quería hacer alguna pregunta. Efectivamente, hay un protocolo el día 18 en el que hablan de criterios de derivación; incorpora el Barthel, algo que tiene que ver con las actividades de la vida diaria y no con la situación de terminalidad, es decir, absolutamente, no procede. Pero usted habla de criterios de derivación. El día 20 usted firma otro protocolo, que envía, y habla de criterios de exclusión. El día 24 habla de recomendaciones de exclusión. ¿Por qué hacen estos cambios, con estos matices? ¿Temen las responsabilidades jurídicas de lo que había dicho el exconsejero de Políticas Sociales respecto a estos protocolos? ¿Intentan responsabilizar a los profesionales de las no derivaciones a los hospitales en lugar de asumir su responsabilidad?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No, en absoluto. Cualquier protocolo clínico, y más precisamente algunos que llevan la rúbrica desde la Administración, pretendía proteger y aconsejar a los profesionales en la toma de decisiones, no responsabilizar absolutamente a nadie. Eran protocolos clínicos con criterios, lógicamente, cambiantes que se adaptaban a la cuestión de la crisis.

Sobre la redacción en unos determinados términos, utilizados el día 20, ya he hablado.

También hacía referencia ahora a un texto del día 24 que contenía una errata, que fue muy acertadamente reflejada por el doctor Primitivo Ramos y modificada, puesto que evidentemente el único protocolo definitivo es el del día 25, y es el protocolo definitivo porque ese criterio clínico es el que llevó el consenso de todos, también al mío propio, por cierto, aunque insisto en que lógicamente yo no me puedo comparar, en formación, con los expertos geriatras con los que conversaba. El criterio de fragilidad ha sido evaluado posteriormente y ha dado muchísimos datos que nos otorgan que eso ha sido lo adecuado. Fíjese, simplemente déjeme citarle dos evaluaciones: Lancet publicó el 31 de julio, la prestigiosa revista británica...

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Perdone...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Dígame.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Tengo muy poco tiempo, le agradecería brevedad en las respuestas si no le importa; me encantaría que tuviéramos mucho más tiempo. ¿Usted cree, por lo tanto, que los profesionales de los hospitales, digamos, actuaron por su cuenta, que son los responsables de que no se derivaran personas desde los centros residenciales a los hospitales? Porque la realidad es que no se derivaron.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No, los profesionales...

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Los días que menos derivaciones hubo fueron los días en que se pusieron en marcha sus protocolos. Realmente, no hubo derivaciones a los hospitales en relación con la cantidad de personas que estaban enfermando y muriendo en las residencias. ¿Usted cree que los profesionales, por lo tanto, son los responsables?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: No. Vamos a ver, no se trata de señalar responsabilidades, se trata de señalar las causas reales y de explicar por qué en realidad hubo cuestiones por las cuales no se hicieron traslados. Por cierto, el mismo día 21 fue cuando buscamos a la empresa SAMU para colaborar en ellos, que entra con tres UCI móviles y un transporte colectivo, justamente, para apoyar los traslados que queríamos y debíamos hacer. El mismo día son trasladados -es una gestión que hacemos directamente- catorce pacientes de Amavir Colmenar al hospital externo y...

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Perdone, señor Mur...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: ¿Sí?

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Le he hecho una pregunta concreta: ¿usted considera que son responsables los profesionales? ¿Sí o no?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: La responsabilidad, por encima de todo, iría a cuatro cuestiones claras: primero, al virus COVID y sus características; segundo, a la tardanza en tomar determinadas medidas, para frenarlo, en cuanto a confinamiento y restricción; tercero, a la falta de material, y cuarto, que fue consiguiente de esto, el enorme número de bajas de profesionales que padecemos, hasta el 50 por ciento. Y si no se pudieron hacer determinados traslados, fue por tres razones...

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Perdone, es que no le estoy...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Primero, por la situación de colapso de los hospitales; segundo, por los problemas que hubo con el transporte, y, tercero, por determinados criterios que tampoco permitieron habilitar recursos intermedios para dichas personas.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Por ejemplo, entre los criterios que impidieron que hubiera recursos para determinadas personas supongo que también está el de discriminar a las personas con discapacidad o a las que vivían en una residencia; de hecho, los mayores de 65 años. Eso es lo que dicen los protocolos que usted firmó.

Yo quería preguntarle... Según ha dicho antes, el consejero de Sanidad mintió a la Asamblea de Madrid cuando dijo que el protocolo del día 20 se envió solo por error. Usted ha dicho -además, tenemos los correos, incluso han sido publicados; no nos los han enviado, pero han sido publicados- que se enviaron todos los protocolos, efectivamente.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Mire, los hechos son sagrados y las opiniones son libres, evidentemente. Lo que ocurrió es lo que ocurrió, con mayor o menor acierto, y, evidentemente, era una situación complicada.

Sobre lo que se refería a lo de la discapacidad, mire, nunca hubo un criterio ni una orden para discriminar de forma generalizada. Insisto en la idea de que eran criterios técnicos, elaborados por geriatras expertos, para intentar tratar en un medio menos hostil a personas con unas características personales.

Y ya que habla de discapacidad, en los centros de discapacidad, que sé que no son objeto de interés de esta comisión...

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: No, no son el objeto. ¿Me permite que continúe? Efectivamente, cuando se aplica Barthel se discrimina a las personas con discapacidad; yo también sé un poco de eso y lo tengo clarísimo.

Quería preguntarle algo más. Usted fue cesado el día 13 de abril. ¿Por qué cree que le cesaron? ¿Tuvo en algún momento la sensación de que estaban utilizándole de chivo expiatorio, que estaban intentando poner un cortafuegos para evitar la dimisión o el cese del consejero de Sanidad o de la propia presidenta?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Permítame una pequeña corrección. El Consejo de Gobierno que aprueba mi sustitución por el doctor Javier Martínez Peromingo como director general de Coordinación Sociosanitaria tuvo lugar el día 13 de mayo, no el 13 de abril.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Perdón.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: A mí lo que me comunicaron es que se trataba de una reorganización interna de la consejería. Probablemente, tengan ustedes que formular esta pregunta a quien decidió mi sustitución o a quien elevó mi cese al Consejo de Gobierno.

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: ¿Pero a usted qué le pareció, por ejemplo, el tuit de la presidenta en el que, junto a una frase en la que valoraba su trabajo, pone una noticia que dice que Madrid destituye al alto cargo que frenó la derivación de los ancianos con coronavirus a los hospitales? ¿Usted considera que es el alto cargo que frenó la derivación de los ancianos con coronavirus a los hospitales?

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Yo, personalmente, creo que tampoco debo opinar sobre tuits u opiniones personales establecidas por determinadas autoridades en un momento dado. Lo que tengo claro es que ningún papel ni ninguna autoridad concreta ni ningún profesional determinado, sino el cúmulo de muchísimas variables y dificultades reales en el terreno, fueron los que supusieron ese llamado freno, que también sería, por supuesto, muy discutible. Insisto en que determinadas versiones de dicho protocolo clínico, que no era una orden administrativa, no se llegaron a aplicar nunca; insisto en que nunca hubo un consenso para ello; insisto en que era una versión prevista para

un escenario peor, y que las dificultades reales que impidieron no solo los traslados sino una buena atención sanitaria in situ fueron no tener test, no poder realizar PCR, no tener equipos de protección...

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: Perdone, señor Mur...

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Las consiguientes bajas de los sanitarios...

La Sra. **CAUSAPIÉ LOPESINO**: ¿Me deja que le pregunte?

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Dígame.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Mur.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Muchas gracias a ustedes.

El Sr. **PRESIDENTE**: Ha concluido su comparecencia; en nombre de la comisión, le agradezco su presencia. Muchas gracias.

El Sr. **MUR DE VIU BERNAD**: Muchísimas gracias a todos ustedes, y buena suerte en todos sus cometidos. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Hacemos un receso de diez minutos, igual que antes. Somos puntuales, por favor, porque la próxima también es por videoconferencia.

*(Se suspende la sesión a las 13 horas y 12 minutos).*

*(Se reanuda la sesión a las 13 horas y 30 minutos).*

El Sr. **PRESIDENTE**: Vamos a reanudar la sesión con el tercer punto del orden del día.

**C-1561/2020 RGE.16205. Comparecencia del Sr. D. Augusto García Navarro, en calidad de actual Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, a petición del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al objeto de informar -como experto de la materia- sobre la atención que ha sido recibida por las personas mayores en las residencias en la Comunidad de Madrid durante los meses de febrero a junio de 2020, que hayan podido tener efecto respecto de los sucesos en los centros residenciales de personas mayores de la Comunidad de Madrid, así como para explicar y justificar los aspectos relativos a las medidas, decisiones y los protocolos aplicados en dichos centros residenciales con motivo del COVID-19. (Por vía del artículo 75.3 del Reglamento de la Asamblea).**

Saludamos a don Augusto García. Don Augusto, ¿nos escucha?

El Sr. **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA** (García Navarro): Sí, buenos días; les escucho perfectamente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenos días. Un momentito, por favor. En relación con los derechos que asisten al compareciente, así como los apercibimientos legales que se hacen al mismo, ambos constan de forma expresa en el escrito de requerimiento que se le notificó. ¿Nos puede confirmar, por favor, que ha leído el escrito y le constan los derechos que le asisten y los apercibimientos legales penales que le son aplicables? ¿Nos lo confirma?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Sí, me consta y lo he leído.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. A continuación, por un tiempo máximo de tres minutos, tiene la palabra el grupo proponente a efectos de justificar su comparecencia, y en este caso intervendrá la señora Joya; cuando quiera, señoría.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, señor presidente. Muchas gracias, doctor García, por asistir a esta comparecencia; bienvenido. Quiero también pedirle disculpas en nombre de mi grupo, y entiendo que también en nombre del resto de los diputados, porque en la pasada comisión tuvo usted que desplazarse hasta aquí y lamentablemente, por los motivos que seguro ya conoce, no se pudo celebrar, y agradecerle el esfuerzo y también pedirle disculpas por los inconvenientes y las molestias que esto le haya generado.

Nosotros hemos creído que era necesaria y, desde luego, muy enriquecedora y muy importante la comparecencia del doctor para que él, en calidad de geriatra, en este contexto de la atención a las personas mayores en las residencias, pudiera aportarnos su visión, darnos luz en cuanto a lo que es el manejo de las personas mayores, cómo viven en las residencias, cuál es su idea de cómo debería atenderse a estas personas desde el punto de vista médico, y para que pudiera explicarnos también el tema tan polémico y darnos su visión de lo que son unos protocolos clínicos de actuación, las diferencias y el concepto de triaje, en qué contextos él considera que deberíamos interpretar todo esto.

Y, por ser breve, fundamentalmente a mí me gustaría que esta comparecencia nos pudiera aclarar algunos puntos para saber, con vistas al futuro, cómo debería ser y qué entiende él de ese concepto tan utilizado de medicalización, que ahora tanto se usa. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señoría. A continuación tienen la palabra los grupos parlamentarios, de menor a mayor. Por el Grupo Parlamentario Unidas Podemos-Izquierda Unida-Madrid en Pie, y por un tiempo máximo de quince minutos, tiene la palabra la señora Paloma Villa; cuando quiera, señoría.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Gracias, presidente. Muchas gracias al señor García Navarro por comparecer, por haberle hecho venir, y que ahora lo tenga que hacer on line.

Usted viene en calidad de actual presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Como sabe, lo que esta comisión pretende estudiar es lo que sucedió en la Comunidad de Madrid durante la primera ola de la pandemia, es decir, desde primeros de marzo hasta mediados de abril. Usted, en estas fechas, ¿tuvo contacto con las residencias en la Comunidad de Madrid? ¿Trabajó en las residencias de la Comunidad de Madrid? ¿O cuál fue su contacto?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Buenos días a todos, y agradecerles también la oportunidad que le dan a la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología de expresar su visión sobre lo que pasó en las residencias de mayores en la primera ola del coronavirus.

Nosotros, desde la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, tenemos contacto con los diferentes geriatras que están trabajando en las diferentes comunidades autónomas; por lo tanto, manteníamos contacto con lo que estaba pasando en Madrid, pero también con lo que estaba pasando en Cataluña, lo que estaba pasando en Andalucía o en otras comunidades autónomas, con geriatras que trabajaban en residencias de mayores y con otros geriatras que trabajan en hospitales o que trabajan en medio ambulatorio.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Perfecto. Como usted sabe, casi toda la comisión de hoy -me imagino que la ha estado siguiendo- ha tratado sobre todo sobre los protocolos que aprobó la Comunidad de Madrid, que aprobó cuatro protocolos, los días 18, 20, 24 y 25 de marzo. Ha comparecido con anterioridad a usted la persona, además, que los firmó, que era el director general de Coordinación Sociosanitaria de la Comunidad de Madrid. A usted, como geriatra, ¿qué le parecen estos protocolos?, ¿qué opinión le merecen?, ¿cree que hubo discriminación a personas por su grado de dependencia, de discapacidad o por su edad?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Yo, primero, no he podido seguir la comisión, ya la veré con posterioridad si la dejan grabada, porque tenía otras obligaciones.

