- **A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL HOSPITAL DE GUADARRAMA**
- **AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL HOSPITAL PUERTA DE HIERRO**
- **AL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD**

Asunto: Comunicación formal de situación de riesgo laboral grave y continuado, y requerimiento previo a la vía inspectora por posibles incumplimientos en materia de seguridad, accesibilidad y licencia de funcionamiento.

De: [redacted], TCAE en el Hospital de Guadarrama.

En calidad de trabajador del centro, y en ejercicio del derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud reconocido en el artículo 14 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), así como del deber de informar de cualquier situación que pueda entrañar riesgo para trabajadores o pacientes (art. 29 LPRL), formulo la presente comunicación a los efectos oportunos.

Cláusula de reserva y limitación de difusión

El presente escrito tiene como única finalidad la comunicación interna de hechos potencialmente relevantes en materia de seguridad y salud, dirigida exclusivamente a la Gerencia, al Servicio de Prevención y, en su caso, a los organismos administrativos competentes.

Con objeto de preservar su finalidad estrictamente técnica y preventiva, se solicita expresamente que:

- Su contenido se trate con la debida confidencialidad.
- No sea difundido a medios de comunicación.
- No sea utilizado, total o parcialmente, en contextos de naturaleza política o partidista.

El objetivo del presente escrito es contribuir a la mejora de la seguridad del centro y la protección de trabajadores y pacientes.

Cuestión previa: Información sobre la comunicación a la representación social

Antes de exponer los hechos, y con el único propósito de aportar transparencia procedimental, se hace constar:

- El contenido técnico de esta comunicación fue puesto a disposición de las secciones sindicales (UGT, CCOO, CSIT y CSIF), solicitando su valoración y posible tramitación conjunta en materia de prevención.
- No habiéndose recibido, hasta la fecha, actuación formal derivada de dicha información, se eleva la presente comunicación a título individual para garantizar que los hechos lleguen a los canales adecuados de supervisión y prevención.

A los meros efectos aclaratorios:

1. **Sobre la participación sindical**
   La ausencia de una iniciativa formal por parte de la representación social no impide la obligación individual de comunicar los riesgos advertidos, en cumplimiento de la LPRL. Se deja constancia, únicamente, de la secuencia de comunicaciones realizadas.
2. **Uso de la documentación**
   Se ruega que cualquier utilización del contenido técnico sea coordinada, precisa y orientada a la mejora preventiva, evitando interpretaciones parciales o descontextualizadas.
3. **Enfoque preventivo**
   Se considera deseable que todas las partes implicadas —Gerencia, Servicios de Prevención y representación social— mantengan una actuación alineada con los principios de prevención, priorizando la seguridad de trabajadores y pacientes.

PRIMERO.- Objeto y Fundamento Jurídico.

Que por la presente se pone en su formal conocimiento la existencia de una situación de riesgo laboral de carácter grave, continuado y objetivamente evitable para la seguridad y la salud del personal adscrito a las unidades de hospitalización de este centro.

Dicha situación, que exige la adopción de medidas correctoras de máxima urgencia, no puede ampararse en la antigüedad del edificio, pues deriva de un incumplimiento manifiesto y persistente de los requisitos mínimos de planta física exigibles tanto en la fecha de autorización como en las sucesivas reformas ejecutadas. El fundamento jurídico de esta denuncia se basa en el siguiente marco normativo de obligado cumplimiento:

1. Incumplimiento de la Normativa de Autorización y Situación de Irregularidad Continuada:

La **Orden de 11 de febrero de 1986**, que **rige la autorización original del centro** y que **sigue siendo de obligado cumplimiento para las infraestructuras preexistentes**, establece taxativamente en su Anexo II (puntos 3.5.1 y 3.8.1) la obligatoriedad de disponer de **'espacio suficiente'** para la asistencia lateral y la movilidad. Esta norma, aplicable en virtud de la **Disposición Transitoria Primera del Decreto 110/1997** (**vigente durante las reformas relevantes de 2000-2003** y posteriormente derogado por el Decreto 51/2006, que mantiene obligaciones análogas de adecuación a los estándares técnicos actuales y **extingue cualquier régimen de excepcionalidad por antigüedad**), impone el deber de adaptar las instalaciones a los requisitos mínimos vigentes en cada momento.

Interpretación Jurídica de la 'Suficiencia' (Consolidación en Reforma 2000-2003): Si bien el concepto de 'suficiencia' nace como indeterminado en 1986, este quedó jurídicamente objetivado en el momento de ejecutarse la Reforma Integral (2000-2003) del Área de Hospitalización, conforme al artículo 3.1 del Código Civil, que exige interpretar las normas según el sentido propio de sus palabras, en relación con el contexto, los antecedentes históricos y legislativos, la realidad social del tiempo en que han de ser aplicadas y, fundamentalmente, atendiendo al espíritu y finalidad de aquellas.

En dicha fecha, el estándar de 'espacio suficiente' venía imperativamente determinado por la normativa de seguridad vigente (ratione temporis), concretamente el **Art. H.7.4.3 de la NBE-CPI/96 (que exigía pasos de 1,05 m) y la Ley 8/1993 (que exigía itinerarios de 1,20 m).**

Por tanto, la configuración actual (pasos <85 cm), consolidada en dicha reforma, no solo incumple los estándares ergonómicos de hoy, sino que vulneró el requisito de suficiencia **en el momento mismo de su ejecución**, incurriendo en una doble ilegalidad de origen:

- **Administrativa:** Se ejecutó sin la preceptiva autorización previa de modificación exigida por el **Art. 4.1 del entonces vigente Decreto 110/1997**.
- **Técnica:** Vulneró el mandato imperativo del **Punto 1.0.5 del Anexo I del Decreto 110/1997**, que **prohibía expresamente autorizar remodelaciones en edificios existentes si estas no garantizaban la ausencia de barreras arquitectónicas**.

