

**COMISIÓ DE INVESTIGACIÓ DEL ACCIDENTE DE LA LÍNEA
1 DE METROVALENCIA DE 3 DE JULIO DE 2006**

DICTAMEN

Les Corts 24 de junio 2016

ÍNDICE

- I. Objeto de la Comisión de Investigación
- II. Constitución. Plan de Trabajo y desarrollo.
- III. La empresa pública FGV:
 - A. Consideraciones previas
 - B. Situación económica
 - C. Organigrama de FGV
- IV. Análisis de la Comisión de Investigación de 2006.
- V. Alcance de la Investigación. Departamentos de FGV:
Gerencia: Staff
 - A. Departamento de Comunicación
 - B. Departamento de Análisis y Auditoria de la Seguridad en la explotación
 - C. Asesoría Jurídica
- VI. Dirección de Explotación:
 - A. Comité de Seguridad en la circulación
 - B. Talleres
 - C. Puesto de Mando
- VII. Recursos Humanos.
 - A. Comité de Seguridad y Salud. Prevención de Riesgos laborales.
 - B. El papel de la Inspección de Trabajo
 - C. Análisis sobre la Formación y Habilitación del maquinista.

- VIII. Análisis del accidente
 - A. Análisis de los elementos de transporte y vías
 - a. Las unidades siniestradas. UTA 3736-UTA 3714
 - b. Bogies
 - c. Balonas
 - d. Ventanas
 - e. Sistema de seguridad en las unidades y en la vía.
 - f. Lectura de las Caja registradora de eventos y lecturas del FAP
 - g. Vías

 - B. Análisis de los servicios de Emergencia y del Instituto de Medicina Legal
 - a. Servicios de Emergencia
 - b. Instituto de Medicina Legal

 - C. Análisis de la gestión de indemnizaciones y ayudas a las víctimas

- IX. Conclusiones
 - 1. Control Parlamentario del accidente. Comisión de investigación 2006
 - 2. Conclusión sobre las causas del accidente.
 - 3. Conclusiones sobre la gestión del accidente:
 - a. Tratamiento informativo por los medios de comunicación públicos
 - b. Atención a los familiares de las victimas
 - c. Responsabilidades políticas

- X. Recomendaciones a partir de los hechos investigados.
- XI. Anexo.- Plan de Trabajo aprobado por la Comisión

I. OBJETO DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

El Pleno de les Corts Valencianes, en su sesión de fecha 3 de julio de 2015, a propuesta de los Grupos Parlamentarios PSOE, COMPROMIS, PODEMOS-PODEM Y CIUDADANOS, aprobó con los votos a favor de los citados grupos y el voto en contra del Grupo Popular la creación de una Comisión de investigación sobre el accidente del Metro ocurrido en la Línea 1 de Metrovalencia el día 3 de julio de 2006.

El objetivo principal de esta Comisión de Investigación es determinar las responsabilidades políticas en que se pudiera haber incurrido desde la administración Autonómica Valenciana y la empresa pública Ferrocarriles de la Generalitat Valenciana (a partir de ahora FGV), en la gestión de los hechos objeto de investigación.

El objetivo fundamental es ofrecer una explicación convincente a la ciudadanía de lo ocurrido en toda su extensión y dimensión.

Esta tarea ha de ser complementada con otra esencial: proponer mecanismos e instrumentos para que las irregularidades y presuntas ilegalidades encontradas no vuelvan a ocurrir.

PLE DE LES CORTS

El Ple de les Corts, en la sessió del 3 de juliol de 2015, una vegada debatuda la proposta per a la creació d'una comissió d'investigació sobre l'accident de la línia 1 de Metrovalència ocorregut el 3 de juliol de 2006, presentada pels grups parlamentaris Socialista, Compromís, Podemos-Podem i Ciudadanos (RE número 176), ha aprovat la resolució següent:

RESOLUCIÓ

L'obertura d'una comissió especial d'Investigació sobre l'accident de la línia 1 de Metrovalència ocorregut el 3 de juliol de 2006. Aquesta comissió investigarà tant l'accident com la gestió que posteriorment se'n va fer. En ella s'establiran les responsabilitats en l'àmbit professional, tècnic, de gestió i polític que es determinaran en les investigacions. La comissió haurà de comptar, entre altres investigacions:

1. Amb una auditoria independent de la gestió econòmica i en matèria de seguretat en FGV des de l'any 1996, per a la realització de la qual es facilitaran tots els mitjans necessaris.
2. Amb un informe que valore els canvis en FGV abans i després de l'accident: mesures de seguretat, funcionament del Comitè de Seguretat en la Circulació, DAASE i les possibles responsabilitats de les persones de la direcció de FGV.
3. Amb una anàlisi de la gestió de l'accident en la comissió d'investigació parlamentària de 2006, en el tractament de la notícia als mitjans de comunicació públics valencians i per l'oficina del Síndic de Greuges.