Mire, es importante que sepamos que en medicina los protocolos no son reglas que hay que cumplir sí o sí, los protocolos son siempre recomendaciones. Las vías clínicas, los protocolos, las recomendaciones y tratamiento no son leyes que no se puedan saltar, son simplemente orientaciones; este es un detalle muy importante. ¿Por qué? Porque explica que nosotros, como médicos, lo que hacemos es valorar a personas, y para valorar a las personas hay que valorar las enfermedades que tienen, hay que valorar su situación desde el punto de vista físico y desde el punto de vista también mental, hay que valorar también el pronóstico de vida que tienen, y, con ese contexto, se acaba adoptando una decisión clínica. Eso es lo que explica, por ejemplo, que ante una misma lesión coronaria a veces el médico lo que hace es indicar una cirugía abierta, a veces lo que indica es la colocación de un stent por vía percutánea, a veces indica tratamiento médico y a veces, incluso, en función del contexto de la persona, indica tratamiento paliativo.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: De acuerdo.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Siempre hay que individualizar la atención.



La Sra. **GARCÍA VILLA**: Para irnos al caso que nos ocupa hoy, que es el tema de las residencias y de las no derivaciones a hospitales: por ejemplo, que una persona en silla de ruedas por una enfermedad no COVID que estuviese en una residencia y que recomendaran -si dicen que son recomendaciones- a los geriatras, a los hospitales y a las residencias no llevarle al hospital, por otra patología que puede ser un infarto de miocardio, esto, desde un geriatra, ¿cómo lo ve?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: No, eso está mal hecho. Lo que le estoy diciendo es que los protocolos son recomendaciones que siempre tienen que ir seguidos de una valoración individualizada de la persona; y aquí, en la Comunidad de Madrid, para aplicar o no aplicar las recomendaciones del protocolo hay una figura enormemente valiosa que es la figura del geriatra de enlace, que lo que hace es ver si esa persona puede tener el tratamiento que necesita en el hospital o lo puede tener en la residencia, y, entonces, es cuando se adopta la decisión de derivarla o no derivarla.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Entonces, ¿piensa usted que las 9.600 personas que fallecieron en las residencias de la Comunidad de Madrid todas tuvieron una atención individualizada y que fueron los geriatras quienes decidieron que no acudieran a un hospital?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Yo, de forma categórica, no le puedo ofrecer, lo que sí le puedo decir es que hay una figura de enorme valor añadido para garantizar la atención de esas personas, que son personas muy frágiles en las residencias, que es la figura del geriatra de enlace, que en Madrid se pusieron en marcha 22 geriatras de enlace, que, además, trabajaban de 8:00 a 22:00 horas de lunes a domingo. Esta figura es una figura que garantiza que se individualiza la atención y, además, que intenta dar la atención en el lugar en el que se puede dar la atención.

Mire, el objetivo de tratar una enfermedad a una persona de una residencia de ancianos no siempre es trasladarla a un hospital, es tratarla de forma adecuada en el lugar que menos efectos secundarios le pueda causar, ique a veces es el hospital, porque no hay más remedio que hacerlo así!, y en otras ocasiones puede tener un tratamiento de tremenda garantía en su residencia de ancianos o en su domicilio, iy eso es lo que intentamos hacer con la valoración geriátrica día a día, persona a persona y enfermo a enfermo! Y esa es una figura que realmente aportó mucha calidad a las derivaciones que hubo en la Comunidad de Madrid.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: De acuerdo. ¿Y qué le parece que haya 3.675 mayores que fallecieron solamente en estas fechas, desde marzo hasta el 5 de abril, sin tener el coronavirus, simplemente por estos protocolos y, porque no se les derivaban?, ¿cree también que fue responsabilidad de los geriatras que vieron inconvenientes a la hora de derivarles a hospitales por otras patologías?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: No, mire, es que los geriatras no estaban denegando acceso a un hospital, los geriatras lo que hacían eran intentar ver si el tratamiento que necesitaba esa persona se podía dar en la residencia o en el hospital, eso era lo que preguntaba...

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Entonces, ¿quién decidía, según usted, quién iba a un hospital y quién no? Si no era el protocolo y no eran los geriatras, ¿quién tenía la capacidad de decisión?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Era el equipo de geriatría de enlace junto con las personas que había en la residencia de mayores. Y, además, piensen que esta decisión es una decisión dinámica, ique esto también es muy importante tener en cuenta! Es decir, en un momento dado, en una residencia que disponía de médico y enfermero, se le podía dar un tratamiento adecuado en la misma residencia a esa persona, y al día siguiente podías tener la baja laboral precisamente por coronavirus muchas veces del médico y la enfermera, iy lo que le podías dar de tratamiento el lunes ya no podías darle de tratamiento el martes! Y cuando tú estabas diciendo: "por favor, tratadlo en la residencia el lunes", el martes decías: "no, no, trasládame al hospital, porque ya veo que no podrás darle tratamiento". Lo que se estaba haciendo era...

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Se tomaba en consideración la opinión de las personas mayores que querían acudir a un hospital?, ¿se les preguntaba si ellos querían acudir a un hospital o si querían ser atendidos en las residencias cuando en las residencias no había los médicos suficientes o se informaba a sus familias?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, normalmente el geriatra de enlace hablaba con los equipos asistenciales de las residencias; con lo cual, eran los profesionales de las residencias los que establecían el contacto con las familias de manera más directa.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Cómo valora usted -ya que es el presidente de Geriatría de toda España- que en la Comunidad de Madrid -en porcentaje de número de residentes- haya fallecido el doble de personas que en la segunda comunidad autónoma, que es Cataluña? Aquí, de 42.523 personas, murieron en un periodo de tiempo 7.690, que es un 18,1 por ciento de todos los residentes que vivían en la Comunidad de Madrid; es decir, que casi un 20 por ciento de las personas que vivían en una residencia en la Comunidad de Madrid ya no estén, hayan fallecido, la mayoría de ellas sin ningún tipo de asistencia sanitaria, porque había protocolos de no derivación y porque las residencias finalmente no se medicalizaron. La segunda, como le digo, es Cataluña con un 9,6, la mitad. ¿Qué cree que hizo mal la Comunidad de Madrid para tener los peores datos de España?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, los datos se pueden mirar de muchas maneras. Déjeme que les haga interpretaciones también a estos datos. Es cierto que el impacto de mortalidad en las residencias de la Comunidad de Madrid en la primera ola del coronavirus es el más alto; ahora, si sumamos ya tres olas, no es así, sería el más alto el de Cataluña... *(Intervenciones cruzadas que hacen inaudible el contenido de las mismas)*.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Si, pero de lo que estamos hablando aquí, en esta comisión, es de la primera ola del coronavirus, lo que pasó hasta el día 5 de abril. ¿Por qué cree que la mortalidad es el doble que en la segunda comunidad, lo que es el 20 por ciento de las personas que vivían en residencias en la Comunidad de Madrid y que fallecieron sin asistencia sanitaria, sin que nadie las derivara a un hospital y sin medicalizar las residencias?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Y la tercera cosa que quería decirle, y centrándome en la primera ola, es que en función del indicador que utiliza de denominador, ¿eh?, porque si lo hace en relación con la población total, hay otras comunidades que tienen más mortalidad que Madrid. Era simplemente por... *(Intervenciones cruzadas que hacen inaudible el contenido de las mismas)*.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: No, no, si lo estoy haciendo en relación con las personas que vivían en residencias: vivían 42.523...

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Sí, sí, por eso digo...

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Y murieron 7.690; o sea, murieron el 20 por ciento de la gente que vivía en residencias. Yo creo que es la manera buena de hacerlo, no voy a contar a todos los mayores que no vivían en residencias porque a esos sí les dejaban ir a un hospital. Si tú tenías una silla de ruedas, pero...

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire...

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Claro, a esos sí les dejaban ir a un hospital, a los que no les dejaban ir a un hospital era a los que vivían en residencias.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: No, mire, es que está usted haciendo aquí una suposición que realmente no es así. Quiero decirle, cuando yo estoy diciendo que los geriatras de enlace lo que hacían era valorar individualizadamente si se les podía dar el tratamiento en la residencia o en el hospital, iera lo que estaban haciendo! Con lo cual, no se estaba negando que hubiese traslados al hospital, se estaba intentando mirar en qué sitio se le daba mejor tratamiento.

Segundo tema. Fíjense ustedes, en la primera ola, y esto es muy importante, hay muchas causas que influyen en la mortalidad, una de ellas es que no había suficientes equipos de protección individual, había un desabastecimiento mundial, y eso afectó de forma muy importante a todas las residencias de la Comunidad de Madrid y de fuera de la Comunidad de Madrid.

Segundo, no había test diagnósticos para poder hacer el diagnóstico adecuado de muchos pacientes. Nosotros aprendimos con el tiempo que los síntomas que daba el coronavirus no siempre eran fiebre, malestar general, dolor muscular, sino que había mucha manifestación atípica de la enfermedad y muchos asintomáticos, y eso también pasaba en las personas más frágiles y vulnerables de las residencias de mayores.

Tercero, era muy importante hacer sectorización de residencias. Ustedes en la Comunidad de Madrid tienen 426 residencias de las cuales un 20 por ciento en números redondos –le podría decir el número exacto- tienen menos de 25 plazas; esas son residencias de difícil sectorización.

Cuarto. Es importante que se garantice el tratamiento que hay que dar, si se da en la residencia, que se pueda dar. Con esto estamos hablando de que haya suficientes médicos, enfermeras y material para poder dar determinados tratamientos, y si no es así, hay que derivar a ese

paciente a otro nivel asistencial donde se pueda garantizar. Pero quiero decirle con todo esto que las causas de esa enorme mortalidad son múltiples. Cuando uno mira además lo que ha pasado en otros países occidentales -hay un observatorio que está en marcha desde entonces en Londres-, nos damos cuenta de que son cifras enormes de mortalidad en residencias de mayores, que es una tragedia humana la que hemos vivido en residencias de mayores, pero que ha sido una tragedia que ha azotado a todo el mundo occidental...

La Sra. **GARCÍA VILLA**: Le voy a hacer otra pregunta, que, si no, se me acaba el tiempo. ¿Usted cree que tiene algún tipo de relación que entre el 9 de marzo y el 5 de abril las derivaciones hospitalarias bajaran, que se desplomaran un 40 por ciento, justo cuando se firmaron estos protocolos, que eran unas recomendaciones, según ustedes, cuando habría muchas más necesidades de derivaciones, porque había mucha más gente enferma? ¿Usted cree que tiene algo que ver que se derivaran un 40 por ciento menos de personas, habiendo muchas más enfermas y con la alta tasa de mortalidad o cree que no tiene nada que ver, que es por otras múltiples causas?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Es que hay múltiples causas; ya le digo yo que hay múltiples causas. Mire, en Madrid se hacen una media de 106 derivaciones...

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Pero cree que esto tiene algo que ver? Lo del 40 por ciento del desplome en las derivaciones, ¿cree que tiene algo que ver o no?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, es que hay múltiples causas. Déjeme que se lo acabe de explicar. Se están haciendo muchas derivaciones y el hecho lo da que hay 106 derivaciones al día en la primera ola de coronavirus en Madrid; el pico máximo en abril, 206 derivaciones al día. ¡Esas son muchas derivaciones! Pero, además, en una derivación influye: primero, si le puedes dar el tratamiento o no en las residencias, como le estoy diciendo desde que he empezado a hablar en esta comisión. En segundo lugar, también influye si ha habido transporte sanitario adecuado. En tercer lugar, si se le puede dar el tratamiento en el hospital o en ese momento no se podía dar el tratamiento en el hospital y era mejor mantenerlo en la residencia. ¡Esas son como mínimo! Fíjense, vamos a leer también el número de derivaciones durante la época del coronavirus, pensando que toda la actividad sanitaria de los hospitales durante la época del coronavirus, el 99 por ciento o el 95 -si quieren-, era dedicado al coronavirus, se pararon todas las demás derivaciones por otras causas, tanto de la población de residencias de mayores como de la población que vive en domicilio, tanto de personas mayores como de personas jóvenes.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: La última pregunta: ¿por qué usted cree que a estas personas mayores, si los hospitales estaban colapsados, no se las llevaron a hospitales privados donde había 1.100 camas libres, según dijo el consejero de Sanidad, Ruiz Escudero, ni se los llevaron a Ifema, ni se los llevaron a hoteles medicalizados? ¿Por qué cree que ninguna de estas tres vías era la correcta tampoco para ellos y ellas?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, las personas que viven en residencias de mayores son personas tremendamente frágiles y tremendamente vulnerables. Más o menos el 50 por ciento de

ellas, según los últimos estudios que tenemos de residencias de toda España, tienen demencia con deterioro cognitivo moderado o grave; tienen algún grado de insuficiencia renal, hasta 1 de cada 3, por ejemplo; todas estas personas, además, tienen una situación de dependencia moderada o grave, por lo tanto, necesitan ayuda para realizar actividades de la vida diaria, para levantarse, para ducharse, para vestirse y muchas de ellas incluso para comer, son personas realmente muy delicadas...

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Y por eso no se les lleva a los hospitales?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Perdone, hay algunos dispositivos donde no está indicado ingresar a estas personas; por ejemplo, en estos pabellones enormes. Eso hubiese sido probablemente para ellos muy contraproducente.