Nulidad de cualquier validación: Al respecto, se advierte que cualquier hipotética autorización administrativa que hubiera validado esa reforma tolerando dimensiones inferiores a los 1,05 m exigidos por la NBE-CPI/96 sería **nula de pleno derecho** por contravenir normas imperativas de seguridad contra incendios.

En consecuencia, el centro se encuentra actualmente en situación de **infracción continuada** de las obligaciones del titular exigidas por el vigente **Decreto 51/2006**:

- **Vulneración del Deber de Notificación (Art. 21.i):** La titularidad incumple hoy su obligación permanente de *"notificar cualquier modificación que pueda afectar a las condiciones"*.
- **Causa de Revocación (Art. 20):** La consolidación de esta alteración sustancial no regularizada faculta a la Administración para dejar **sin efecto la autorización de funcionamiento**, al perpetuar una configuración física ilegal desde su origen.

Compromiso de la Evacuación y Nulidad de la Estrategia de Seguridad: Prevalencia de la NBE-CPI/96.

La disposición actual incumple las condiciones funcionales de seguridad exigidas por la **Norma Básica de la Edificación NBE-CPI/96** (aprobada por RD 2177/1996), vigente y de obligado cumplimiento durante la reforma integral de las plantas de hospitalización de los años 2000 a 2003. Esta norma de rango superior prevalece sobre cualquier Plan de Autoprotección interno que proponga el "confinamiento" como excusa para no adecuar los espacios y más si la compartimentación y las puertas no garantizan la estanqueidad al humo y resistencia al fuego certificada.

Se denuncia la ruptura del principio de **"Evacuación Progresiva Horizontal" (Apartado H.1 NBE-CPI/96)**, estrategia única de supervivencia en uso hospitalario, debido a los siguientes incumplimientos técnicos:

A) **Ilegalidad de la "Zona de Paso" y Bloqueo del Origen de Evacuación (Vulneración Art. 7.1.1, H.7.4.3 y H.4.1):**
La normativa establece en su **Artículo 7.1.1** que el **origen de evacuación es**

> **"todo punto ocupable"**, lo que sitúa el **inicio legal del recorrido en el sillón de la cabecera de la cama más alejada (cama de la ventana).**
> Para garantizar la salida desde este origen, el **Artículo H.4.1** impone la obligación ineludible de que "la planificación y disposición de las salidas deberá realizarse de tal manera que [...] los pacientes internados puedan ser trasladados en sus camas". Para cumplir esto, el **Artículo H.7.4.3** exige taxativamente que "la anchura libre en puertas, **pasos** y huecos previstos como salidas... será **1,05 m, como mínimo.** A este respecto, la calificación técnica del espacio entre camas no admite interpretación discrecional. Al constituir la única ruta de evacuación viable desde el origen de evacuación (situado en la cama de la ventana) hasta la puerta de la habitación, este espacio actúa funcional y jurídicamente como **'pasillo previsto como salida**' a efectos del Art. H.7.4.3. Esta clasificación viene blindada por la interacción lógica con el Art. H.4.1 (obligación ineludible de traslado de camas): dado que la anchura física de una cama hospitalaria estándar supera las dimensiones actuales (82-87 cm), es materialmente imposible cumplir el mandato de evacuación de camas sin disponer de la anchura de pasillo reglamentaria de 1,05 m.".

Las mediciones actuales (pasos libres entre **82-87 cm** en el interior de las habitaciones) violan este mínimo legal. Al ser la única vía de salida para la cama interior, este estrechamiento bloquea la evacuación en su origen, haciendo físicamente imposible el paso de una cama hospitalaria y generando una dependencia secuencial crítica (**"efecto Tetris"**): para evacuar al paciente de la ventana, es indispensable desalojar previamente la cama de la puerta de acceso de la habitación mediante maniobras complejas, retirar mesillas rodantes, andadores, sillas, sillas de ruedas, lo cual es funcionalmente inviable en una emergencia real y anula la evacuación simultánea.

A efectos de rebatir cualquier invocación a la excepción prevista en el Artículo 7.1.1 de la NBE-CPI/96 (según la cual, en recintos de baja densidad y superficie inferior a 50 m², el origen de evacuación puede considerarse en la puerta), se expone que dicha excepción es subsidiaria y no aplica en uso hospitalario por prevalencia del Anejo H (lex specialis), que impone evacuación progresiva horizontal y traslado de camas desde todo punto ocupable (Art. H.4.1). Incluso admitiéndola, no deroga las anchuras mínimas libres de 1,05 m (Art. H.7.4.3) ni la libertad de obstáculos (Art. 8.2.b). Cualquier interpretación contraria viola normas imperativas como la Ley 8/1993 (itinerarios de 1,20 m y giros de 1,50 m, Art. 20.2.a y 17.1), la LPRL (deber de seguridad) y el Decreto 51/2006 (revocación por irregularidades, Art. 20), siendo nula por contrariar el principio pro homine y jurisprudencia del TS que prioriza seguridad vital.

B) Obstrucción del Acceso Inverso (Soporte Vital):
La violación de las dimensiones de esta zona de paso impide también la entrada. En caso de Parada Cardiorrespiratoria (PCR) en la cama interior, el estrechamiento impide el acceso rápido del Carro de Paradas y del equipo de reanimación avanzado hasta la cabecera del paciente sin retirar previamente la cama contigua, mesillas rodantes, andadores, sillas, sillas de ruedas, etc. Esta barrera física estructural retrasa el inicio de maniobras de soporte vital, vulnerando los principios de seguridad del paciente y calidad asistencial.