La comissió especial d'investigació finalitzarà abans del primer any de legislatura.

Palau de les Corts
València, 3 de juliol de 2015



El secretari primer
EMILIO ARGÜESO TORRES



El president
ENRIC MORERA I CATALÀ

II. CONSTITUCIÓN. PLAN DE TRABAJO Y DESARROLLO

El 28 de septiembre de 2015 se reúne la Comisión de investigación Presidida por D. Enric Morera Català President de les Corts, D. Marc Pallares Piquer Secretario Segundo de la Mesa de les Corts y el Letrado D. Enrique Soriano, a efectos de su constitución.

La Comisión la componen los Ilustres Diputados y Diputadas designados por sus respectivos Grupos.

Por el Grupo Parlamentario Popular los Diputados Alfredo Castelló Sáez, Rubén Ibáñez Bordonau, Miguel Domínguez Pérez y la Diputada Eva Ortiz Vilella. Con fecha 8 de marzo de 2016 el Grupo Popular presenta escrito en el que comunica la sustitución del Diputado Miguel Domínguez Pérez por la Diputada Maite Parra Almiñana.

Por el Grupo Socialista las Diputadas María Sandra Martín Pérez, Ana Barceló Chico y el Diputado José Muñoz Sánchez.

Por el Grupo Parlamentario Compromís el Diputado Juan Ignacio Ponce Guardiola y las Diputadas Isaura Navarro Casillas, y Belén Bachero Traver.

Por el Grupo Ciudadanos los Diputados Alexis Frederic Marí Malonda y Antonio Subiela Chico

Por el Grupo Podemos–Podem las Diputadas Fabiola María Meco Tébar y Cristina Cabedo Laborda.

Tras la votación se procede a la constitución de la Mesa formada por los siguientes Diputados y Diputadas: Presidenta, María Sandra Martín Pérez del Grupo Parlamentario Socialista; Vicepresidenta, Eva Ortiz Vilella del Grupo Popular y Secretario el Diputado Juan Ignacio Ponce Guardiola. Como Letrada Doña Catalina Escuín.

PLAN DE TRABAJO

La Comisión en su reunión de 28 de septiembre abre plazo para la presentación de los planes de trabajo que finalizó el 8 de octubre de 2015.

El 23 de octubre de 2015, se aprueba el Plan de Trabajo. (Se adjunta como Anexo I).

El Plan a lo largo de este tiempo sufre modificaciones por la incorporación de nuevas comparecencias solicitadas por los Grupos Parlamentarios y el cambio de día de las reuniones de la Comisión que pasan de viernes a lunes:

El 11 de febrero se modifica el Plan en los siguientes términos:

- Mes de marzo de 2016 día 7
- Mes de Abril de 2016 días 11,18 y 25
- Mes de Mayo de 2016 días 2, 9, 16, 23 y 30
- Mes de Junio 6 y 12

El 2 de junio de 2016 el Diputado Alfredo Castelló del Grupo Popular presenta escrito en el que solicita a la vista de las modificaciones se establezcan nuevos plazos para las reuniones de la Ponencia, elaboración del Dictamen y presentación de voto particular.

En la Comisión celebrada el 6 de junio de 2016, e aprueba por unanimidad el calendario en los siguientes términos:

- Reunión de la Ponencia día 16 de Junio por la tarde.
- Presentación del Dictamen 24 de junio hasta las 14:00 horas.
- Presentación del voto particular hasta el día 1 de julio a las 14:00 horas.
- Debate del Dictamen 5 de julio de 2016

PLAN DE TRABAJO. DOCUMENTACIÓN.