La Sra. **GARCÍA VILLA**: ¿Y en los hospitales privados?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Yo no le sé decir. Segundo tema importante, a los hospitales se derivaron 10.000 personas en el periodo del 1 de marzo al 5 de julio y, además, otro tema que es muy importante es que de lo que se trata con estas personas es de ver qué tratamiento hay que dar. Imagínese que, si es una persona que tiene una afectación leve, hay que darle un antiinflamatorio o un antipirético para que no tenga fiebre, hay que hidratarle y hay que hacerle monitorización, es posible que eso se pueda hacer perfectamente en su domicilio o en la residencia. Sin embargo, si a un paciente hay que darle un tratamiento de terapia intravenosa intensiva, que no se puede hacer en una residencia, porque es una de esas residencias pequeñas que no tienen médico ni enfermera, a ese paciente hay que derivarlo allí donde se le pueda garantizar el tratamiento adecuado.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Esta es la situación.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Gracias, señoría. Pasamos al siguiente grupo político, que es el Grupo Parlamentario Vox en Madrid, y para sustanciar su turno, por un tiempo máximo de quince minutos, tiene la palabra la señora Joya; cuando quiera, señoría.

La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias, señor presidente. Gracias, doctor. Le quería preguntar, en los protocolos que activó la Consejería de Sanidad en coordinación con la de Políticas Sociales, se puso en marcha, como usted ha dicho, la figura del geriatra de enlace entre los hospitales y las residencias. ¿Cuál es su valoración del papel que ha representado esta figura del geriatra de enlace? ¿Cree que hubo suficientes? ¿Cree que se activaron a tiempo o se tardó en reaccionar a la hora de pensar en esta figura? ¿A día de hoy todavía existe esta figura del geriatra de enlace actuando entre hospitales y residencias? ¿Se ha incrementado su número? ¿Tiene esos datos en la Comunidad de Madrid? Muchas gracias.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, le voy a dar los datos que tengo en la Comunidad de Madrid. La Comunidad de Madrid es de las que tienen una mejor dotación de geriatría de toda España

y tiene, por lo tanto, la suerte de disponer en sus hospitales de agudos de geriatría, a veces en forma de grandes servicios de geriatría donde puede haber más de una docena de adjuntos y en otros donde hay uno o dos especialistas. En todos ellos se puso en marcha la figura del geriatra de enlace de 8 de la mañana a 22 horas, de lunes a domingo. Esta es una figura tremendamente importante porque, como les decía antes, los protocolos no son ley que hay que cumplir sí o sí, sino que son recomendaciones y, por lo tanto, era necesario valorar en cada momento la persona que tenías delante, ¿en función de qué?, de la carga de enfermedad que tenía; en función de la dependencia que tenía; en función de su pronóstico vital, porque no olvidemos que hay un porcentaje muy importante de personas en edades avanzadas que están en una situación de final de vida y eso hay que valorarlo también; en función de la posibilidad de darle el tratamiento de forma adecuada en el sitio donde están o de derivarlos. Esa es una figura que garantizaba ese tratamiento individualizado a esas personas tan complicadas.

A mí me consta que en muchos casos estos geriatras de enlace han seguido trabajando después de la primera ola de coronavirus, haciendo la coordinación, como ya han venido haciendo, con residencias de ancianos y con equipos médicos de Atención Primaria y lo que no le sé decir en estos momentos es si hay más número de estos geriatras de enlace. Sí que ha habido un incremento importante de geriatras en la Comunidad de Madrid en los últimos meses y también le diría que en los últimos años.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias. Ha dicho usted que en algunas comunidades autónomas –dijo en su día- se está luchando más y van más avanzadas que otras, hay mucha heterogeneidad y, mientras algunas van por el buen camino, otras parece que están esperando a los rebrotes. Nos podría explicar por qué hace esta declaración, a qué se refiere y si tiene usted criterio para poder decirnos cómo ve la situación actual, cómo está la situación actual de las residencias de la Comunidad de Madrid respecto a las de otras comunidades.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Sí, mire, el desarrollo de la geriatría es heterogéneo en toda España; hay dos comunidades autónomas donde no hay geriatría hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud Pública y son el País Vasco y Andalucía; también hay dos comunidades autónomas con la geriatría muy desarrollada, que son la Comunidad de Madrid, que tiene una geriatría de fuerte implantación hospitalaria y menos implantación en hospitales de rehabilitación geriátrica en la comunidad, y Cataluña que tiene una fuerte implantación de geriatría en el ámbito de la rehabilitación geriátrica y también en hospitales. Luego, el resto de las comunidades autónomas tienen una implantación parcial de la geriatría hospitalaria.

Mi visión de lo que pasa en las residencias de mayores es que nosotros partiríamos de una situación muy complicada en las residencias de mayores, a nivel de toda España, en algunas comunidades más que en otras. Esto está motivado, probablemente, porque tenemos una financiación bastante ajustada para las residencias de mayores. Esto da lugar a hechos importantes en la progresión del coronavirus en las residencias de mayores, que creo que hay que abordar y que hay que empezar a mejorar en el futuro; uno de ellos es la ratio de personal.

Mire, nosotros, desde la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, hemos analizado la legislación de las 17 comunidades autónomas y del Estado para la atención en el medio residencial, y hemos visto cuántos minutos de atención asignan a estas personas de las residencias. Piensen ustedes el perfil de persona que se atiende en las residencias: personas de más de 80 años de edad, que tiene necesidad de cobertura de 4 o 5 actividades de la vida diaria; por lo tanto, necesidad para ducharse, para vestirse, para desplazarse, para salir de la cama, para entrar en la cama, para comer muchas de ellas y que, además, acumulan una media de siete enfermedades crónicas cada una de estas personas.

La comunidad autónoma que menos minutos dedica de cuidador, de gerocultor, dedica 44 minutos al día a esta persona y la que más, dedica 83. En cuanto a enfermera, la comunidad autónoma que menos tiempo dedica tiene 5 minutos al día, y la que más, 22 minutos. En cuanto a médico de la residencia, la que menos dedica, tiene 1 minuto al día, y la que más, 3 minutos al día. Señorías, yo, sinceramente, creo que, con estas ratios de personal, no podemos garantizar un tratamiento adecuado de estas personas. Lo que deberíamos, desde luego, es ir pensando en de qué manera podemos ir haciendo una aportación pública para mejorar realmente estas dotaciones que tenemos de personal en las residencias, y ponernos un poco en la media de los países de la OCDE y de los países del norte de Europa, que siempre nos han parecido un sitio donde poder mirar a la hora de hacer políticas sociales y de atención a la dependencia.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias. Una pregunta que hago a todos los comparecientes: ¿cómo define usted el término medicalización? Sé que es difícil, pero ¿qué entendería usted por medicalizar las residencias?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, vamos a lo práctico. Lo que hay que hacer es garantizar que el tratamiento médico que necesita una persona llegue a tiempo y sea el adecuado, esté donde esté. ¿Qué quiere decir esto? Que, si una persona estaba en una residencia de mayores y necesitaba una medicación intravenosa, se le pudiese dar. Y, desde luego, lo que no se puede hacer es negar el tratamiento; es decir, igual que les decía antes que los protocolos tienen un elemento de control enorme, que es el geriatra de enlace, igual les digo que, cuando el tratamiento que hay que dar a una persona es un tratamiento que no se puede dar allí donde la persona está, el Sistema Nacional de Salud y nuestra cobertura sanitaria lo que hace es que se tenga que desplazar esta persona allí donde se le pueda dar. Por lo tanto, medicalizar ¿qué es? Medicalizar es dar el tratamiento que necesitan en cada momento y de forma adecuada.

En el caso de las residencias, se ha utilizado el término medicalizar porque en las residencias de mayores, normalmente, no se da medicación intravenosa, normalmente no se da oxigenoterapia y normalmente no se utilizan ciertos fármacos en el tratamiento de ciertas situaciones, sobre todo en pacientes en situación terminal; por lo tanto, medicalizar en ese contexto significaba habilitar temporalmente, o habilitar ya para siempre, a las residencias para que pudiesen dispensar esos tratamientos que en condiciones normales no pueden dispensar, bien porque no lo permite la ley de la comunidad autónoma, bien porque no están introducidos dentro de los protocolos de tratamiento,



bien porque no tienen acceso a la compra de estos fármacos o, en muchos casos, como decía antes sobre la ratio de personal, porque no tienen equipos médicos ni de enfermería, que al final son los responsables de poner el tratamiento.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias. ¿Qué cree usted que se ha de hacer -yo creo que con el tema de la vacunación se ha avanzado mucho- para evitar futuros rebrotes en las residencias?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Bueno, yo creo que en las residencias hay que empezar a hacer un pensamiento importante de la atención a la dependencia y a las personas con dependencia. Primero de todo, hay que vacunarlas a todas lo antes posible -ya se ha hecho y se está haciendo-. Segundo, hay que empezar a pensar que la atención a la dependencia, probablemente, la tengamos que hacer potenciando mucho los modelos de atención domiciliaria y dejar la residencia como último recurso en el cual tengamos que ir cuando tengamos una dependencia moderada o grave. Esto también hay que ponerlo encima de la mesa. En estos momentos hay comunidades autónomas en este país que están prestando la atención domiciliaria a personas con dependencia leve o leve y moderada 20 minutos al día, ¡20 minutos al día! La comunidad autónoma que más atención domiciliaria presta, está prestando una hora al día. Claro, con tan poca atención, en el momento en el que aparece un poquito más de dependencia -por encima de dependencia leve, ya te metes en dependencia moderada-, y ya necesitas más ayuda, casi el único recurso que te queda al final es acabar ingresando en una residencia de mayores.

Por lo tanto, habrá que empezar también a repensar ese modelo de atención a la dependencia potenciando mucho los servicios domiciliarios. Luego, las residencias de mayores habrá que repensarlas también. ¿Tendremos que tener también residencias pequeñas, de 20 plazas? Esa es una gran pregunta. El 20 por ciento de las residencias de este país tienen 20 plazas o menos. ¿Tendremos que hacer todas las residencias con habitaciones individuales? Probablemente sí. ¿Habrá que hacer las residencias con capacidad de sectorización? Casi seguro que sí. ¿Habrá que empezar a planificar las residencias desde las autoridades sanitarias y sociales de cada comunidad autónoma? Pues casi seguro que sí.

Y me dirá: oiga, doctor, ¿cómo me está diciendo que no se ha planificado esto hasta ahora? Sí, ¡es que no se ha planificado así! Se ha hecho una planificación con unos objetivos más inmobiliarios que de servicio. ¡Esa es la realidad! Entonces, nos hemos encontrado con que había algunos municipios que tienen un acúmulo enorme de residencias, mientras que el de al lado no tiene. ¿Y eso por qué es? Pues porque no se ha planificado y nos hemos encontrado, en la epidemia de coronavirus -en toda España, ¿eh?-, con que había algunos centros de Atención Primaria que no daban abasto para poder dar la atención, porque resulta que ahí se acumulaban muchas residencias, mientras que en otros municipios sí que podían hacer una adecuada atención a tiempo, rápida, sin ningún problema, porque no tenían tanto acúmulo de trabajo. Y, en el fondo, ¿por qué ha pasado eso? Pues porque no habíamos planificado ni la ubicación de los servicios de forma consonante y coordinada con los servicios sanitarios ni utilizando el criterio de cubrir las necesidades de las personas sino otro tipo de intereses.



La Sra. **JOYA VERDE**: Y ya, para terminar, ¿está usted a favor de los hospitales geriátricos monográficos? ¿Qué le falta a la geriatría en la Comunidad de Madrid, desde su punto de vista?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, yo creo que la geriatría es una especialidad que tiene que desarrollarse en los hospitales generales. Por lo tanto, debe haber servicios de geriatría en los hospitales generales. Ahora, la Comunidad de Madrid necesitaría mejorar la geriatría en cuanto a la atención de rehabilitación geriátrica. ¿Qué concepto es este de rehabilitación geriátrica? Lo que antes llamábamos hospitales de media estancia, que son hospitales donde puedes ingresar a una persona mayor que ha sufrido una pérdida funcional para su recuperación funcional. Por ejemplo, una persona que ha tenido una fractura de cadera que necesita rehabilitarse antes de volver al domicilio; una persona que ha tenido un ictus y tiene un problema motor y debe rehabilitarse antes de volver a su domicilio; o personas que han sufrido una inmovilidad -por cierto, ahora tenemos muchos problemas de inmovilidad, después del confinamiento, en gente mayor-, para que se puedan rehabilitar, cojan fuerzas, y puedan volver a su domicilio.

En la Comunidad de Madrid, ¿existen estas camas? Existen, pero están sobre todo en la sierra, están alejadas de la ciudad de Madrid. Yo creo que sería bueno hacer un pensamiento para, cuando sea posible, poder ir instalando camas de rehabilitación geriátrica en la misma ciudad, en la urbe, en el gran Madrid, para poder garantizar una recuperación funcional adecuada a todas las personas mayores y que vuelvan a sus domicilios en condiciones de autonomía plena, que es la que tenían antes de tener el accidente o la enfermedad que les ha dejado inmovilizados.