C) Bloqueo de Protocolos de Rescate y Primeros Auxilios (Inviabilidad de Asistencia en Suelo):

La configuración actual de las habitaciones genera un escenario de riesgo crítico en caso de caída accidental de un paciente al suelo en la zona de paso (espacio inter-cama/pared). Las dimensiones existentes (inferiores a los 85-90 cm) hacen físicamente inaplicables los protocolos estándar de primeros auxilios y rescate:

- **Imposibilidad de Volteo y Estabilización:** Si un paciente cae en posición decúbito prono (boca abajo) o lateral en dicha franja, la estrechez impide al personal sanitario arrodillarse lateralmente para realizar el volteo de seguridad y el control cervical. La estructura actúa como una barrera que bloquea la asistencia inmediata.
- **Levantamiento Manual Forzoso ("Peso Muerto"):** Al no haber grúas de suelo ni existir espacio para que dos o más trabajadores se posicionen correctamente, cualquier rescate desde el suelo obliga al personal a realizar levantamientos a "peso muerto" en condiciones de estrechez operativa, con torsión de tronco y sin buena base de sustentación.
- **Agravamiento del Estado del Paciente:** Esta "ratonera estructural" implica que el tiempo de respuesta y la calidad de la movilización post-caída se ven severamente comprometidos, aumentando el riesgo de lesiones secundarias en el paciente y lesiones musculoesqueléticas graves en la plantilla. No se trata de un riesgo hipotético, sino de una limitación operativa diaria impuesta por el edificio.

Vulneración del Deber de "Ajuste Razonable" y Seguridad de Utilización.

La acumulación de mobiliario clínico y ayudas técnicas en el interior de las habitaciones no constituye una mera incomodidad, sino una infracción de la normativa de seguridad de utilización y una vulneración de la *Lex Artis* aplicable a la tipología asistencial del centro (Rehabilitación y Cuidados Paliativos).

1. Incompatibilidad del Equipamiento con la Envolvente Arquitectónica (Vulneración del RDL 1/2013).
Si bien la estructura data de reformas anteriores, la dotación de mobiliario es un acto de gestión continuada. La actual densidad de elementos (camas, sillones geriátricos, andadores, andadores antebraquiales, sillas de ruedas, trípodes, muletas, mesitas auxiliares) en una superficie reducida contraviene el Real Decreto Legislativo 1/2013 (Ley General de derechos de las personas con discapacidad). Dicha norma impone el deber de "Ajuste Razonable", definido como las modificaciones necesarias que no impongan una carga desproporcionada. La reducción del número de camas o la retirada de mobiliario superfluo para garantizar los anchos de paso es, jurídicamente, un "ajuste razonable" de aplicación inmediata. La Gerencia, al mantener una carga mobiliaria que obstruye el paso, incurre en una falta de servicio al no adaptar el entorno a la capacidad funcional reducida de los pacientes, creando barreras arquitectónicas sobrevenidas mediante el mobiliario.

2. Riesgo Biomecánico Específico: Restricción del "Polígono de Sustentación".
Por otro lado, la seguridad del paciente depende de su capacidad para ampliar su base de sustentación (abrir las piernas) al utilizar ayudas técnicas. Los pasos libres actuales (<87 cm), al estar flanqueados por obstáculos rígidos (cama y pared, ayudas técnicas), impiden físicamente la ampliación del polígono de sustentación. Esto obliga al paciente a una marcha con base estrecha, biomecánicamente inestable, aumentando

exponencialmente la probabilidad de caída por desequilibrio lateral. La Gerencia está forzando a pacientes con inestabilidad de la marcha a deambular por "desfiladeros" técnicos, lo cual constituye una negligencia organizativa y una violación del principio de "Seguridad de Utilización" recogido en el Código Técnico, aplicable a la disposición del mobiliario.

3. Violación de la NBE-CPI/96 por Obstaculización de Recorridos Interiores.
El mobiliario y el equipamiento técnico depositado en las zonas de paso constituyen obstáculos fijos en un recorrido de evacuación. El **Artículo 8.2.b de la NBE-CPI/96** establece que "**Los pasillos que sean recorridos de evacuación carecerán de obstáculos**". Al haber acreditado (vía Art. 7.1.1) que **el espacio inter-cama actúa como origen de evacuación y "paso previsto como salida"** (Art. H.7.4.3), la presencia permanente de sillas de ruedas, andadores, sillas y sillones invadiendo el ancho libre no es operativa, sino una infracción directa de la norma básica de edificación, que prohíbe explícitamente reducir la anchura libre calculada por debajo de 1,05 m mediante elementos salientes o mobiliario.

4. Incumplimiento del Deber de Adecuación en Reformas Recientes (Aplicación del CTE).
Las intervenciones recientes realizadas en las instalaciones (reformas de aseos y climatización 2018-2020) activan la aplicación del Código Técnico de la Edificación (CTE). Según el Capítulo III, punto 3 de la Introducción del CTE, es obligatorio adecuar los elementos modificados a la normativa actual (DB-SUA). Haber realizado obras de reforma en los aseos sin garantizar el círculo de giro libre de obstáculos de 1,50 m constituye una omisión del deber de adecuación normativa y una vulneración de los derechos de accesibilidad universal exigibles en cualquier intervención actual.

Vulneración de los Parámetros Imperativos de la Ley 8/1993 y Decreto 138/1998 (Comunidad de Madrid).

La ejecución de la reforma integral del área de hospitalización (periodo 2000-2003) impone la aplicación preceptiva de la **Ley 8/1993, de 22 de junio**, cuyo **Artículo 17.1** establece taxativamente que *"*La construcción, ampliación y reforma de los edificios públicos [...] se efectuarán de forma que resulten adaptados*"*.