La Comisión ha tenido a su disposición la siguiente documentación:

- a) Documentos solicitados a FGV, Administración Autonómica y Entidades.
- b) Ampliación de documentación a petición de los Grupos Parlamentarios.
- c) Documentación aportada por los comparecientes.
- d) Informes.

a) Documentación solicitada en el Plan de Trabajo, incorporada y a disposición de los Grupos Parlamentarios:

1	Plan de actuación integral de la línea 1 del Metro hasta 2010 de la Conselleria de Infraestructuras y Transportes presentado por el President Camps
2	Informe del Ministerio de fomento de 2000-2002 sobre siniestralidad de las redes ferroviarias autonómicas.
3	Listado de accidentes e incidentes de toda la serie segunda 3700, incluyendo la UTA 3736, desde 1994 hasta 2006.
4	Copias compulsadas de los informes de Jefatura de la Línea 1 de los accidentes ocurridos desde 1994 a 2006.
5	Acuerdos adoptados por la Comisión Interdepartamental para el seguimiento y análisis de las actuaciones con ocasión del trágico accidente ocurrido en la línea 1 de Metro Valencia, creada por Decreto 95/2006, de 3 de julio del Consell.
6	Copias compulsadas de todas y cada una de las reuniones del Comité de Seguridad de Ferrocarriles de la Generalitat, celebradas en 1994 y 1998.
7	Copias compulsadas de todas y cada una de las reuniones del Comité de Seguridad de Ferrocarriles de la Generalitat, celebradas entre el 1 de enero de 2000 y el 17 de julio de 2006, ambos inclusive.
8	Relación de quejas y sugerencias remitidas por las organizaciones sindicales con representación en FGV a la dirección de la empresa, entre el 1 de enero de 1994 y el 31 de Diciembre de 2006

9	Relación de incidencias, denuncias, quejas etc...comunicadas por los maquinistas de la línea 1 a la dirección de la empresa, desde el 1 de enero de 1994 hasta el 3 de julio de 2006
10	Protocolo de instalación y funcionamiento ATP
11	Protocolo de instalación y funcionamientos FAP
12	Libro de incidencias del Puesto de Mando.
13	Copia compulsada de los bonos de retiro y de los de revisión de mantenimiento, de todas las unidades en el servicio de la línea 1, correspondientes al periodo comprendido entre 1 de enero de 2005 y el 3 de julio de 2006, ambos incluidos.
14	Relación detallada (denominación, línea, sector e importe económico) de las inversiones solicitadas por la Gerencia y/o EL Consejo de Administración de FGV a la Consellería responsable de transportes, entre el 1 de enero de 1993 y el 30 de junio de 2006.
15	Informe sobre instalaciones de seguridad en la circulación existentes en la Línea 1 desde 1993 a 2006.
16	Certificación detallada de la Consellería de Economía, Hacienda y Empleo (denominación, Línea, sector e importe económico) de inversiones ejecutadas en la línea 1, desde el 1 de enero de 1997 al 30 de junio de 2003.
17	Programa de formación de maquinistas, incluyendo contenidos teóricos y prácticos, correspondientes a los años 2005 y 2006 y cuadro de profesorado técnico.
18	Protocolo de formación de técnicos y personal de reparación de ventanas de UTA 3736.
19	Ciclos de trabajo de los y las maquinistas de UTAS responsables de la conducción de las unidades siniestradas
20	Copia compulsada de los informes de las causas y de las propuestas de soluciones y lecturas de las cajas negras (descarga de datos) de las unidades siniestradas de la UTA 3736 en 1994, 1998, 2003.

21	Copia compulsada de los informes de las causas y de las propuestas de soluciones elaboradas a raíz del accidente ocurrido en la línea 1 en Picanya, en septiembre de 2005, conteniendo la lectura de las tres cajas negras pertenecientes a las unidades siniestradas, así como del informe correspondiente de la Inspección de trabajo.
22	Copia compulsada del informe y de las conclusiones de la reconstrucción del accidente ocurrido en la línea 1 el día 3 de julio de 2006, tanto de la empresa FGV, si lo hubiere, como de la policía judicial, incluyendo la transcripción de la segunda caja negra (unidas posterior) del convoy.
23	Relación de denuncias, número y causa de las mismas, presentadas ante la Inspección de Trabajo, con fundamento en la línea 1 del Metro Valencia desde 1994 hasta 2006.
24	Manuales CAF de las unidades 3700 aplicables a los siniestros ocurridos desde 1994 hasta 2006.
25	Listado de intervenciones realizadas por avisos del OAM para la UTA 3736
26	Informes de Auditoría y Análisis de Seguridad en la explotación (AASE) de la Línea 1 desde 1994 hasta 2005.
27	Informe de la Jefatura de Línea 1 sobre maquinista que descarriló la UTA 3736 entre Villanueva de Castellón y Alberic el día 19/09/1998 a las 13.15
28	Informe de la Jefatura de Línea 1 sobre maquinista que descarriló la UTA 3736 entre Massarrochos y Moncada el día 05/11/1998 a las 13.30
29	Informe de la Jefatura de Línea 1 sobre maquinista que descarriló la UTA 3736 entre a la entrada de Realón el día 30/06/2003 a las 14.44.
30	Informe de la Jefatura de Ingeniería y Proyectos relativo a los posibles cambios en ventanas o marcos de la UTA 3736 y sobre el sistema de fijación de ventanas y marcos de dicha unidad.
31	Informe de las características de la UTA 3736 en el momento del descarrilamiento de 1994, 1998 y 2003.
32	Documentación entregada al Comité de Seguridad en la Circulación FGV como consecuencia de los accidentes de la UTA 3736 en 1994, 1998, 2003.
33	Copia compulsada e las órdenes de servicio y consignas emitidas entre enero de 2005 y julio de 2006