La Sra. **JOYA VERDE**: De acuerdo. No tengo más preguntas. Muchas gracias, doctor, por sus aportaciones.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señoría. A continuación es el turno del Grupo Parlamentario Más Madrid por un tiempo máximo de quince minutos, y tiene la palabra don Emilio Delgado; cuando quiera, señoría.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Muchas gracias. Encantado de tenerle en esta comisión. A mí me llama la atención el concepto este de protocolos -digamos- optativos, de protocolos que son sugerencias, porque yo, hasta ahora, pensaba que los protocolos fijan un conjunto de normas que dan seguridad a quienes lo reciben. Pensaba que, si yo fuera un médico de la Comunidad de Madrid y estuviera en la peor pandemia que hemos tenido en la historia de la Comunidad de Madrid, agradecería que mis responsables políticos me dijeran más o menos qué es lo que tengo que hacer. Pero, claro, si usted plantea que los protocolos son optativos, me pregunto qué va a pasar cuando venga la siguiente pandemia o el siguiente problema, cuando a un médico le llegue un protocolo y diga: bueno, pues no lo voy a cumplir porque yo con esto no estoy de acuerdo, y no lo voy a cumplir. Y si esa decisión sale mal, ¿quién es el responsable? Yo creo que los protocolos, y más en una situación de crisis tan extremadamente grave como la que hemos vivido, marcan pautas. ¿No está de acuerdo?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, primero de todo, quiero aclararle y repetir que yo no he dicho optativos, he dicho orientativos, que es diferente; o sea, los protocolos –y vuelvo a decirlo-, las líneas clínicas y las recomendaciones en medicina son orientativas. Le ponía antes el ejemplo de un stent o de una cirugía de una coronaria ante la misma lesión cardiaca. Le pongo otro ejemplo, nosotros sabemos que a partir de un determinado nivel de hemoglobina en sangre hay que hacer una transfusión, y este nivel en general se admite que son 8 gramos por decilitro de hemoglobina, pero tenemos muchos pacientes a quienes con 7,5 no les transfundimos y otros que con 8,5 les empezamos a transfundir. ¿Por qué? Porque nosotros no valoramos enfermedades aisladas, nosotros valoramos enfermos y valoramos pronósticos, y cuando hace esa valoración concreta de la persona es cuando puedes al final sentar por dónde va a ir el tratamiento. Ese es un concepto que es importante que tengan ustedes.

Segundo tema importante. Hay cambios dinámicos; o sea, las personas, las enfermedades y las situaciones de cada uno de nosotros van evolucionando a lo largo del tiempo, de manera que ante la misma lesión coronaria pones un tratamiento médico en el mes de enero, vas viendo cómo va el paciente y a lo mejor se convierte en una indicación de cirugía en el mes de marzo, y eso ya sabe usted que son cosas que nos están pasando.

Y tercera cosa. Mire, la valoración concreta, la que hace un clínico, que es la que se hace siempre -se hace en geriatría y se hace en el resto de especialidades médicas- es la que acaba asentando realmente y dando mucho valor al tratamiento. Los protocolos son fáciles para que los utilicen las máquinas. Si fuesen algoritmos, si fuese un iPhone con una app el que hace la derivación, ahí tiene que aplicar un protocolo al cien por cien, pero es que los médicos, mire, valoramos real y globalmente a la persona, e insisto, de forma dinámica. En la epidemia, además, el concepto dinámico no lo deben ustedes olvidar, es decir, es que te encontrabas con que el lunes podías atender perfectamente a una persona en la residencia porque había médico y enfermera, pero el martes ya no.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Claro, pero entonces entiendo que un protocolo está mal construido cuando aterriza en cosas tan concretas como que pacientes con dificultad de movilidad no van a los hospitales y lo explicita de esa manera, ¿no?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Hombre, ¡claro! Pero es que, mire, yo no tengo ni que decirle que está mal hecho ese protocolo, porque usted mismo ya lo sabe. Por ejemplo, imagínese una persona que le falta un brazo o una persona que tiene un ictus desde hace treinta años, que tiene problemas de movilidad; es evidente que tiene problemas de movilidad porque tiene, digamos, una hemiparesia. Esa persona puede ser superactiva social e intelectualmente y estar perfectamente.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: No le voy a seguir preguntando por este tema porque estamos de acuerdo. Yo creo que protocolos que directamente excluyen a personas de asistencia hospitalaria por el grado de dependencia o por el grado de movilidad están mal hechos; estamos de acuerdo, yo creo que fueron protocolos que estuvieron mal hechos y que tuvieron consecuencias.

Quería preguntarle también algo que le he preguntado al compareciente anterior. Desde el punto de vista de la bioética, toda persona que no se encuentre imposibilitada de usar la razón y no haya una sentencia judicial en contra tiene derecho a elegir sobre decisiones que van a marcar su vida. ¿Qué márgenes cree usted que le quedaban a las personas que estaban en residencias para decidir con estos protocolos sobre la mesa si iban a recibir asistencia hospitalaria o si no la iban a recibir?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, hay una serie de cosas, de temas importantes. Ante el protocolo –y eso me gustaría que no lo olvidasen porque lo llevo diciendo desde el primer momento– aquí se sumaba una figura importante que era la valoración clínica por un geriatra de enlace. Eso da mucha seguridad a la aplicación o desviación de una determinada recomendación.

Respecto a la capacidad para expresar su voluntad de ser hospitalizado o no, lo tenemos todas las personas cuando ingresamos en residencias, otra cosa es que la persona lo exprese o no lo exprese. Y, desde luego, si lo ha expresado la persona...

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: No, es que a estas personas no se les ha dado opción a expresarla, y en el caso de deterioro cognitivo tampoco se ha hablado con los familiares para ver qué querían hacer. Directamente lo que se ha hecho ha sido sacar unos protocolos, que evidentemente se han cumplido en la medida en que justamente en los 20 días posteriores a la implantación de estos protocolos caen un 40 por ciento las derivaciones comparadas con una situación que no fuera de pandemia. Cuando en una situación de pandemia, lógicamente, debía dispararse el ingreso en los hospitales, pues, en lugar de dispararse, se desploman un 40 por ciento.

Usted afirmaba en la intervención anterior que esto tiene que ver con una valoración individualizada porque hay personas que a lo mejor están mejor en la residencia que en los hospitales. Entonces, yo le quiero preguntar si usted cree que ese desplome se debía a un colapso hospitalario o a que realmente estaba en mejores condiciones en una residencia que en un hospital.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Es que en muchos casos está mejor tratado en una residencia que en un hospital. O sea, aquí hay un concepto que tienen ustedes que tener en cuenta, y es que el hecho de hospitalizar o no hospitalizar a una persona no significaba que le estabas negando el tratamiento; punto número uno. Tampoco significaba que le dabas la oportunidad de salvarse o no. ¡No, no! Es que resulta que, desgraciadamente, no tenemos tratamiento para el coronavirus, con lo cual, tú puedes dar...

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Claro, lo que pasa es que eso se compadece de mala manera con el hecho de que una vez pasaron esos 20 días y ese pico de pandemia las derivaciones volvieran a ser la media de las que eran antes. ¿Entiende? Si realmente se debiera a que estaban mejor en las residencias, estos datos se hubieran mantenido en el tiempo; sin embargo, una vez pasa el pico de pandemia y los 20 días del protocolo, las derivaciones vuelven a su punto habitual. Yo creo que tenía más que ver con un colapso hospitalario a lo mejor, ¿no?, y que alguien tomó la decisión por esas personas sin corresponderle de que estaban mejor en la residencia. Quiero preguntarle si usted cree

realmente que estaban mejor en una residencia que, por ejemplo, en Ifema, o que, por ejemplo, en un hospital privado, porque no se hizo ni una sola derivación a hospitales privados.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, volvemos a la valoración individualizada. Fíjese, le pongo un ejemplo, usted tiene una persona en una residencia que tiene un deterioro cognitivo, que tiene una demencia, que tiene un deterioro cognitivo moderado o grave y que es una persona que nosotros llamamos deambulador. Deambulador quiere decir que esa persona va caminando, no obedece instrucciones, se sale de las zonas que tienes de protección o de sectorización... ¿Cómo va a poner usted a esa persona en Ifema? ¿Para que esté deambulando por allí, de cama en cama, por el Ifema? Pues allí no está indicado; allí no está indicado que vaya esta señora o este señor.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Pero, señor García Navarro, ¿usted es capaz de sostener que un desplome en las derivaciones de un 40 por ciento en dos semanas tiene que ver con un tratamiento individualizado? O sea, realmente, que haya en un periodo acotado de tiempo...

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: No, esa no era...

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Permítame hacerle la pregunta. ¿Usted cree que inmediatamente en la fecha posterior de la puesta en marcha de estos protocolos y durante un periodo sostenido de 20 días el desplome generalizado de un 40 por ciento en las derivaciones tiene que ver con un tratamiento individualizado? ¿De verdad?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: No, no, no, no, escúcheme. Con lo del tratamiento individualizado no le estaba respondiendo al tema del desplome en las derivaciones, a lo que ahora le responderé, estaba respondiendo a la utilización o no de Ifema. Le estaba diciendo que es muy importante individualizar el tipo de paciente, porque a veces dices: hombre, no voy a poner en Ifema a este ejemplo que les ponía de la persona deambuladora, que, por cierto, es muy frecuente en las residencias de mayores.

Siguiente. Respondiéndole al desplome tan importante que hay en las derivaciones, yo no le sé decir por qué ha sido, pero, desde luego que no ha tenido solamente una causa. ¡Seguro! Desde luego, por una causa sola le aseguro que no. Debía haber problemas de colapso hospitalario, como pasó, por cierto, en toda España, no solo en la Comunidad de Madrid; debía haber problemas, probablemente –que no lo sé– en el transporte, o sea, en la logística; debía haber otra serie de factores. Yo creo que no se puede afirmar de forma tan categórica que haya sido un solo factor y, además, que ese factor sea un protocolo, y además ya le digo yo que no está fijado a un tipo de especialistas, que sea el que lo causa, entre otras cosas porque normalmente no es así.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Lo afirmamos, entre otras cosas, porque a esta comisión de investigación han venido directores de residencias que han afirmado que no podían derivar a pacientes a hospitales, porque ha habido asociaciones de familiares que han dicho lo mismo y porque ha habido trabajadores que han dicho exactamente lo mismo. Le quería preguntar por esos

testimonios médicos que aseguran, por ejemplo, que hubo personas que con la atención hospitalaria sí que hubieran sobrevivido.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, eso sí que también lo quiero dejar muy claro, que si hay alguna desviación que no se está ajustando a lo que yo estoy diciendo, que es una valoración individualizada, intentar siempre dar el tratamiento adecuado, en el sitio adecuado, hacerlo a tiempo, etcétera, pues, por favor, que alguien lo investigue, porque ahí sí que se está actuando mal.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Claro.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Es decir, yo aquí no voy a venir a defender un cien por cien de las actuaciones porque no puedo, porque, si ha habido realmente algún caso en el que no se ha actuado de forma correcta, pues se tiene que investigar; eso es aparte.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Se está investigando.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Ahora bien, siempre hay que decir que la gran mayoría de casos el hecho de que haya un equipo clínico de reconocido conocimiento geriátrico, que son los geriatras de enlace, garantizaba las posibles desviaciones que pudiese haber; eso sí que se lo puedo decir.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Pues fíjese que no han sido una anécdota, porque organizaciones como Amnistía Internacional, por ejemplo, y cita explícitamente el caso de Madrid, habla de que se vulneraron al menos cinco derechos fundamentales en la primera ola: el derecho a la salud, el derecho a la vida, el derecho a la no discriminación, el derecho a la vida privada y el derecho a la vida familiar. También otras organizaciones, como Médicos sin Fronteras, hacen reflexiones similares. Creo que no ha sido algo anecdótico, sino que ha sido algo estructural.

En esta comisión estamos viendo cómo, para empezar –como le digo–, se privó del derecho de las personas a elegir si querían asistencia hospitalaria o no; se tomó la decisión por ellos; no se les proporcionó otro canal de asistencia hospitalaria, como Ifema o como los hospitales privados, sino que directamente se les dejó en las residencias; y tampoco, finalmente, se produjo la medicalización prometida. Hay mucho debate en torno a qué es medicalizar o no medicalizar; nosotros consideramos que no todas las residencias tienen que estar medicalizadas constantemente, porque es absurdo, pero sí que es verdad que, si has cerrado todas las demás puertas, no puedes dejar a una persona sin cuidados paliativos ni siquiera para morir en una residencia. Y, sin embargo, aquí, en la Comunidad de Madrid, la medicalización se le encargó a un familiar de un colaborador del Partido Popular y ni siquiera se hizo un contrato para ello. En fin, nos parece que fue todo un verdadero desastre y yo supongo que usted, si hubiera estado en esa situación, posiblemente no hubiera pensando que la mejor opción era la de quedarse en una residencia sin más. Y los datos de fallecimientos en esos días y de ausencia de derivaciones, tanto a hospitales privados como públicos, es bastante explícita.