La infraestructura actual incumple los requisitos técnicos de "Itinerario Adaptado" definidos en el articulado de dicha Ley y su desarrollo (Decreto 138/1998), constituyendo un vicio de ejecución incompatible con la licencia de funcionamiento. Se detallan las infracciones métricas objetivas conforme al texto legal:

- **Incumplimiento de la Sección de Paso en Itinerarios (Art. 20.2.a Ley 8/1993):** La Ley define el itinerario adaptado como aquel con *"un área perpendicular al suelo de **1,20 m de ancho**"*. Las zonas de paso actuales, estrechadas por mobiliario y sillas, violan esta dimensión mínima legal.
- **Bloqueo en Huecos de Paso y Puertas (Art. 20.2.a Ley 8/1993):** La norma especifica que *"Solo se permite su estrechamiento en los huecos de paso [...] siempre que estos sean mayores de **0,80 m libres de obstáculos**"*. La disposición de camas y ayudas técnicas en las habitaciones reduce el paso efectivo a cifras inferiores, impidiendo la evacuación y el acceso de sillas de ruedas.

- **Inexistencia de Espacios de Giro (Art. 20.2.a y Art. 22 Ley 8/1993):** La Ley exige que los encuentros de paso permitan *"inscribir un círculo de **1,50 m de diámetro**"*. Asimismo, el **Artículo 22** impone que los aseos sean *"accesibles"*, remitiendo al Decreto 138/1998 que fija dicho diámetro de 1,50 m y el espacio de transferencia de 0,80 m como condición *sine qua non*. La inexistencia actual de estos espacios imposibilita técnicamente la transferencia segura de pacientes y vulnera el derecho a la accesibilidad.
- **Nulidad de la Excepción por Antigüedad:** Al tratarse de una reforma integral ejecutada bajo la vigencia de esta norma, la Administración no puede alegar preexistencia. La obra se recepcionó contraviniendo los estándares técnicos de la propia Comunidad de Madrid, generando barreras arquitectónicas sobrevenidas que contravienen el principio de Accesibilidad Universal.

Prevalencia de la Norma más Restrictiva por Concurrencia de Obligaciones:

Se advierte a esta Administración que la seguridad del centro no se evalúa de forma compartimentada. Sobre los mismos elementos físicos recaen simultáneamente dos obligaciones legales: la seguridad contra incendios (NBE-CPI/96) y la accesibilidad universal (Ley 8/1993 de la Comunidad de Madrid).

En virtud del principio de seguridad integral y jerarquía normativa, cuando concurren dos normas sobre un mismo espacio, es de obligado cumplimiento el estándar más exigente, ya que es el único que garantiza el cumplimiento simultáneo de todo el ordenamiento jurídico.

La aplicación del ancho de 1,05 m (mínimo de incendios) implicaría la violación automática de la Ley 8/1993 (que exige 1,20 m). Por el contrario, la aplicación del estándar de 1,20 m satisface la Ley de Accesibilidad y, por absorción, cumple sobradamente la normativa de incendios.

Por tanto, cualquier justificación técnica que pretenda validar anchos inferiores a 1,20 metros amparándose exclusivamente en la normativa de incendios (NBE-CPI) es nula de pleno derecho, pues supone admitir la vulneración flagrante de una Ley Autonómica de obligado cumplimiento que mejora los estándares de seguridad.

SEGUNDO.- Incumplimiento Normativo en las Habitaciones: Inviabilidad Técnica del "Espacio de Trabajo y Maniobra".

La citada Orden de 1986 establece en su Anexo II, punto 3.5.1, la exigencia de "espacio suficiente" para la asistencia. Sin embargo, la realidad operativa del centro obliga a utilizar el espacio inter-camas no como un mero pasillo de tránsito, sino como una Zona de Trabajo Continuo y Estancia. Esta área funcional soporta cargas de trabajo críticas:

- **Como Zona de Transferencia y Estancia:** Es el lugar donde se ubica al paciente una vez levantado (en sillón o silla de ruedas).
- **Como Espacio de Intervención Ergonómica:** Es el área donde el personal debe realizar tareas de higiene, curas, movilización, transferencias.

Vulneración del Real Decreto 487/1997 (Manipulación Manual de Cargas): Las mediciones físicas (82-85 cm libres) demuestran que, cuando el paciente es levantado y

sentado en su sillón dentro de este espacio, el ancho libre operativo se reduce drásticamente, llegando al bloqueo físico. Esto contraviene el Anexo Técnico del RD 487/1997, que identifica explícitamente la "insuficiencia de espacio, en especial vertical u horizontal" como un factor de riesgo agravante que obliga a la empresa a medidas correctoras. Al no existir el radio de giro de 1,50 m ni zonas de paso libres de 1,20 m (exigibles por accesibilidad), el personal se ve forzado a trabajar en condiciones de estrechez operativa, realizando sobreesfuerzos en posturas forzadas (sin base de sustentación estable) para sortear al propio paciente ya levantado.

TERCERO.- Violación de Normativa Técnica y de Seguridad en las Habitaciones.