34	Relación de empresas contratistas de bienes y servicios de FGV
35	Copia compulsada del acta de la última comisión del Consejo de administración del Consejo de FGV.
36	Planes de prevención de riesgos laborales de FGV desde 1994 hasta 2006
37	Planes de seguridad y emergencia de red metro valencia, especialmente de la Línea 1 en 1994, 1998, 2003 y 2006.
38	Expedientes de la DAASE (Dirección de auditoría y Análisis de Seguridad en la Explotación) creada en 2005.
39	Documentación aportada a los tres imputados para la causa judicial, con los que la Dirección de FGV se ha reunido en varias ocasiones y facturas del coste de los abogados de los tres imputados, que paga FGV
40	Toda la documentación e informes elaborada por H&M Sanchis desde 2004 hasta 2012, cuando cesó el contrato de FGV.
41	Coste del estudio encargado a la UPV en 2007 sobre el accidente y aportado a la causa judicial.
42	Dossier completo de los documentos elaborados por H&M Sanchis con motivo del accidente y argumentarlo de los años posteriores, hasta cuando le dieron el certificado de la calidad Aenor a la línea 1.
43	Historial completo de la UTA 3736 desde que comenzó a rodar por FGV
44	Libro de mantenimiento de la Unidad UTA 3736 desde 1994 hasta 2006.
45	Historial de reparaciones efectuadas por el Taller Valencia Sud de la UTA 3736 desde 1994 hasta 2006.
46	Libro del contraamaestre de 1994 a 2006.
47	Informe de la Jefatura del Área Técnica sobre revisiones realizadas y mantenimiento correctivo de la UTA 3736 desde 1994-2006.
48	Imágenes o fotografías hechas por la policía científica de la caja de NEGRA de la UTA 3736
49	Intervención detallada de las reparaciones en la zona del descarrilamiento y trabajo realizados sobre la vía.
50	Registro de los telefonemas (2005-2007)

51	Informe de la Inspección de trabajo sobre los dos trabajadores fallecidos en el accidente del metro. Conductor y revisora.
52	Informe elaborado tras el accidente de Picanya.
53	Documentación relativa a la destrucción de la UTA 3736
54	Informe de FGV sobre el estado de la UTA 3700 un año antes del accidente.
55	Lecturas de la caja negra del tren accidentado y del sistema de frenado automático del mismo tren
56	Ficha personal del maquinista y de la Interventora del tren accidentado
57	Informe del estado de la unidad accidentada
58	Planta completa del tramo Jesús-Plaza de España
59	Perfil transversal en el centro de la curva, radio y peralte de la misma (trazado de la vía desde estación anterior a posterior).
60	Características de la vía e instalaciones en el tramo Jesús-Plaza España
61	Informe del estado geométrico de la vía después del accidente
62	Transcripción de las grabaciones de las conversaciones mantenidas por el conductor con el Puesto de Mando durante todo el viaje (al menos 1 hora antes)
63	Características principales del tren siniestrado: peso, longitud, capacidad...
64	Croquis detallado de los elementos más significativos del accidente
65	Reglamento de circulación de FGV
66	Plan de simulacros de accidentes, periodicidad, etc.
67	Acta de la lectura de las dos cajas negras
68	Los 8 tomos del expediente del metro de FGV
69	Documentación sobre el accidente elaborada o recopilada por la dirección de Auditoría de Seguridad en la Circulación
70	Informe del accidente redactado por el 112

71	Primera acta de inspección ocular y alzamiento de cadáveres del Juzgado de Instrucción número 21 (participan la juez, fiscal, forense, secretario judicial y Eugenio Montilla de FGV)
72	Informe de la policía científica con la numeración v2561T06
73	Escrito de los 4 sindicatos que participaron en la lectura de la segunda caja negra comunicando a FGV su disconformidad con las cifras facilitadas por FGV
74	Acta del Comité de Seguridad en la Circulación de FGV que establecía las primeras causas del accidente
77	Informe del CNP sobre su actuación en el accidente
79	Informe pericial elaborado por Andrés Cortabitarte López
81	Reconocimiento médico realizado por FGV del maquinista Joaquín Pardo Tejedor
82	Autos judiciales instruidos como consecuencia del accidente de metro de 3 de julio de 2006.