En lo que sí estoy de acuerdo con usted es en la necesidad de incrementar el esfuerzo público para apuntalar el sistema de cuidados en general; el de las residencias y también el de la

atención a domicilio. Quiero preguntarle qué valoración le merece el sistema de atención a domicilio que existe actualmente, con un fortísimo grado de externalización, donde los sueldos de las trabajadoras se han desplomado, trabajadoras que han sido las primeras en salir del mercado laboral una vez ha estallado la crisis. Quiero decir, la fragilidad de los cuidadores en este sistema de atención a domicilio, evidentemente, creemos que se traslada a una fragilidad de los cuidados también. No sé si comparte esta afirmación o no.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Sí. Comienzo insistiendo en la primera parte de su última intervención: individualizar siempre ha sido bueno en la Comunidad de Madrid y, si hay alguna desviación, que se investigue. Respecto al tema de cuidados domiciliarios, mire, hay que invertir mucho más en cuidados domiciliarios de lo que lo estamos haciendo. Le decía antes que hay comunidades autónomas que tienen veinte minutos de atención al día a las personas con dependencia en domicilio, y la comunidad autónoma que más tiene es una hora al día. Por lo tanto, yo creo que esta es una de las grandes asignaturas pendientes que tenemos.

Los cuidadores profesionales en domicilio en estos momentos sí que es cierto que tienen unos salarios muy bajos que habrá que intentar dignificar. Estoy absolutamente de acuerdo con usted. Es una profesión eminentemente femenina, lo cual es una causa importante también de discriminación de género –ese también es un tema muy importante- y, además, no hay que olvidar otro tema importante, y es que, como los cuidados profesionales no llegan al cien por cien a cubrir las necesidades, tiene que haber siempre un cuidador no profesional. Y, mire, el 80 por ciento de las veces también es una persona que suele ser, además, mujer, y que suele ser, además también, de edad avanzada. Con lo cual, yo creo que esta es una asignatura pendiente.

Por último, yo creo que es una oportunidad, porque si somos capaces de invertir mayor financiación para hacer este cuidado a la dependencia en domicilio, tendremos la oportunidad de poder formar a gente, sacarla del paro, que entren en el tejido productivo, que se dignifiquen como personas y que, además, desde el punto de vista de la autoestima, crezca su autoestima. O sea, yo creo que ahora será una obligación, en la época posCOVID, invertir en políticas sociales, y una de ellas, clarísimamente, es esta. Y, para que nos hagamos una idea sobre esos veinte minutos o una hora que tenemos en las comunidades autónomas, hay que decir que hay países del norte de Europa en los que están trabajando mucho en domicilios, como, por ejemplo, en Dinamarca, donde la media es de 3,1 horas al día de atención domiciliaria.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Por último, quería preguntarle, como compartimos la necesidad, efectivamente, de modificar el sistema de cuidados, y en esta Casa no es de ahora, ni siquiera de hace un año, sino que llevamos planteando desde antes de la crisis del COVID-19 que esto era imprescindible, porque no podíamos tener un cuerpo residencial en la Comunidad de Madrid con la gestión privatizada en un 95 por ciento, en el que doce empresas se embolsan el 65 por ciento del dinero público a costa de mermar plantillas o de mermar la calidad de la alimentación, etcétera, ¿usted cree que si hubiéramos abierto un debate sobre el modelo residencial y se hubiera cambiado a

tiempo, hubiéramos podido recibir con menor impacto la primera ola del coronavirus en las residencias de mayores y dependientes de Madrid?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Es difícil responder a esta pregunta con criterios objetivos y científicos, porque ha habido algunos países también muy afectados que tienen muchísima más financiación en el mundo residencial. Por ejemplo, Canadá, que tiene un 80 por ciento de mortalidad en residencias; o, por ejemplo, Francia, que tiene un 51 por ciento; o Noruega, por ejemplo, que tiene un 48 por ciento de mortalidad. Es difícil de responder.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Pero, entonces, no entiendo...

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Es difícil de responder.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Sí, lo que pasa es que, si usted plantea que esas modificaciones son necesarias para abordar en mejores condiciones futuras olas, ¿por qué no entiende que hubieran venido bien para afrontar la primera?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Porque ahora nosotros introducimos a las variables normales de mejora de atención a la dependencia –algo que, desde luego, hubiese venido bien para todo el mundo-, e introduciríamos ahora las variables para el control del COVID dentro de las residencias de mayores, cosa que no hubiésemos hecho si hubiésemos hecho el diseño del servicio hace un año. Sí que hubiésemos hecho lo demás: incrementar ratios de personal, mejorar la dotación de enfermeras, dotación de fisioterapeutas en los programas comunitarios, implicación de la familia. Todo eso lo hubiésemos hecho, pero a lo mejor no hubiésemos hecho el diseño de los edificios para poder sectorizar; para poder aislar adecuadamente; para poder, si es necesario, dar oxigenoterapia, etcétera, etcétera. Ahora, en cambio, esas variables seguro que las introduciremos en el modelo futuro del diseño de residencias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor García Navarro. A continuación, por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, tiene la palabra el señor Díaz Martín; cuando quiera, señoría.

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Gracias, presidente. En primer lugar, gracias por su comparecencia, don Augusto García Navarro, y le pido también disculpas por las molestias ocasionadas en la anterior comisión. Me gustaría empezar pidiéndole, como presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, que nos contara cómo se vivió la primera ola de la pandemia en los centros residenciales y con qué dificultades se encontraron los geriatras de enlace.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, lo que pasó en la primera ola, la mortalidad en las residencias de mayores, fue una tragedia; eso no se lo voy yo ahora a desvelar. Las personas que trabajaban en residencias de mayores lo vivieron de forma trágica. ¿Por qué? Porque veían cómo iba entrando el virus. Era un virus que, además, era de difícil identificación, no disponían en la mayoría de casos de equipos de protección individual ni tampoco de test diagnósticos. Aquí hubo un desabastecimiento mundial; quiero decir que esto pasó en la Comunidad de Madrid, pasó en el resto



de España y pasó en el resto de Europa. Y veíamos, además, cómo muchos de los propios profesionales que trabajan en las residencias de mayores tenían la infección por coronavirus y tenían que quedarse en su casa a pasar la enfermedad, con lo cual muchas veces te encontrabas con que había mucha menos gente trabajando de lo habitual, y ya hemos comentado antes que hay poca gente trabajando. Con lo cual, las personas que estaban trabajando multiplicaron por dos, por tres, por cuatro y por cinco su esfuerzo para poder ofrecer una atención de calidad, de manera que fue realmente muy estresante para todos los trabajadores de las residencias de mayores. Y para los geriatras de enlace imagínese: había 22 equipos valorando, de 8 de la mañana a 10 de la noche, dónde poder tratar adecuadamente a una persona que tenía una infección por coronavirus, en contacto con las residencias. O sea, un trabajo extenuante que, además, te obligaba a poner en marcha toda tu habilidad clínica, porque no es fácil decidir, individualizar, si esa persona va a tener el tratamiento en la residencia o lo va a tener dentro del hospital y, además, te obliga a adoptar planteamientos que dices: ¡Hombre!, hoy lo voy a dejar en la residencia, pero mañana lo voy a reevaluar. O: Tráemelo aquí, a urgencias, que las tengo colapsadas, pero lo voy a reevaluar mañana. Ese es un ejercicio también de constante tensión de los geriatras de enlace que creo que aquí se dejaron también la piel para poder dar la mejor respuesta, sobre todo en la zona más complicada, en el momento del pico máximo, que fue en aquellas tres o cuatro primeras semanas en las que realmente estábamos todos desbordados.

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Una pregunta, señor García: ¿los geriatras de enlace indican los tratamientos a seguir para los enfermos, además de acordar o no la derivación?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Acuerdan la derivación y discuten clínicamente con el equipo de la residencia. Con lo cual, el médico de la residencia siempre podía comentarle –y él podía comentarle al médico de la residencia- la utilización de determinados medicamentos, claro. Cuando se establece un diálogo clínico entre equipos médicos y de enfermería se habla de todo: se habla de la ubicación, se habla del tipo de tratamiento, se habla incluso de las dosis a dar de tratamiento y se habla incluso de...

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Pero quien lo acaba indicando son los médicos, ¿no?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Los médicos directos que están haciendo la atención en ese momento. Si el paciente está en el hospital, en el hospital; si está en la residencia, el médico de la residencia; si está en Primaria, el médico de Primaria.

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Vale. Ahora, para centrarnos en el objeto de estudio de esta comisión, que es el primer periodo de la pandemia, y en la Comunidad de Madrid: ¿cuál ha sido su relación con las residencias madrileñas en concreto?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Yo he estado trabajando con ellas y sobre todo con los socios de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, haciendo recomendaciones e intentando también influir en el Ministerio de Sanidad para poder actualizar los tratamientos. Por ejemplo, nosotros hacemos la primera comunicación con el Ministerio de Sanidad el día 5 de marzo, que es jueves, para



que, por favor, actualicen la guía de tratamiento en residencias de mayores, que lo hacen el día 6 de marzo. La siguiente comunicación que hacemos ya la hacemos el día 23 de marzo, porque cuando actualizaron la guía había muchas cosas que había que mejorar. Piensen que era una enfermedad que estábamos conociendo a medida que se iba desarrollando. Por ejemplo, el número de asintomáticos; ni nos imaginábamos la cantidad de gente asintomática que habría en residencias de mayores. En España, el primer estudio lo hace el Hospital Vall d'Hebron, aquí, en Barcelona ciudad, sobre una población de 2.800 personas que viven en residencias de Barcelona, y nos dice que hay un 70 por ciento de personas en residencias que son asintomáticas, que lógicamente estaban transmitiendo el virus a sus compañeros, a los profesionales que trabajaban en las residencias, a las personas que podían ir a visitarles, y no nos estábamos dando cuenta. Todo ese proceso de aprendizaje...

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Una pregunta, y perdone que le corte. Su relación no ha sido estrechamente directa con las residencias de la Comunidad de Madrid, ¿no? O sea, ha tenido relación con las residencias de Madrid, pero con las de toda España también.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Eso es, con las de Madrid y con las de toda España, a través de la gente que trabaja en ellas; sí, sí.

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Vale. Durante la primera ola de la pandemia, es decir, desde que el Gobierno decreta el estado de alarma hasta que este finaliza el pasado 21 de junio, la Consejería de Políticas Sociales fue de las primeras Administraciones, y creo que la primera consejería incluso diría de toda España, en tomar medidas. ¿Le constan a usted estas medidas?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Bueno, sí. Vamos observando todas las medidas que van tomando las diferentes comunidades autónomas. Nosotros siempre hemos dicho desde la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología que era muy importante considerar que el coronavirus no era un problema de servicios sociales sino un problema de salud. Esto era un concepto muy importante que llegó un poquito tarde, ¿eh? Piense que la primera intervención que hace Salud a Servicios Sociales y en concreto a residencias de mayores la hace a principios de abril -no sé si el 7 o el 8, se lo podría mirar- la Comunidad Valenciana, y después ya vienen las intervenciones que hacen Madrid, Cataluña, etcétera, etcétera. Pero este es un concepto importante, que el coronavirus siempre se debía haber considerado desde el principio un problema de salud...

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: ¿Cómo valora las peticiones que hizo...?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Y eso provocó probablemente un poco de retardo.

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Por continuar con esto que nos está indicando, ¿cómo valora entonces todas las peticiones que hizo el señor Reyero para que se medicalizasen residencias, para que interviniese la UME en esa medicalización, etcétera?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Es que cada comunidad autónoma ha aplicado...

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Yo le pregunto por la de Madrid, que es la que estamos tratando nosotros.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: No le sé decir exactamente los procesos de medicalización que hubo, pero lo que sí le puedo garantizar es que para medicalizar una residencia en general -dentro de ese concepto del que hablábamos antes, que es un concepto que no está definido en la literatura médica- lo que hay que hacer es garantizar que el tratamiento que habitualmente no se da en la residencia se pueda dar, y eso normalmente es: oxigenoterapia, capacidad de poner fluidos -por tanto, sueroterapia-, algunos antibióticos y algunas medicaciones que son para tratar enfermos en situación terminal; eso se debería haber garantizado. Lo que no se puede hacer -le repito, y lo he venido repitiendo durante toda la comparecencia- sabiendo que una persona en concreto necesita el tratamiento sintomático y el tratamiento de refuerzo del coronavirus, porque el curativo no existe, y no se lo pueden dispensar allí donde está es dejarle sin ese tratamiento; lo que hay que hacer es buscar una salida para que le puedan dar el tratamiento que necesita. ¡Eso es así! ¡Eso es así!

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Sí, a nosotros también nos parece fundamental que se tenga en cuenta que este ha sido un tema sanitario y que deberíamos haberlo tratado como tal y no solo y exclusivamente como un tema social.

Usted ha afirmado en una entrevista, creo que en junio de 2020, que es el geriatra de enlace el que decide el traslado desde el hospital de un paciente o no. Después de toda su comparecencia, entiendo que sigue validando usted esta afirmación.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Sí. Además, vuelvo a insistir en el plus de calidad que ofrece que un equipo clínico especializado en geriatría valore individualmente cada caso, dentro de que en los días de máxima epidemia era una actividad vertiginosa la que tenían aquellos geriatras de enlace, porque tenían muchísimas personas que valorar.