La situación de riesgo descrita se ve agravada y probada por incumplimientos técnicos específicos que transforman la operativa diaria en una actividad de alto riesgo no evaluado:

A) Ausencia del "Espacio de Giro" Mínimo e Imposibilidad de Posicionamiento Ergonómico. La falta de espacio libre no solo impide el uso correcto de grúas (efecto tetris), sino que invalida la aplicación de las técnicas de movilización segura. Para realizar una transferencia entre dos personas, la mera presencia de la silla de ruedas en la habitación bloquea físicamente el acceso al paciente. Esto obliga al personal a realizar sistemáticamente una doble manipulación de cargas de alto riesgo:

- **Manipulación de Cargas no Prevista (Desplazamiento de Camas):** Previamente a la atención, el personal se ve forzado a desplazar manualmente las camas, frecuentemente ocupadas por pacientes. Esta tarea implica la aplicación de fuerzas de empuje y tracción (arrastre) sobre equipos rodantes que, si bien disponen de ruedas, exigen un pico de fuerza inicial (arranque) elevado. Al realizarse esta maniobra en una zona estrecha que impide al trabajador aprovechar el peso de su propio cuerpo o ampliar su base de sustentación por el mobiliario y ayudas técnicas presentes, la fuerza se ejerce casi exclusivamente mediante la torsión de la zona lumbar, contraviniendo las recomendaciones ergonómicas para empuje y tracción de cargas generando riesgo dorsolumbar.
- **Transferencia en Condiciones de Riesgo "No Tolerable":** Posteriormente, deben realizar la movilización del paciente en un "hueco artificial" y precario. La falta de metros impide adoptar una base de sustentación segura (pies separados), obligando a trabajar con torsión de tronco y sin espacio para el movimiento corporal.
  Según el método de evaluación del INSST, la restricción de espacio actúa como un factor multiplicador del riesgo que puede elevar el índice a niveles "Inaceptables" independientemente del peso del paciente. El hecho de tener que reconfigurar el mobiliario con el paciente presente ("efecto Tetris") demuestra que la habitación es funcionalmente inoperativa.

B) Zonas de Paso Obstruidas y Atrapamientos (Incumplimiento NBE-CPI/96 y RD 486/97). Las vías de circulación internas entre el mobiliario y los paramentos son tan estrechas (82-85 cm) que incumplen los mínimos de seguridad:

- **Violación de la NBE-CPI/96 (Uso Hospitalario):** El artículo H.7.4.3 exige explícitamente una anchura libre mínima de 1,05 metros en "puertas, pasos y huecos previstos como salidas". Las zonas de paso actuales, inferiores a 90 cm,

incumplen este mínimo legal de seguridad, convirtiendo la habitación en una trampa en caso de evacuación urgente.

- **Riesgo de Seguridad (RD 486/1997):** La estrechez impide el tránsito seguro con ayudas técnicas (grúas/sillas), generando un riesgo altísimo de golpes contra objetos y atrapamientos entre la cama y la pared/mobiliario para el personal sanitario.

Estas deficiencias estructurales:

a) Convierten una tarea asistencial rutinaria en una operación de riesgo no evaluada;

b) Acreditan que el espacio no es "suficiente" en los términos funcionales que la Ley exige, pues obliga a recurrir a prácticas improvisadas de manipulación manual que generan nuevos y mayores riesgos.

CUARTO.- Situación en los Aseos: Incumplimiento Normativo Dual y Riesgo Ergonómico Extremo.

La configuración de los aseos de las habitaciones es crítica. La propia Orden de 1986, que rige al centro, establece el estándar de referencia para la asistencia a pacientes con dificultades motoras en su punto 3.8.1 (Unidad de Hospitalización Traumatológica), que establece: "Los servicios dispondrán de ayudas para el movimiento de pacientes y existirá al menos un W.C. por cada 10 camas para enfermos con dificultades motoras que requiera silla de ruedas."

Esta disposición refiere una obligación inequívoca de que los aseos destinados a este tipo de pacientes sean plenamente funcionales y accesibles con ayudas técnicas. La traducción técnica de este requisito, de aplicación obligatoria tanto en 2000 como tras las reformas de 2019, es clara. En este sentido, los aseos actuales incumplen lo siguiente:

1. **No existe el espacio de giro libre de obstáculos de 1,50 m** en su interior, impidiendo cualquier maniobra segura con una silla de ruedas o grúa de bipedestación.
2. **No se garantiza el Espacio de Transferencia Lateral de anchura ≥ 80 cm junto al inodoro,** para una asistencia segura.

Esta deficiencia estructural, que viola tanto el espíritu funcional de la Orden de 1986 como la normativa técnica aplicable a las reformas realizadas, obliga al personal a realizar transferencias e higiene de pacientes en espacios estrechos, adoptando posturas forzadas extremas y manipulando cargas en condiciones biomecánicas de altísimo potencial lesivo.

QUINTO.- Nexo Causal: Consecuencias Directas sobre la Salud y la Seguridad.

Las deficiencias estructurales expuestas generan una exposición diaria, continuada e inaceptable del personal a los siguientes riesgos de gravedad contrastada:

- **Riesgos Ergonómicos:** Sobreesfuerzos y posturas forzadas con un potencial lesivo, siendo la causa directa y principal de la inaceptablemente alta incidencia de trastornos musculoesqueléticos (TME) de origen laboral en la plantilla.
- **Riesgos Ergonómicos por Sobrecarga Acumulada:** Al riesgo propio de la movilización del paciente se suma la carga física adicional derivada de la necesidad de reconfigurar el mobiliario de la habitación, antes y después de cada aseo, cambio postural o mediante transferencias de cama a silla y viceversa. Esta tarea auxiliar, impuesta por el diseño ilegal del espacio, no está contemplada en los tiempos de trabajo y genera picos de fuerza de compresión espinal.
- **Riesgos de Seguridad:** Probabilidad elevada y materializada de accidentes laborales por golpes, tropiezos y caídas, derivados de la ausencia de un espacio seguro de circulación y maniobra.
- **Riesgo para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial:** La falta de espacio funcional compromete de forma crítica la movilización segura del paciente y puede retrasar la respuesta efectiva ante una emergencia que requiera acceso inmediato con equipamiento vital.
- **Riesgos Psicosociales y Carga Mental ("Efecto Tetris"):** A la carga física se suma una carga mental severa derivada del trabajo en espacios estrechos. El personal se ve obligado a realizar una planificación logística constante y reconfiguración del mobiliario antes de cada tarea clínica (arrastre de camas, mesillas) para crear huecos precarios de asistencia. Esta "doble tarea" constante satura la memoria de trabajo, aumenta la probabilidad de error humano y acelera el desgaste profesional (burnout) por la **disonancia entre cómo se debe trabajar y cómo obliga el entorno a hacerlo.**

Inaplicabilidad de la excepción económica (Doctrina TJUE C-127/05): Se advierte a esta Gerencia que el Tribunal de Justicia de la UE (Sentencia de 14/06/2007, Asunto C-127/05) ha ratificado que la mejora de la seguridad "**no podrá subordinarse a consideraciones de carácter puramente económico**" (Punto 3). Asimismo, la jurisprudencia comunitaria establece que la inviabilidad técnica o económica (cláusula reasonably practicable) solo es admisible cuando existe una "desproporción manifiesta" entre un riesgo insignificante y un coste excesivo (Punto 31).