Documentación solicitada a FGV por la Conselleria de Vivienda, Obras Públicas y Vertebración del Territorio en el mes de julio, a disposición de los Grupos.

01	Lectura caja negra
02	Actas Comité Seguridad julio 2006
03	Actas Comité de Seguridad 2003-2015
04	Protocolo formación conductores
05	Ficha personal maquinista e interventora
06	Turnos trabajo maquinista
07	Estado de la unidad siniestrada
08	Revisiones tres últimos meses unidad siniestrada

09	Planta del tramo Jesús Plaza España
10	Perfil transversal curva
11	Última revisión vía
12	Características vía e instalaciones
13	Estado geométrico de la vía
14	Transcripción grabaciones conductor-Puesto Mando
15	Características tren siniestrado
16	Croquis accidente
17	Escrito Asociación Latinoamericana Metros
18	Acta Consejo Admon 18-05-1992
19	Detalle inversiones 1993-1996
20	Instalaciones de seguridad Lliria-Bétera-Vilanova de Castelló
21	Obras e instalaciones Lliria-Bétera-Vilanova
22	Pliegos de cláusulas administrativas
23	Plan de Actuación Horitzó 2010
24	Plan de Emergencia FGV
25	Reglamento de Circulación
26	Actuaciones indemnizaciones y ayudas
27	Última encuesta satisfacción
28	Información cajas negras
29	Actas Comité Seguridad desde junio 2003
30	Acta provisional Comité Seguridad 14-07-2006
31	Inversiones últimos 5 años

32	Documentación entrada al Comité Seguridad
33	Informe anual de gestión FGV últimos 5 años
34	Anteproyecto presupuestos 2007
35	Libro de itinerarios
36	Actas compulsadas revisiones 2005-2006 unidades 3736 y 3714
37	Libro contraмаestre 2005-2006
38	Programa formación maquinistas 2005-2006
39	Hoja incidencias 19-07-2006
40	Obras desde 1988 Lliria-Bétera-Vilanova
41	Denuncia presidente comité empresa 1994
42	Informe inspección trabajo 13-07-2006
43	Plan actuación integral Línea 1 hasta 2010
44	Informe siniestralidad Ministerio Fomento 2000-2002
45	Acuerdos Comisión Interdepartamental
46	Reuniones Comité Seguridad 2000-2006
47	Quejas y sugerencias de organizaciones sindicales 2000-2006
48	Incidencias comunicadas por maquinistas 1995-2006
49	Protocolo funcionamiento ATP
50	Protocolo funcionamiento FAP
51	Libro incidencias puesto de mando
52	Bonos retiro y revisión línea 1 2005-2006
53	Inversiones solicitadas a Conselleria desde 1997
54	Certificación inversiones ejecutadas 2006

55	Programa formación de maquinistas 2005-2006
56	Informes soluciones 2005
57	Copia informe reconstrucción accidente
58	Denuncias ante inspección de trabajo
59	Ordenes de servicio y consignas 2005-2006
60	Empresas contratistas
61	Última acta consejo Admón.
62	Planes de prevención riesgos laborales
63	Expedientes DAASE 2005
64	Documentación tres imputados y coste abogados
65	Informes H&M Sanchis hasta 2012
66	Coste estudio UPV 2007
67	8 tomos expediente Metro
68	Documentos de H&M Sanchis y argumentarios
69	Historial UTA 3736
70	Informe UTA 3736
71	Imágenes hechas por la policía Teloc
72	Reparaciones zona descarrilamiento
73	Expediente médico maquinista 2005
74	Registro telefonemas
75	Lectura de otras cajas negras
76	Documentación elaborada por DASE
77	Pregunta sobre si FGV tiene imágenes

78	Declaraciones Vicente Contreras
79	Informe inspección trabajo sobre trabajadores fallecidos
80	Informe ex directiu FGV
81	Expediente destrucción UTA 3736

Documentación solicitada a la Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas.