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Pues entendiendo esta afirmación así y entendiendo también la afirmación que ha hecho de que lo deberíamos haber tratado como un tema sanitario y no como un tema social, también en un medio de comunicación -y cito literal- dijo refiriéndose a los protocolos de derivación: "No puedo negar que existan, pero no los he visto". ¿Los ha visto ya?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Es cierto. Pues mire, he visto una de las versiones y, además, lo he visto en un borrador que no tiene ni nombre...

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: ¿Sabe de qué día?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Pues no le sé decir de qué día es; no le sé decir porque es un borrador que no tiene ni fecha ni firma, o sea que imagínese. Por cierto, ese borrador me lo enviaron de este medio de comunicación, que después de decirlo yo dice: ah, bueno, pues te lo enviaré. Y me lo enviaron. Tampoco sé si es cierto, ¿eh?

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: A mí me interesaría saber su opinión como presidente sobre los criterios de derivación hospitalaria ante una infección respiratoria contenidos en los protocolos que hemos visto, y que hemos visto también en la anterior comparecencia.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: En general, eso que le comentaba. Mire, no se pueden establecer normas categóricas de derivación o no derivación sin que haya una valoración clínica. Eso es así. El otro día hablaba con un compañero de un medio de comunicación y me comentaba si el criterio era la edad. No hombre, no, es que el criterio de edad por sí solo no puede de ninguna manera valorarlo; después, siempre tienes que individualizar la decisión, que significa ver: todas las enfermedades que tiene esa persona, todo el tratamiento que toma, la situación que tiene desde el punto de vista funcional físico y también desde el punto de vista funcional cognitivo y mental, además de ver su pronóstico vital, porque muchas de estas personas que tratamos –no todas, afortunadamente, la gran minoría- están en situación de final de vida, y en ese caso hay que aplicar más tratamientos sintomáticos y menos tratamientos reponedores o curativos. Bueno, pues cuando se tienen en cuenta todas estas variables es cuando se puede decidir si se traslada o no y, luego, insisto, si se le puede dar o no el tratamiento en el sitio donde le dejas, porque, si no puedes, tienes que derivarlo.

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Me gustaría también preguntarle algo y que usted lo valorase. Según información publicada por los medios, en las tres primeras semanas de la primera ola de la pandemia el porcentaje de los fallecidos en residencia fue de un 80 por ciento frente a un 20 por ciento. A su juicio y según su criterio, ¿por qué considera usted que hay tanta diferencia?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: En las residencias se daban todas las características posibles para que las cosas fuesen mal. Primera de todas, las residencias no son hospitales, y además no tienen que ser hospitales, con lo cual la gran mayoría de las residencias, una parte muy importante de ellas, no se puede sectorizar, de manera que, si tienes a una persona que es positivo, no la puedes aislar de forma rápida del resto para que no haya progresión de la enfermedad. Ese es uno de los factores. Por lo tanto, hay factores ligados a la propia residencia.

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Le iba a preguntar eso, pero me lo acaba de aclarar.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: No, claro. Segunda, factores ligados a la propia persona que está en la residencia. Vuelvo a decirles que son personas que tienen una dependencia física muy severa, que necesitan ayuda para el baño, para vestirse, para asearse, muchos para desplazarse, muchos incluso para comer y para poder ingerir las pastillas, y además son personas que tienen mucha enfermedad crónica, de media, siete enfermedades crónicas y consumen, de media, once medicamentos diferentes; por tanto, son personas con muchas patologías.

Y tercera y fundamental, es un grupo de factores relacionados con el tipo de trabajo que se hace en las residencias. En las residencias hay gerocultores y enfermeras que están en contacto físico estrecho con las personas para poder atenderlas, para poder bañarlas, para poder vestir las, para poder darles de comer y para poder darles la medicación. Ese contacto físico, en los primeros

momentos de la epidemia, se hacía sin equipos de protección individual, porque había desabastecimiento. Con lo cual, teníamos el terreno idóneo para que progresase una enfermedad que era mortal y que además afectaba sobre todo a las personas más vulnerables y más débiles, que son las personas que precisamente viven en residencias de mayores. De manera que se daban todas las circunstancias y por eso todo el mundo occidental, itodo el mundo occidental!, ha tenido una tragedia enorme en las residencias.

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Yo creo que el desabastecimiento de EPI, de test y la sectorización también nos han quedado claros por otras intervenciones que hemos tenido en otra comisión.

Usted hablaba de tres factores. Le voy a poner encima de la mesa un cuarto factor para que me lo valore y es el factor público o privado de un centro residencial. ¿Puede ser este el que condicione también el número de fallecidos? ¿Usted diferencia entre que un centro sea privado o público?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, en estos momentos no hay datos publicados y objetivos – al menos que conozca la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología- para que esa afirmación se pueda mantener. No hay datos. Sí creemos desde la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología que hay que incrementar mucho, tanto si es pública como privado, dos temas importantes en las residencias de mayores: uno es la transparencia, por tanto, dar datos de cómo se está haciendo la función, y el otro, dar datos de resultados de salud. Nosotros transmitimos como ciudadanos –que además somos los que financiamos mayoritariamente este tipo de servicios- que tenemos que saber cuántas caídas hay, cuántas personas hay desnutridas, cuántas personas se han derivado de forma innecesaria, por ejemplo, a un hospital, el número de fármacos que están tomando... Este tipo de información debemos tenerla lo antes posible.

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Creo que me queda un minuto y le quiero hacer dos últimas preguntas muy rápidas. Usted ha hablado de la financiación de las ratios en las residencias, ha hablado de la situación previa que teníamos en las residencias. Existía un acuerdo marco, que estaba firmado desde el año 2017, y aprovechando que usted está aquí le comento que ayer se presentó un nuevo acuerdo marco que mejora un 40 por ciento la financiación en las residencias. Me gustaría saber su valoración respecto a esto, si puede ser, muy breve.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Es positivo y mejora la financiación, pero déjeme que le diga: en España estamos en el 0,7 por ciento del PIB dedicado a atención a la dependencia, la media de la OCDE es 1,2 por ciento del PIB y en los países que empiezan a darnos envidia, por ejemplo, Dinamarca, es el 2,2 por ciento del PIB o Suecia, el 3 por ciento del PIB. Es una muy buena noticia, pero nos queda mucho recorrido.

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Una última pregunta y, si puede ser, muy breve también la respuesta –y sé que no debería serlo, porque es una pregunta para debatir-: ¿cuál cree usted que es el mejor modelo futuro para las residencias de la Comunidad de Madrid?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Creo que hay que invertir en atención a la dependencia, más en domicilio que en centros residenciales, y en los modelos intermedios antes de llegar a una residencia, por lo tanto, pisos tutelados, pisos con servicios, que estén dentro de los barrios, que permitan que haya conexión intergeneracional de las personas y que además puedan ir teniendo de forma progresiva y dinámica soporte a la dependencia hasta que ya no haya más remedio que ir a una residencia. Y ese tipo de soluciones intermedias hay que empezar a pensarlas y a ponerlas en marcha.

El Sr. **DÍAZ MARTÍN**: Pues muchas gracias, señor García. Y muchas gracias, señor presidente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Corresponde ahora el turno al Grupo Parlamentario Popular, y para sustanciar este punto tiene la palabra doña Ana Dávila-Ponce de León; cuando quiera, señoría.

La Sra. **DÁVILA-PONCE DE LEÓN MUNICIO**: Muchas gracias, presidente. Doctor García Navarro, muy buenas tardes ya. En primer lugar, quería agradecer en nombre de mi grupo su comparecencia de hoy y transmitirle las disculpas porque tuvo que trasladarse hace unos días a la Comunidad de Madrid y no pudimos tenerle presente, pero queremos agradecerle enormemente que haya podido finalmente acompañarnos aunque sea virtualmente.

También y sobre todo desde nuestro grupo parlamentario queremos trasladar a todos y cada uno de los servicios de geriatría, a todos y cada uno de los geriatras que han trabajado en la Comunidad de Madrid, nuestra gratitud y nuestro reconocimiento por todo el esfuerzo, el trabajo, el tiempo y la dedicación empleados, prácticamente sin descanso, en paliar estos devastadores efectos que usted ha explicado muy bien y que ha tenido el coronavirus en los centros residenciales, que es lo que tratamos aquí, pero también en las personas mayores, en personas vulnerables y, en definitiva, en toda la sociedad, también incluidos los propios profesionales y los propios geriatras.

Aquí hemos hablado largo y tendido en esta comisión sobre las medidas que ha tomado la Comunidad de Madrid, que conoce usted perfectamente, en las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad. Nuestra postura en esta comisión es que sirva para ofrecer a los ciudadanos, que se lo merecen y que es nuestra obligación, cómo se ha abordado esta situación y las actuaciones que se han desarrollado; por supuesto, también conocer posibles errores que se hayan cometido y cuáles son las necesidades de mejora.

Usted está hablando de cuál es el modelo de dependencia, y coincido plenamente con usted; coincido plenamente en que es un modelo de dependencia lo más cercano a que una persona mantenga su vida y no tenga que ser ingresado en una residencia. Bueno, no estamos hablando en este caso de todo esto, pero sí que queremos centrarnos en que nos dé su experta opinión sobre las cuestiones del abordaje de la Comunidad de Madrid en las residencias durante la primera ola -nos centramos en la primera ola-. Hemos hablado y ha explicado usted perfectamente qué entiende por el modelo de medicalización de las residencias, que es procurar dar el tratamiento que necesita cada persona teniendo en cuenta también su situación.

Así, se abrió un enorme dispositivo para tratar de llegar a esa medicalización de las residencias, distribuyendo durante la primera ola 12 millones de unidades de material de protección, y a pesar de las dificultades que hubo en los primeros días, al final se consiguió abrir un corredor específico en la Comunidad de Madrid cuando tuvimos permitido comprar directamente; se dispensaron más de 175.000 medicamentos, esos medicamentos de los que también usted hablaba, que normalmente no se dispensan en las residencias, directamente desde los servicios de farmacia hospitalaria y desde los centros de salud; más de 3.000 concentradores de oxigenoterapia, que es más de un 1.000 por ciento de lo que habitualmente se aplica en una residencia; también se crearon equipos de Atención Primaria específicos para residencias, 38 desde hospitales también, y la figura del geriatra de enlace, que, si no tenemos mal entendido, la Comunidad de Madrid es la primera que lo instaure y no sé si es la única -ahora, si puede, nos lo aclara-.

También se abre un corredor específico de traslado a hospitales de media estancia para personas que estaban en residencias. Hablaba usted de estos hospitales de media estancia, y hubo traslados directamente. Habitualmente son hospitales, como usted ha explicado, para rehabilitarse, pero en este momento, puesto que se cancelaron las cirugías no urgentes, las camas que se iban quedando libres se habilitaron para el traslado desde residencias. Se habilitaron trece hoteles medicalizados para pacientes, además de para profesionales. Y por supuesto que hubo traslados a hospitales privados, hubo traslados de hospitales privados desde los primeros momentos.

¿Qué opinión le merecen el conjunto de actuaciones y medidas adoptadas en la Comunidad de Madrid?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Bueno, yo creo que todo lo que está usted describiendo es lo que se ha ido poniendo en marcha y lo que teníamos que poner en marcha para poder hacer frente al coronavirus. Respecto al tema de la medicalización, supone lo que hemos comentado: en residencias de mayores que habitualmente no ponen oxigenoterapia, fluidoterapia intravenosa, algunos antibióticos y algunos tratamientos paliativos muy complejos, que dependen de farmacias hospitalarias, poder habilitarles, insisto, temporalmente o de forma definitiva, para que los puedan dispensar.

Segundo, para medicalizar es necesario que haya enfermeras y médicos dentro de esas residencias, claro; no se puede decir: medicalizo todas, y se acabó. Por lo tanto, siempre necesitas una participación muy directa de los médicos de Atención Primaria. ¿Por qué? Porque aquellas residencias pequeñas que no disponen de equipos profesionales que están 24 horas al día para poder hacer este tipo de tratamientos dependen directamente de que puedan pasarse a hacer la visita y a hacer el seguimiento los equipos de Atención Primaria, que a veces, en determinados contextos de la primera ola, pues también estaban terriblemente sobrecargados.

Después, la utilización de hospitales de media estancia es una cosa lógica y normal, es decir, son un recurso hospitalario más con el que se puede poner este tipo de medicación sin las restricciones de una residencia de mayores. Se han activado en Madrid y se activaron también en la

Comunidad Autónoma de Cataluña de manera importante los hospitales de media estancia para poder dar atención a este tipo de personas, sobre todo para separar a las personas positivas de coronavirus de las que eran negativas para evitar que siguiese la progresión de la enfermedad.