En el presente caso, dado que los riesgos denunciados afectan a la evacuación vital y a la integridad física para trabajadores, el riesgo no es insignificante, y por tanto, el coste de las reformas estructurales o la antigüedad del edificio no constituyen argumentos jurídicos válidos para eximir a la Gerencia de su obligación absoluta de garantizar un entorno laboral seguro (Art 5.1 Directiva 89/391/CEE).

SEXTO.- Desconocimiento de la Realidad Fáctica en la Planificación Presupuestaria (Proyecto 2025).

Del análisis de la **Memoria de Programa 312A (Gestor 8221)** de los Presupuestos Generales 2025, esta parte deduce que la actual Dirección Gerencia ha podido actuar bajo una premisa errónea respecto a las prioridades de inversión, probablemente por desconocimiento de la gravedad de los incumplimientos normativos en las áreas de hospitalización.

En concreto, la propuesta de "habilitar un nuevo edificio... para las secciones sindicales etc.″ (apartado Mejoras Estructurales) evidencia una desconexión entre la planificación

económica y la realidad preventiva del centro. Entiendo que esta Gerencia no autorizará tal partida para usos no asistenciales de haber sido plenamente consciente de que las habitaciones de pacientes incumplen la NBE-CPI/96 y la normativa de accesibilidad, situación que compromete la seguridad vital.
Por ello, mediante este escrito, **se pone en su conocimiento esta incompatibilidad** para que, en ejercicio de su responsabilidad, proceda a la reordenación inmediata de dichas prioridades de gasto, evitando así incurrir involuntariamente en una gestión ineficiente de los recursos públicos frente a riesgos graves no subsanados.

SÉPTIMO.- Inviabilidad Técnica Sobrevenida de los Compromisos de Gestión (Contrato Programa 2025).

La lectura del **Contrato Programa 2025** sugiere que la Dirección ha suscrito objetivos asistenciales confiando en la operatividad de la infraestructura, desconociendo que la arquitectura actual hace materialmente imposible su cumplimiento bajo estándares legales:

1. **Atención a la Fragilidad:** Se ha comprometido una ″especial dedicación a la fragilidad″. Asumo que la Dirección desconoce que las dimensiones de las habitaciones impiden el giro de las grúas de manera segura, herramientas obligatorias por Lex Artis para tratar dicha fragilidad. Le informo que el edificio actual boicotea el objetivo clínico que la gerencia ha firmado.
2. **Indicador de Ocupación:** Al aceptar un objetivo de ocupación ≥ 85%, la Gerencia parece no haber sido advertida de que la alta ocupación en habitaciones dobles estrechas genera un "bloqueo técnico" que impide la evacuación de camas y la RCP. Informo, de que el cumplimiento de este indicador económico está forzando situaciones de inseguridad física de las que, hasta ahora, quizás no se tenía constancia plena.

OCTAVO.- Hallazgo de Antecedentes y Pérdida de la "Inmunidad" por Antigüedad (Informe sobre Memoria 2015).

Con el fin de asistir a esta Gerencia en la correcta valoración jurídica del edificio, pongo a su disposición el análisis de la **Memoria EFQM 2015**, cuyos datos técnicos podrían haber pasado inadvertidos para el equipo actual, pero que tienen consecuencias legales decisivas:

1. **Ruptura de la protección por antigüedad:** En dicho documento (Pág. 40) consta que entre 2000 y 2003 se ″modificó toda el área de hospitalización″. Es probable que la actual Dirección opere bajo la creencia de que el edificio se rige por normas de 1934. Sin embargo, este hallazgo documental prueba que la reforma integral de 2000 obligaba a cumplir la NBE-CPI/96 (pasos de 1,05 m).
2. **Vicio Oculto:** Le informo que la estrechez actual no es una condición "antigua y tolerada", sino una irregularidad técnica sobrevenida de aquella reforma. Entiendo que la actual Gerencia no es responsable del origen de dicha obra, pero una vez notificada mediante este escrito de la existencia de esta desviación normativa oculta, adquiere el deber ineludible de subsanarla.

NOVENO.- Vulneración Manifiesta del Ordenamiento Jurídico en Materia Preventiva.

La situación descrita constituye un incumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, vulnerando de forma clara y directa:

- **Artículo 14 de la LPRL:** El deber básico e ineludible del empresario de proteger a los trabajadores.
- **Artículo 15 de la LPRL:** Los principios de la acción preventiva, al no combatir el riesgo en su origen (el diseño deficiente e ilegal del espacio) y no adaptar el trabajo a la persona.
- **Real Decreto 486/1997:** Al no garantizar que los trabajadores realicen su labor "sin riesgos para su seguridad y salud y en condiciones ergonómicas aceptables".
- **Incumplimiento del Real Decreto 487/1997 (Manipulación Manual de Cargas):** Su Anexo técnico identifica específicamente la 'insuficiencia de espacio libre' como un factor de riesgo que obliga al empresario a tomar medidas correctivas.
- **Vulneración del Real Decreto 1215/1997 (Equipos de Trabajo):** El Artículo 3 obliga a elegir equipos (grúas, bipedestadores, etc) considerando el espacio disponible. Proporcionar grúas que no pueden operarse debidamente por falta de radio de giro convierte la medida preventiva en ineficaz.