El 30 de octubre de 2015, a la Consellera de Justicia, Administración Pública, Reformas Democráticas y Libertades Públicas se solicita copia compulsada del convenio entre FGV y la Dirección General de Interior de la Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas, para la seguridad del Metro.

La Consellería informa que no consta inscrito el convenio solicitado en el Registro de Convenios de la Generalitat, ni en los archivos de la Conselleria de Justicia.

Documentación solicitada al Síndic de Greuges

El 30 de octubre de 2015, al Síndic de Greuges se le solicita copia de los expedientes de quejas de los familiares de las víctimas del accidente del Metro de 3 de julio de 2.0006, así como las respuestas si las hubo de la Administración Autonómica.

Se remite por el Sindic los expedientes de las quejas tramitadas por la Institución en relación con el accidente del metro ocurrido el 3 de julio de 2006

Queja 20070707

Queja 20070933

Queja 20070934

Queja 20070936

Documentación solicitada a la Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia

El 30 de octubre de 2015, se solicita a la Decana de la Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia copia del estudio dirigido por el *Profesor Vicente Baeza* sobre la Comisión de Investigación del accidente del Metro de 2.006. Se remite informe, queda incorporado y a disposición de los Grupos:

“El estudio sobre la posibilidad de denunciar el caso del accidente del Metro de Valencia ante el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas”, realizado por la Clínica Jurídica per la Justícia social de la Facultat de Dret de la Universitat de València.

b) Ampliación de documentación a petición de los Grupos e incidencias producidas.

1. En fecha 17 de diciembre de 2015 se solicita al Juzgado de Instrucción nº 21 de Valencia una copia de las actuaciones judiciales realizadas en el procedimiento abreviado 002743/2006 relativas al accidente del metro de 3 de julio de 2006.

El Juzgado comunica el 3 de febrero no haber lugar a la remisión de la copia íntegra solicitada.

2. En fecha 26 de enero de 2016, el Diputado Alfredo Castelló, del GP Popular presenta escrito solicitando nuevamente copia de los autos judiciales del accidente del metro de 3 de julio de 2006.

El 19 de Abril les Corts remiten escrito presentado por el Sr. Castelló Sáez dirigido a la Directora General de la Abogacía General de la Generalitat, en el que solicita la documentación ofrecida por la compareciente en la Comisión.

El 28 de abril la Abogacía de la Generalitat responde que ya fueron remitidas a la Comisión de investigación las sentencias y Autos dictados por el Juzgado y la Audiencia Provincial de Valencia, única documentación que obra en poder de la Abogacía.

28 de abril de 2016, la Secretaría Autonómica de Presidencia, remite las sentencias dictadas por los distintos Juzgados y Tribunales en los expedientes de responsabilidad patrimonial y las Diligencias Previas 2743/2006 actualmente en curso en el Juzgado de Instrucción nº 21 y la Audiencia Provincial de Valencia

3. En fecha 23 de febrero de 2016, se presenta escrito por los Grupos Parlamentarios Socialista, Compromís, Ciudadanos y Podemos-Podem solicitando la siguiente documentación:
 - a. Copia actas del Comité de Seguridad en la circulación del año 1.999
 - b. Auditoría de la empresa ENARILA, SA en materia de prevención de riesgos laborales, referida a los años 2.005, 2.006 y 2.007

Remitida por FGV queda a disposición de los Grupos.

4. El 24 de abril de 2016 la Diputada Isaura Navarro del Grupo Compromis presenta escrito solicitando:

” Informe del Serveis Mèdics d’Úrgència del 3 de juliol de 2006, el dia de accident de la línia 1, al que fa referència en la sessió de la Comissió Especial d’investigació del passat dia 18 de abril de 2016”.

El 25 de abril solicita la retirada de dicho escrito.

5. El 10 de mayo de 2016 la Diputada Isaura Navarro solicita documentación completa.

“Relativa a totes les proves mèdiques del maquinista Joaquín Pardo Tejedor, tant per a accedir al seu lloc, com qualsevol altra, ja que com es disposa en el article 2.4 del Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre, pel que s’aprova el Reglament de desenvolupament de la LO 15/1999 e 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal:”este reglament no será aplicable a les dades referides a persones mortes...”