Y, luego, respecto a la figura del geriatra de enlace, se ha puesto en marcha en la Comunidad de Madrid, solo en la Comunidad de Madrid, por dos razones. Primero, porque junto con Cataluña son las únicas dos comunidades que podrían hacerlo, porque son las únicas que tienen geriatras suficientes para poder hacerlo, este es un detalle muy importante; o sea, en Andalucía no lo pueden hacer porque no tienen geriatría en el Sistema Nacional de Salud. Segundo tema, el geriatra de enlace es una idea que no solamente recomienda la Comunidad de Madrid o la Sociedad Española de Gerontología, es que está recogida en todas las guías. Por ejemplo, la Sociedad Americana de Geriatría y Gerontología, en sus recomendaciones, dibuja exactamente lo que es un geriatra de enlace, que dice que además tiene que ponerse en contacto con el equipo clínico de las residencias, que es lo que se hacía en Madrid, para ver el tratamiento que hay que dar a esa persona de forma individualizada, que es lo que se hacía en Madrid, y hacerlo en el sitio donde se pueda hacer, que a veces es en la residencia y a veces es en el hospital o a veces es en el hospital de media estancia. Y otra de las sociedades internacionales que reconoce este tipo de figura es la Sociedad Británica de Geriatría, que también establece esta figura del geriatra de derivación para poder hacer transferencias entre hospital y residencias y entre residencias y hospital, por lo tanto, en las dos direcciones. E incluso la británica llega más allá, porque, junto a la medicalización que se ha diseñado en toda España de oxigenoterapia, fluidoterapia, etcétera, etcétera, en las residencias, lo que ha habido también y lo que hay es que ellos intentan incluso hacer monitorización continua; es decir, ellos sí que transforman en hospitales las residencias, que yo creo que es un camino que aquí no hay que hacer, porque no teníamos la posibilidad de hacerlo desde el sitio del que partíamos.

La Sra. **DÁVILA-PONCE DE LEÓN MUNICIO**: Muchas gracias. Evidentemente, está muy claro. También nosotros queremos aportar y ampliar la información que muchas veces se da en esta comisión sobre Atención Primaria: Atención Primaria presta su atención, fundamentalmente, en centros de salud o en domicilios; Atención Primaria estuvo abierta durante cinco fines de semana enteros y durante toda la Semana Santa en la Comunidad de Madrid, algo que no ha ocurrido, que sepamos, en otras comunidades autónomas y, además, la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid es la única de España que tiene atención por la mañana y por la tarde. Es verdad que Atención Primaria estuvo sobrecargada; ha atendido durante la primera ola a más de 320.000 pacientes con COVID, que han requerido asistencia en domicilio.

Usted sabe que los protocolos del ministerio, que también son documentos vivos, como prácticamente todos los protocolos, recomendaban el tratamiento en el domicilio en los casos en los que fuese posible; así lo ha trasladado usted. En un primer momento se decía en los protocolos del ministerio -documentos, insisto, vivos- que los pacientes asintomáticos no contagiaban. También en los primeros días el portavoz del ministerio nos dijo que tendríamos uno o dos casos aislados en España y que no era necesario utilizar la mascarilla. ¿Qué valoración hace usted del conjunto de mensajes que nos hizo llegar el Gobierno de la nación al inicio de la pandemia?



El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Yo creo que aquí -lo comentaba antes- estábamos delante de una enfermedad que no conocíamos, y como no conocíamos la enfermedad, íbamos aprendiendo a medida que iban apareciendo nuevas evidencias; por ejemplo, lo que le comentaba antes de los asintomáticos no lo sabíamos y no lo supimos hasta casi un mes más tarde. Nosotros, en concreto, en geriatría, en personas que tienen mucha carga de enfermedad crónica y mucha dependencia, empezamos a observar manifestaciones atípicas de la enfermedad: las personas no tenían tos, no tenían fiebre, no tenían decaimiento general ni dolor muscular, tenían manifestaciones cutáneas, o tenían diarrea, que es uno de los síntomas más frecuentes. Eso también lo tuvimos que ir aprendiendo, de manera que todos íbamos cambiando los protocolos, porque realmente no sabíamos de la enfermedad. Además, los que teníamos interés en la evolución de la epidemia íbamos leyendo los protocolos del ministerio, los protocolos de las comunidades autónomas y también los protocolos de centros importantes, como los Centers for Disease Control de Estados Unidos, y de las diferentes sociedades científicas de geriatría del mundo. Íbamos todos igual, poco a poco.

Los primeros protocolos del ministerio, por ejemplo, el que emite el día 23 de marzo -que ya era una segunda revisión-, decían que había que clasificar a los pacientes de las residencias en función de si habían tenido contacto previo, no contacto previo, si tenían síntomas bajo contacto previo, síntomas sin contacto previo; Nosotros enseguida hicimos una nota, que tienen en nuestra página web, en la Sociedad Española de Geriatría, diciendo que era imposible hacerlo en una residencia, aunque estuviera muy bien hacerlo aquí. Tuvieron que evolucionar, cambiarlo y en la siguiente versión ya no venía este error.

De manera que yo creo que aquí -y sí hay que decirlo, en fin, con la frente muy alta- hemos tenido que aprender en un tiempo record, y en ese aprendizaje hemos cometido errores, porque no sabíamos que no se tenían que abordar las cosas de la manera en que inicialmente empezamos a hacerlo. Yo creo que ese es un ejercicio de reflexión y de autocrítica; seguro que en el futuro lo haremos de otra manera cuando nos venga una epidemia. La verdad es que ninguno habíamos vivido una epidemia de esta magnitud en nuestra existencia, no lo sabíamos, no lo teníamos en los libros de Medicina, ni lo habíamos estudiado en la especialidad, ¿no?

La Sra. **DÁVILA-PONCE DE LEÓN MUNICIO**: Efectivamente. Ojalá en todos nuestros ámbitos hubiésemos tenido más información sobre lo que se avecinaba. Para terminar, pues tengo muy poco tiempo, me gustaría que nos explicase cómo hace un geriatra la valoración de fragilidad de una persona a la hora de tomar decisiones. Lo ha explicado en el ámbito de una cirugía coronaria, ¿pero podía ampliarnos esta información? ¿Cómo toma un geriatra las decisiones en el conjunto de la vida de un paciente con la información clínica y social que tiene?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Nosotros utilizamos una técnica que llamamos valoración geriátrica integral. La valoración geriátrica integral consiste en valorar, por un lado, los aspectos médicos que tiene una persona, enfermedades, nutrición, medicaciones y medicamentos que toma; es decir, la parte de la enfermedad; luego, miramos cómo se encuentra desde el punto de vista físico, si es una persona que tiene dependencia física o no, si es robusta o es más débil o frágil; también



miramos la situación mental, si esa persona tiene sus capacidades mentales intactas o tiene algún tipo de demencia u otro trastorno cognitivo que le pueda afectar, así como su capacidad anímica, si tiene presencia de depresión o no, ya saben que la depresión es muy frecuente en las personas mayores; después nos fijamos en todo su contexto sociofamiliar; hemos aprendido que hay elementos muy importantes que influyen en la mortalidad y en la utilización de servicios, como la soledad no deseada o la pobreza. Todo esto lo tenemos que valorar para que, de forma individualizada, pueda salir un buen pronóstico, una manera de actuar correcta con esa persona.

En los últimos quince años se han introducido lo que llamamos escalas de fragilidad, que las utilizan todos los servicios de geriatría del mundo occidental, y lógicamente los de Madrid también. Utilizamos una escala clínica que va del 1 al 9, que llamamos escala clínica de fragilidad. Cuando puntúa el número 1 es una persona mayor pero muy robusta; imagínense una persona mayor pero muy robusta. Por ejemplo, ya saben que el cantante de los Rolling Stones, Mick Jagger, cumplió 77 años este último julio; este señor será mayor, pero desde luego es un tío robusto, que baila y que no tiene ningún problema de fragilidad. Ese es el número 1 en la escala clínica de fragilidad, y el número 9 es la persona que tiene una enfermedad terminal y le quedan unas semanas o, como mucho, unos meses para llegar al fallecimiento. Esa sería la escala de fragilidad.

La escala de fragilidad ha demostrado, en todos los estudios internacionales, la mayor predicción de supervivencia cuando una persona mayor tiene coronavirus; está publicado ya en toda la literatura en los últimos nueve meses. Además, la han utilizado los geriatras de los equipos de enlace en Madrid, los equipos de geriatría aquí, en Cataluña, y en el resto de España donde existen, de manera que nos da un pronóstico muy acertado sobre las posibilidades reales de superar la enfermedad que tiene una persona mayor, y no hablamos solo de coronavirus, hablamos de las posibilidades reales de superar una cirugía cardíaca compleja, una neurocirugía o una neumonía común.

Así es cómo hacemos nosotros la valoración. Una vez que valoramos, marcamos objetivos; decimos: vamos a ver si este señor se recupera, vuelve a caminar, si somos capaces de controlarle el trastorno de comportamiento. Marcamos una serie de objetivos y hacemos un plan de cuidados, y en el plan de cuidados participan médicos, geriatras, enfermeras y otros profesionales como trabajadores sociales, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales, y, luego, reevaluamos los objetivos.

Por eso, el concepto de dinamismo es muy importante, porque tú valoras globalmente a una persona, marcas los objetivos y pones un plan de cuidados, por ejemplo, haz gimnasia, tómate este medicamento y, además, sigue esta dieta; después, le vuelves a ver dentro de dos meses, porque si no va bien, reevaluarás y reformularás el plan de cuidados si es necesario. También es muy importante ese dinamismo en la geriatría para poder adecuar siempre el tratamiento a las necesidades reales de cada persona. Eso es lo que hacemos.

Por eso, cuando van ustedes a un geriatra tienen que cargarse de paciencia, porque tardamos un tiempo en hacer la valoración; miramos tantas cosas, que normalmente no son visitas de diez minutos, sino de una hora o de tres cuartos de hora como mínimo.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor García Navarro.

La Sra. **DÁVILA-PONCE DE LEÓN MUNICIO**: Muchas gracias. Se me ha acabado el tiempo, pero simplemente quiero agradecer todas las explicaciones que nos ha dado. Para nosotros esta comparecencia es muy clarificadora, para que la gente sepa cómo se ha trabajado en las tripas del sistema sanitario. Una vez más, quiero agradecer el trabajo de todos los servicios de geriatría de la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora diputada. A continuación, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Díaz Ojeda; cuando quiera, señoría.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias, presidente. Buenos días, señor García; bienvenido a esta comisión.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Muchas gracias.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias por su comparecencia. Los diputados y las diputadas socialistas apreciamos enormemente la información y el conocimiento que usted está compartiendo hoy con nosotros. Le pido disculpas, en nombre de todos nosotros, por las molestias ocasionadas en la convocatoria de la sesión anterior. Le voy a rogar que me dé respuestas cortas y muy concretas porque la mayoría de los temas, como podrá imaginarse, han sido planteados por los portavoces que me han precedido. Para concretar y ser dinámicos en esta parte final, quizás lo más fácil son preguntas cortas y respuestas cortas. La primera es qué relación institucional ha existido y, en su caso, existe entre la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y la Comunidad de Madrid.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Nosotros no tenemos ninguna relación; la única es con nuestros asociados, que son geriatras y gerontólogos de toda España.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Con eso me vale; quería esa contestación. ¿En qué ha consistido el asesoramiento que la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología ha podido proporcionar a la Comunidad de Madrid? ¿Cuál ha sido su papel en este sentido con la Comunidad de Madrid?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Nosotros hemos aconsejado a toda España, no a la Comunidad de Madrid.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Perfecto.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Lo hemos hecho a través de posicionamientos científicos que tienen todos ustedes en nuestra página web.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Perfecto. Usted ha dicho que no conoce los protocolos de los que llevamos hablando toda la mañana. Lo ha dicho hace un momento. Le he escuchado eso. ¿O le he entendido mal? No los conoce, ¿no?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, yo no había visto los protocolos, pero ahora me ha preguntado un compañero suyo, del grupo político de Ciudadanos -creo recordar- si había visto o no había visto un borrador que me enviaron de estos protocolos. Sí, dígame.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ¿Usted cree que el seguimiento telemático o telefónico por el grupo o el equipo de geriatría de referencia puede ser suficiente para atender las necesidades de las personas que residen en las residencias, en la primera ola? Siempre me voy a ceñir a la primera ola, ¿eh?, y a las residencias.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Mire, hay que ver en qué casos se ha producido. Siempre es mejor ver a una persona en directo que verla por teléfono. Ahora bien, si es una persona que tú ya conoces, porque la has tenido ingresada en tu servicio de geriatría, puedes hacerle el seguimiento telefónico perfectamente.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Y en las residencias... claro.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: De hecho, en estos momentos estamos haciendo, gracias al coronavirus -entre comillas lo de gracias-, entre el 35 y el 40 por ciento de las consultas a distancia. ¿Por qué? Para evitar el contagio. ¿Y cómo lo haces? Lo haces cuando conoces al paciente. Ahora bien, ¿que al paciente no lo conoces? Pues tienes que verlo. Esto es importante.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sabe usted que en muchas residencias no hay profesionales sanitarios. Esto es así.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Sí.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Por tanto, efectivamente, mayor dificultad todavía, porque no existe un profesional in situ. Mire usted, en un comunicado de la SEMPSPH y la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, informan que el día 14 de marzo se pactó con la Consejería de Sanidad un plan de actuación -esto es cierto, ¿no? Esto está en su página web o, por lo menos, yo he accedido a través de internet- con el objetivo de garantizar el adecuado tratamiento de todas las personas mayores institucionalizadas durante la crisis del coronavirus. Y este plan recogía varias líneas: una, circuitos y criterios de derivación; otra, incremento del soporte médico, y otra, un geriatra consultor para valorar y vehicular los traslados desde las residencias a hospitales. ¿Esto ha sido así?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Eso debería haber sido así. Nosotros para actuar contra el coronavirus necesitamos...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sí. No, mi pregunta es: ¿pactaron ustedes un plan de actuación? Porque yo lo tengo entrecorillado porque es el término del comunicado.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Nosotros, como Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, no hemos pactado nada con ningún Gobierno autonómico ni con el Gobierno central. Nosotros hacemos recomendaciones científicas que pueden adoptar o pueden no adoptar. Mire, le pongo un ejemplo: nosotros recomendamos, enseguida que empezó el confinamiento domiciliario de las personas mayores, que, por favor, dejaran a las personas mayores con demencia salir media hora al día a dar un paseo, por su bien y por el de sus cuidadores, porque estaban sufriendo una verdadera tragedia. ¿Y qué hicimos? Pues lo enviamos a las comunidades y lo enviamos al ministerio, igual que el resto. Nosotros no hemos sido asesores de ninguna comunidad autónoma en concreto ni del ministerio tampoco, y siempre nos hemos ofrecido a todas a poder colaborar; también que lo sepa. Si nos han preguntado, les hemos respondido gustosamente.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, señor García. ¿Pero ustedes hicieron un comunicado, con fecha 14 de marzo, la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y la SEMPSPH? ¿Hicieron un comunicado...?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: No, no. Enséñemelo, porque no lo recuerdo. Donde está la SEMPSPH, que es la sociedad...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: No, pues entonces no le sigo preguntando...