Por todo lo anteriormente expuesto,

SE REQUIERE:

CONVOCATORIA URGENTE DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD.

Que se dé traslado por imperativo legal al Comité de Empresa y Junta de Personal del presente escrito.

La emisión y entrega, en el plazo máximo de 10 días hábiles por la urgencia del riesgo, de un CERTIFICADO TÉCNICO DE VIABILIDAD DE EVACUACIÓN Y CUMPLIMIENTO NORMATIVO.

Dicho documento deberá estar suscrito por la Dirección General de infraestructuras Sanitarias de la Comunidad de Madrid, Dirección de Gestión, la Jefatura de Mantenimiento o en su defecto, de la Unidad Técnica competente. El informe deberá certificar expresamente, bajo las responsabilidades que correspondan, los siguientes puntos, incorporando todos los requisitos exigidos por la Norma Básica de la Edificación NBE-CPI/96 (Real Decreto 2177/1996, Anejo H para uso hospitalario) y la Ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas de la Comunidad de Madrid (aplicable a reformas y adecuaciones, con estándares mínimos para itinerarios accesibles, espacios de giro y eliminación de barreras), tanto en las habitaciones como en los aseos adyacentes:

Requisitos Generales de la NBE-CPI/96 (aplicables a habitaciones y aseos como parte de los recorridos de evacuación):

- **Origen de Evacuación (Art. 7.1.1 NBE-CPI/96)**: Confirmación de que el origen de evacuación se sitúa en todo punto ocupable, incluyendo el sillón de la cabecera de la cama más alejada (cama de la ventana en habitaciones) y el inodoro, ducha, o zona de transferencia en aseos y si esto garantiza la evacuación progresiva horizontal sin barreras.
- **Anchura Efectiva (Art. H.7.4.3 NBE-CPI/96)**: Certificación de la medida real del paso libre en todos los recorridos de evacuación, incluyendo el espacio inter-camas en habitaciones y el acceso al inodoro/ducha en aseos. Debe constar explícitamente si dicha medida es inferior, igual o superior a 1,05 metros (anchura libre mínima en puertas, pasos y huecos previstos como salidas), con el mobiliario, ayudas técnicas (andadores, sillas de ruedas, mesillas), camas y elementos fijos presentes en todo su recorrido. En aseos, verificar si el paso libre permite el acceso de sillas de ruedas sin reducción por obstáculos.
- **Viabilidad de Evacuación Horizontal Progresiva (Art. H.4.1 e Introducción del Anejo H NBE-CPI/96)**: Certificación de si es posible extraer la cama de la ventana en habitaciones o trasladar a un paciente con movilidad reducida en aseos sin mover previamente elementos contiguos (camas, mobiliario o barreras). **En caso negativo, debe constar que la evacuación no es simultánea sino secuencial**, violando el principio de evacuación progresiva horizontal única para uso hospitalario, que exige compartimentación en sectores de hasta 1.000 m² con salidas que permitan el traslado de pacientes en camas o camillas sin demoras críticas.
- **Libertad de Obstáculos en Recorridos (Art. 8.2.b NBE-CPI/96)**: Confirmación de que los recorridos de evacuación (incluyendo espacios inter-camas / cama – pared / cama-ventana en habitaciones y zonas de maniobra en aseos) carecen de obstáculos, permitiendo solo elementos salientes fijos en paredes (como soportes o bajantes) que no reduzcan la anchura libre mínima de 1,05 m ni más de 10 cm de la anchura calculada. Debe certificar si el mobiliario clínico (sillas / sillas de ruedas, andadores, trípodes) o elementos en aseos (grifería, barras) obstruyen permanentemente estos espacios, anulando la funcionalidad de evacuación.
- **Planificación de Salidas y Compartimentación (Art. H.4.1 NBE-CPI/96)**: Certificación de que la disposición de salidas en habitaciones y aseos permite el traslado de pacientes internados en camas o con ayudas técnicas, garantizando que no haya dependencias secuenciales críticas ni bloqueos en orígenes de evacuación. En aseos, verificar si la puerta y el espacio interior permiten evacuación inversa (entrada de equipo de rescate) sin barreras.

Requisitos Específicos de Accesibilidad según la Ley 8/1993 (aplicables a habitaciones y aseos para eliminar barreras arquitectónicas):

- **Itinerarios Accesibles (Art. 20.2.a Ley 8/1993)**: Certificación de que los itinerarios interiores en habitaciones (desde camas a puerta) y en aseos (desde puerta a elementos sanitarios) tienen una anchura mínima de 1,20 m libre de obstáculos en todo su recorrido, permitiendo el paso de sillas de ruedas y ayudas técnicas sin restricciones. Debe indicar si los pasos actuales (<85-97 cm según

mediciones) incumplen este estándar, creando barreras sobrevenidas por mobiliario o diseño.