Se solicita a FVG dichos datos el 18 de mayo de 2016

6. El 17 de mayo de 2016 Alfredo Castelló Sáez, Diputado del Grupo Popular presenta escrito solicitando la siguiente documentación:
 1. A la Abogacía de la Generalitat copia de todas a las actuaciones judiciales y pruebas practicadas desde enero de 2014 hasta el último día en que se estuvo personado en las Diligencias Previas Juzgado de Instrucción número 23 de Valencia en cuanto al accidente de Metrovalencia del 2/7/2006.
 2. Solicitud del Informe a FGV para que certifique en qué fecha estuvo operativo el sistema ATP en el túnel de la Línea de Metrovalencia y otra certificación respecto a la totalidad de la Línea 1.
 3. Pedir a FGV copia de todos los expedientes de indemnización referidos al accidente del metro de 3 de julio de 2006, con fechas, cantidades, y si hubo o no reclamación judicial y sus resultados.
 4. Solicitar a FGV copia del expediente disciplinario del maquinista que apareció en el programa de televisión informe semana con expresión, en todo caso, de las fechas de inicio final del mismo, así como de su resolución final.
 5. Pedir a FGV copia expediente completo con autos judiciales, relativo a la denuncia de Fiscalía por el tema de contratación de seguridad que según se indicó se sigue en el Juzgado de Instrucción nº 8.
 6. Pedir a FGV certificación de la relación de los ascensos de escalafón de todo su personal desde el 3 de julio 2006 hasta hoy.
 7. Copia de expedientes de despido íntegros y cualquier otro documento de Recursos Humanos respecto del empleado ARTURO ROCHER.

8. Solicitar a FVG copia de los informes, fichas o peticiones sobre deficiencias en las instalaciones de Metro, en lo relativo a la Línea 1, realizados por Arturo Rocher en base a sus competencias en la empresa o cualquier otra cuestión.
9. Solicitar a FGV relación de todos los expedientes disciplinarios realizados a maquinistas debidos a retrasos en la circulación, por circulación lenta, o similares, con la finalización del mismo.
10. Solicitar a la Diputada Ana Barceló (como querellante, ya que carecemos de datos sobre el Juzgado en el que se tramitó) copia de las actuaciones judiciales por la denuncia formulada contra los comparecientes en la Comisión de 2006 por el posible aleccionamiento de H&M Sanchis y copia de todo los autos si obraran en su poder.
11. Solicitar a FGV copia de los partes diarios de seguridad desde el 3 de julio 2006 al 31 de diciembre de 2006.
12. Solicitar a FGV copia del registro de personas que estuvieran presentes en los Talleres de Valencia Sud desde las 22h a las 2h entre los días 1 de septiembre de 2006 a 1 de diciembre de 2006.
13. Pedir a FGV certificación sobre la fecha de finalización de todos los trabajos para la ejecución de vía continua en la Línea 1.
14. Pedir a FGV la formación estrictamente académica que consten en sus archivos de todos los comparecientes con relación a la empresa.
15. Solicitar a FGV Actas y anexos de los Comités de Seguridad en la circulación desde enero de 2006 hasta hoy.

16. Oficio a FGV para que aporte copias de todas las denuncias o expedientes instruidos por incumplimientos de horarios, jorradadas o periodos de descanso a maquinistas de FGV de 2000 a 2006.
17. Oficio a la Inspección de Trabajo a los efectos de que remita a Les Corts los dos informes elaborados y remitidos al Juzgado de Instrucción nº 23 de Valencia en cuanto al accidente de Metrovalencia.
18. Solicitar a la Asociación de Víctimas del Metro certificación sobre cuántos socios inscritos tiene afectados directos por accidente y respecto de qué fallecidos o heridos ha tenido por anualidades de 2006 a 2016.
19. Oficio a FGV para que aporte copias de todas las denuncias presentadas por maquinistas en las que denunciaron que se les obligaba a circular rápido desde 1.998 a 2006, ambos inclusive, en la línea 1 de Metrovalencia.
20. Oficio a FGV para que aporte cualquier tipo de documento, ficha o escrito en que por parte de cualquier persona se denunciara, con anterioridad al accidente, la existencia de un bache o garrote en la curva de entre a la Estación de Jesús desde Estación Plaza España. Y en caso de no existir emita certificación al respecto.

Tras el debate se aprueba en la Comisión de 23 de Mayo de 2016, con los votos a favor de los Grupos Socialista, Compromís, Ciudadanos y Podemos-Podem y el voto en contra del Grupo Popular, solicitar:

A la Abogacía de la Generalitat, el documento número 1; a FGV los documentos que figuran con los números 9, 12, 16; a la Inspección de Trabajo el documento número 17. La Diputada Ana Barceló el documento número 10.

Denegar la solicitud de los documentos 2, 3, 5, 11, 13 por constar aportados y desestimar los documentos 4, 6, 7, 8, 14, 15, 18, 19, 20 por distintos motivos.