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Vale, vale. No, no.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Porque puede ser que la documentación con la que yo haya contado no la conozca usted o sencillamente... Bueno, no tiene objeto. Si no lo conoce, no tiene objeto que le siga preguntando.

En relación con las actuaciones, en su opinión, ¿qué ha fallado en la atención geriátrica a las personas mayores en las residencias? Dígame dos cosas que hayan fallado estrepitosamente, para que no se vuelvan a repetir.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Yo creo que llegaron tarde los EPI y los test diagnósticos. Yo creo que eso fue la principal causa de mortalidad en la primera ola.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Ya. ¿La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología remite una carta al defensor del Pueblo, al señor Fernández Marugán, con fecha 21 de abril? ¿Eso sí es cierto? ¿Conoce esa carta?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Sí. Eso es cierto. Eso sí, sí que es cierto. Esa carta la firmo yo.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Y dice: "Desde el inicio de la epidemia por coronavirus, todos los servicios de geriatría de la Comunidad de Madrid han alertado de la gravedad de la infección en las personas ingresadas en las residencias de mayores y centros sociosanitarios por las siguientes causas", y enumeran una serie de causas muy bien sistematizadas, además, y hacen alusión concretamente al plan de actuación que recogía los circuitos y criterios de derivación de las

residencias a hospitales, la figura del geriatra consultor... en fin, una serie de consideraciones que tienen que ver con el comunicado al que yo me refería anteriormente. Y también dicen en un apartado que "estos servicios se han venido realizando de forma ininterrumpida para incrementar la calidad de la atención que se ha prestado a los mayores más frágiles durante este periodo de crisis epidémica". Estoy leyendo textualmente. En estos párrafos, usted informa de lo que está haciendo la Administración sanitaria de la Comunidad de Madrid -porque de su lectura e interpretación literal, así es- en concreto, los servicios de geriatría. Parece que este asunto es más bien competencia de la Consejería de Sanidad, pero ¿por qué motivo informa usted -firma usted esta carta- al defensor del Pueblo de algo que es responsabilidad de la Comunidad de Madrid, concretamente, de la Consejería de Sanidad?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Pues muy sencillo: porque... Lo pone en el escrito, ¿eh? Al inicio de todo. Le explico: si lo lee usted...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sí, sí.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Dice: "Nosotros informamos al defensor del Pueblo de cuáles son los mecanismos de funcionamiento de la atención geriátrica, porque entendíamos que clarificándolo podíamos disminuir la confusión que se estaba creando respecto a si había derivaciones adecuadas o no adecuadas, se estaban leyendo los protocolos o no, y dijimos: "Oye, vamos a aclararlo"; porque probablemente este señor, el defensor del Pueblo, que estaba recibiendo quejas de los ciudadanos, es un ser que no tiene formación geriátrica y es muy importante -creemos- decirle por qué se hacen las cosas así, que no vea cosas donde no tengan que estar. Y, además, hacemos una cosa que es más interesante todavía -yo creo-, y es que nos ponemos a su disposición. Es decir, que si necesita aclarar algún punto más concreto, como Sociedad Española...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sí. Yo sí le quiero preguntar... No sé si el defensor del Pueblo se dirigió a ustedes, les contestó y estaba interesado por algo más, pero yo le quiero preguntar por qué hace usted referencia en esa carta al plan de actuación pactado otra vez. Dice: "El plan de actuación que recogía los circuitos", tal. ¿En ese plan de actuación quiénes participaron? O sea, cuando usted en esta carta habla de un plan de actuación, ¿puede decirnos exactamente a qué plan se refiere? El contexto se nota en la carta; el contexto está claro. Pero el plan de actuación al que se refiere, ¿cuál es?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Participan la Comunidad de Madrid y sus organismos de salud, de sanidad y de servicios sanitarios, y geriatras a los cuales se les llama a participar y a hacer estos circuitos.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Y estos geriatras...

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Algunos de estos geriatras, la mayoría, son socios de nuestra sociedad.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Exacto. Esto es lo que le quería preguntar. Por tanto, la sociedad científica que usted preside y a la que representa colaboró efectivamente con la Comunidad de Madrid.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Cuando... No. No colaboramos con la Comunidad de Madrid como sociedad científica. Mire, la sociedad científica es una persona jurídica que no colabora con la Comunidad de Madrid. Ya se lo he explicado.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Entonces, geriatras... perfecto.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Otra cosa es que los geriatras de la Comunidad de Madrid, la mayoría, son socios de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Por cierto, también la mayoría son del Real Madrid y del Atlético de Madrid, pero no tienen la colaboración ni del Real Madrid ni del Atlético de Madrid para hacer el plan.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Perfecto. O sea que fue... Perfecto. Le agradezco la aclaración enormemente. Sobre la figura del geriatra de enlace, usted ha hecho referencia a publicaciones donde se conforma o se define, se determina esta figura. ¿Usted puede aclararnos -si son profesionales- con qué tipo de contratos? Porque están en el organigrama de los hospitales, pero ¿qué tipo de contratos tienen? ¿Son interinos? ¿Son contratos COVID? ¿Son...?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: No le puedo...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: No me puede decir.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Eso sí que no se lo puedo decir. Le puedo decir que son geriatras contratados por hospitales que forman parte, cuando hay servicio de geriatría, del servicio de geriatría, y si aún no hay servicio de geriatría, porque aún no se ha creado y son dos o tres profesionales nada más, son, en fin, contratos del hospital. No van a decir si son interinos, si son temporales, si son parciales...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: No lo sabe. Vale.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Porque lo desconozco. Desde luego, a tiempo completo, seguro, porque si no, no podrían hacer el trabajo que han hecho.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: No. Por supuesto, por supuesto. Yo me refería a la modalidad de contrato.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: No lo sé. No lo sé.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ¿Puede concretar si los contenidos de trabajo de un geriatra de enlace forman parte del programa MIR de la especialidad de geriatría?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: La valoración de traslados sí, y no encontrará ningún estudio de geriatría donde una derivación adecuada o inadecuada a una residencia de ancianos no forme parte del outcome, del resultado final, de un estudio geriátrico. Eso es tan importante para nosotros como la movilidad...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sí, claro.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: O tan importante para nosotros como el control del dolor, ¿no?

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Por supuesto.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Eso es así.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Por supuesto. Qué opina sobre la situación...

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Ahora, también le digo una cosa: cuanta más clínica sabes, mejor sabes tomar decisiones.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sin duda.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Con lo cual, en estas condiciones de decisiones complicadas, desde el punto de vista clínico, y tan complejas...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sin duda.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Yo pondría a los geriatras con más experiencia.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Sin duda, sin duda.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: ¡Pero eso lo haría yo!

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Eso es obvio. ¿Qué opina sobre la situación de los geriatras de enlace a los que la Fiscalía les ha reclamado información? Qué opina de esta situación, sobre la situación en la que ellos se ven, como geriatra que es usted.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Hombre, pues yo creo que ellos han actuado todos de forma correcta...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Exacto.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Con lo cual, ellos están en estos momentos presionados por esa petición que hace la Fiscalía. Pero también le digo una cosa: yo creo que lo que tienen que hacer es responder al cien por cien y explicar al cien por cien lo que han hecho, porque estoy convencido de que el fiscal verá claramente cómo han actuado de forma correcta. Insisto...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Qué respaldo...

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Y si hay alguna desviación que se haya producido individual, ya les digo yo que es individual y que, en ese caso, se investigue, claro. ¡Solo faltaría!

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: ¿Qué respaldo de la sociedad científica que usted preside se presta a estos geriatras de enlace?, ¿qué respaldo le da?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Todo, desde el punto de vista del asociado, y nada en concreto por estas peticiones de Fiscalía. Es curioso que nadie, nadie que ha tenido peticiones de Fiscalía, nos ha pedido a la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología ningún tipo de soporte. Ahora, todos ellos, evidentemente, pues forman parte de nuestra sociedad, reciben información científica al día...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Ya.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Recibe una revista científica que es cada dos meses...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: De acuerdo.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Van al congreso de geriatría donde, por cierto, el año pasado hablamos...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Gracias, señor García.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: De forma monográfica de coronavirus...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Muchas gracias. Mire, la última pregunta, porque apenas me queda tiempo -nos queda tiempo-, conoce usted la Ley de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir de la Comunidad de Madrid, es conocida como ley de muerte digna; esta ley comienza diciendo que "el sufrimiento y la muerte, como parte del proceso natural de la vida, son una realidad que precisa una correcta asistencia sanitaria de la que han de formar parte los cuidados paliativos y la atención durante el proceso de morir". Según su experiencia y como geriatra, ¿diría usted que se cumplieron las disposiciones de esta ley con las personas mayores en el contexto de la pandemia que estamos analizando en la primera ola?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Yo entiendo que en la mayoría de los casos sí; y se debió cumplir en todos. Si hay alguna desviación, le vuelvo a decir que se miren, porque eso no es admisible. Acompañar a una persona que se está muriendo puede suponer mucho más esfuerzo desde el punto de vista -para un clínico, ¿eh?- físico y psicológico que a una persona que tiene curación, porque necesitas estar encima de esa persona, garantizar que no tenga sintomatología, informarle a él y a su familia, y eso a veces es extenuante desde el punto de vista de prestación de servicios...

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Claro. Cree usted entonces...

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: No es abandonarle; todo lo contrario.



La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Claro.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: ¡Todo lo contrario!

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Por supuesto. ¿Cree usted entonces que fueron todos acompañados?, ¿cree usted que fueron informados y que ellos decidieron libremente?

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Yo le puedo decir que siempre que había un clínico al lado, y, desde luego, si había un geriatra, desde luego que fueron acompañados! Lo que no le puedo decir es que si en esos procedimientos de muerte, con las residencias que estaban confinadas, había geriatras siempre al lado; probablemente en ese caso no, pero bueno, siempre que había un clínico al lado, seguro que lo hicieron y se volcaron, porque forma parte de la especialidad.

La Sra. **DÍAZ OJEDA**: Pues muchas gracias, señor García; ha sido muy amable.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Gracias a ustedes.

El Sr. **PRESIDENTE**: Doctor García Navarro, ha terminado su comparecencia. En nombre de la comisión, le agradecemos su colaboración y reitero desde la presidencia lo que ya han reiterado todos los portavoces de los grupos parlamentarios: nuestras disculpas; gracias por el esfuerzo, un viernes más, de poder estar aquí con nosotros, y lamentamos las molestias que le causamos en la anterior comparecencia. Muchísimas gracias.

El Sr. **GARCÍA NAVARRO**: Si me permite dos palabras simplemente, muchas gracias a ustedes por permitir que la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología también exponga su punto de vista y cómo se actúa en la atención geriátrica; eso por un lado. También me ofrezco a que, si necesitan algo más en el futuro, dentro de esta comisión, desde la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología aquí estamos. Y, luego, acepto sus disculpas, pero a regañadientes, porque la verdad es que es un placer siempre bajar a Madrid, siempre que puedo; o sea, que hasta me vino bien para hacer otro tipo de actividades.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Una vez terminadas las comparecencias, la sesión deja de ser pública, como ya conocen todos ustedes.

*(Se levanta la sesión a las 15 horas y 9 minutos).*





**SECRETARÍA GENERAL DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA**

**SERVICIO DE PUBLICACIONES**

Plaza de la Asamblea de Madrid, 1 - 28018-Madrid

Web: [www.asambleamadrid.es](http://www.asambleamadrid.es)

e-mail: [publicaciones@asambleamadrid.es](mailto:publicaciones@asambleamadrid.es)



Depósito legal: M. 19.464-1983 - ISSN 1131-7051

Asamblea de Madrid