- **Espacios de Giro y Maniobra (Art. 17.1 y 20.2.b Ley 8/1993):** Confirmación de si existe un círculo de giro de 1,50 m de diámetro libre de obstáculos en habitaciones (para maniobras con camas o sillas de ruedas) y en aseos (para transferencia al inodoro o ducha). En aseos, verificar específicamente el espacio lateral de aproximación al inodoro (mínimo 0,80 m para transferencia) y si permite giro completo sin elementos protruyentes.
- **Ausencia de Barreras Arquitectónicas (Art. 4 y 5 Ley 8/1993):** Certificación de que no existen barreras en habitaciones ni aseos que impidan la accesibilidad universal, incluyendo desniveles, puertas estrechas o mobiliario fijo que reduzca espacios. Debe constar si las reformas de 2000-2003 y 2018-2020 cumplieron el deber de supresión de barreras, y si el centro mantiene un régimen de excepcionalidad por antigüedad (prohibido por la Disposición Transitoria).
- **Ajustes Razonables y Seguridad de Utilización (Art. 3 y 6 Ley 8/1993, en conexión con RDL 1/2013)**: Confirmación de que se han realizado ajustes razonables (reducción de camas por habitación, retirada de mobiliario superfluo) para garantizar accesibilidad sin carga desproporcionada. En aseos, certificar si los elementos (lavabo, inodoro, ducha) permiten uso autónomo por personas con discapacidad, con barras de apoyo y espacios libres adecuados.
- Aplicabilidad a Reformas Recientes (Art. 2 y Disposición Transitoria Ley 8/1993, en conexión con CTE DB-SUA): Certificación de que las intervenciones post-1993 (como reformas de aseos y climatización 2018-2020) cumplen los estándares actualizados del Código Técnico de la Edificación (CTE, RD 314/2006), incluyendo itinerarios accesibles sin barreras y espacios de giro de 1,50 m en aseos y habitaciones.

El certificado deberá incluir mediciones reales, fotografías y planos esquemáticos de habitaciones y aseos, con indicación de incumplimientos específicos y propuestas de corrección inmediata para evitar riesgos graves a la seguridad y salud. En caso de incumplimientos confirmados, se deberá adjuntar un plan de acción correctiva con plazos no superiores a 30 días.

2. La realización INMEDIATA de un SIMULACRO DE EVACUACIÓN DE CAMA "IN SITU" cronometrado.
Solicito que, en presencia de los Delegados de Prevención, se realice una demostración práctica de extracción de una cama ocupada desde la posición de la ventana hacia el pasillo general, con la habitación configurada en su estado habitual (doble ocupación, mobiliario presente, ayudas técnicas). El objetivo es cronometrar el tiempo de demora generado por la necesidad de apartar mobiliario, ayudas técnicas o la segunda cama ("efecto Tetris") y verificar la inviabilidad funcional denunciada.

3. Entrega de Documentación de Legalización:
Copia de los Proyectos de Ejecución y de los Estudios de Seguridad y Salud correspondientes a la Reforma Integral de 2000-2003 y a las intervenciones de 2018-2020 por imperativo legal al Comité de Empresa y Junta de Personal. Se solicita expresamente:

- La justificación técnica documental que amparó la no aplicación de los estándares de accesibilidad obligatorios.

- La Licencia de Funcionamiento original y los planos visados. Solicito que se certifique si la carga de fuego y densidad de mobiliario actual coincide con la autorizada en dichos planos o si se han realizado modificaciones sustanciales de uso (densificación) no notificadas a la autoridad competente.

4. Evaluación de Riesgos Específica e Instrumental por el Servicio de Prevención:

- **Ergonomía:** Análisis Biomecánico mediante el **Método MAPO** (índice de riesgo por movilización en espacios reducidos) y medición física de los espacios de giro y transferencia.
- **Psicosocial:** Evaluación de la carga mental y estrés derivado de la dificultad operativa impuesta por la infraestructura ("disonancia operativa").

5. Plan de Medidas Correctivas de Ejecución Inmediata (Medidas Cautelares):
Dada la gravedad de los incumplimientos (NBE-CPI/96 y Ley de Accesibilidad), se requiere de plan que contemple:

- **Reducción de Aforo (Medida de Seguridad):** Bloqueo inmediato de la segunda cama en todas aquellas habitaciones donde no se garantice un paso libre de evacuación de 1,05 m y un círculo de maniobra de 1,50 m, hasta la adecuación de la infraestructura.
- **Plan de Obras:** Cronograma vinculante para la ampliación y reconfiguración de aseos.

6. Medidas Organizativas de Refuerzo de Plantilla:
Incremento inmediato de la dotación de personal (TCAE) para garantizar el trabajo en "Parejas de Seguridad" en todas las movilizaciones manuales, supliendo con fuerza humana la imposibilidad de usar ayudas mecánicas de forma segura por falta de espacio.

7. Paralización Cautelar de Inversiones No Asistenciales:
Solicito la paralización de cualquier proyecto de obra nueva destinado a usos administrativos ("Nuevo Edificio de oficinas para SINDICATOS"), redirigiendo la totalidad de los fondos a la corrección de las deficiencias de seguridad vital denunciadas, en estricta aplicación del principio de priorización de la acción preventiva sobre cualquier otro interés corporativo.

1. **Que se dé traslado** de toda la documentación que se genere a raíz de esta denuncia (evaluación de riesgos, plan de acción, actas y acuerdos adoptados) para su análisis y seguimiento por imperativo legal a las representaciones legales de los trabajadores.
2. **Toma de Razón y Responsabilidad:** Siendo consciente de que la gravedad de lo expuesto y la profundidad de las deficiencias estructurales e históricas del edificio podrían no haber sido trasladadas con la debida contundencia a esta Dirección Gerencia en el pasado, este escrito tiene como finalidad subsanar dicho déficit de información.

A partir de la recepción de la presente comunicación, **la Dirección Gerencia pasa a tener conocimiento efectivo y documental (conocimiento de causa)** de la situación de Riesgo Grave y de la ilegalidad de las instalaciones conforme a la normativa citada. En consecuencia, cualquier inacción o mantenimiento de las prioridades presupuestarias

denunciadas (edificio de oficinas) dejaría de ampararse en el desconocimiento para constituir una asunción consciente del riesgo.

Fdo.: [redacted]. TCAE en Hospital de Guadarrama.

En Guadarrama, 3 de noviembre de 2025.