La Inspección de Trabajo en fecha 3 de junio de 2016 contesta al requerimiento informando, que no puede aportar el documento requerido nº 17:

“Habida cuenta que se siguen actuaciones en el referido órgano judicial, y que la documentación que se nos ha solicitado podría tener el carácter de reservada atendiendo a lo establecido en el artículo 301 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal”

El Ministerio de Empleo y Seguridad Social, acompaña escrito del Juzgado de Instrucción 21 de Valencia, recordando el carácter reservado.

La Diputada Ana Barceló Chico del Grupo Socialista presenta escrito en fecha 21 de junio de 2016 aportando la documentación solicitada por el Grupo Popular, relativa la denuncia presentada ante el Fiscal sobre el aleccionamiento de H&M Sanchis a los comparecientes en la Comisión del Metro de 2006.

Con fecha 15 de junio de 2016 FGV remite información sobre los documentos 9, 12, 16, quedando a disposición de los Grupos.

La Asociación de Víctimas del Accidente de Metro 3 de julio, con fecha 23 de junio de 2016, presenta escrito atendiendo la solicitud de documentación del Grupo Popular, indicando que no puede aportar la misma, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 300 de LECrim.

El 23 de mayo de 2016 Alfredo Castelló Sáez Diputado del Grupo Popular presenta escrito solicitando la siguiente documentación:

1. Que se oficie al Ayuntamiento de Torrent a los efectos de que se remita copia de los expedientes y documentación llevados a cabo con respecto a personas afectadas por el accidente de Metrovalencia de 3 de julio de 2006 residentes en esa ciudad donde se detallen:
Personas beneficiarias

Gestiones Municipales realizadas, ante qué administración, institución o entidad y ayudas obtenidas. Objeto de la prestación, ayuda o colaboración municipal.

2. Copia del Decreto de la Alcaldía en el que se concedió un trabajo en el Consell Agrari del municipio a una persona afectada por el accidente de Metrovalencia de 3 de julio de 2006, así como resoluciones o acuerdos similares, tanto de alcaldía, como de Junta de Gobierno o Pleno, si los hubiera.
3. Copia de todas las resoluciones y acuerdos municipales referidos, directa o indirectamente, al accidente del metro de 3 de julio de 2006.

La Comisión del 30 de mayo de 2016 aprueba la solicitud por unanimidad.

La documentación es aportada por D. Feliciano Gómez Varela quedando a disposición de los Grupos.

El 30 de mayo de 2016 Alfredo Castelló Sáez, Diputado del Grupo Popular presenta escrito solicitando la siguiente documentación:

Que se requiera a la compareciente María Dolores Johnson Sastre, el informe que ha dicho tener sobre el seguimiento de RTVV del accidente del Metro.

La documentación no ha sido aportada a la Comisión.

El 2 de junio de 2016 el Diputado del Grupo Popular Alfredo Castelló presenta escrito reiterando nuevamente la documentación relativa a los Autos que se tramitan en el Juzgado número 21 de Valencia. Destaca la importancia de contar con periciales, testificales etc. que se encuentran unidos a la causa y solicita se requiera copia a todas las instituciones, al Consell y a la Abogacía de la Generalitat, así como a la Asociación de Víctimas del Accidente del Metro de 3 de julio.

La solicitud de dicha documentación se extiende desde el mes de mayo de 2016 hasta la fecha.

Con fecha 6 junio los grupos parlamentarios Socialista, Compromis, Ciudadanos y Podemos presentan escrito contestando a las manifestaciones vertidas por el Grupo Popular.

Documentación aportada por los Comparecientes:

D. Juan García López, ex-jefe de estación de Valencia Sud (Comparecencia realizada el 12.02.2016) aporta:

- Carta dirigida a D. Juan García López por la Directora Gerente de FGV, D^a Marisa Gracia

D. Manuel J. Montero Rodríguez, vigilante de seguridad (Comparecencia realizada el 19.02.2016) aporta:

- 1) Diversas cartas dirigidas a D. Manuel J. Montero Rodríguez por MED Seguridad SA.
- 2) Denuncia a MED Seguridad SA y a FGV por D. Manuel J. Montero Rodríguez sobre varios delitos conexos y otros documentos judiciales relacionados
- 3) Vida laboral de D. Manuel J. Montero Rodríguez
- 4) Fotos relacionadas con el accidente de 3 de julio de 2.006

D. Arturo Rocher Escamilla, Jefe del Servei de Seguridad de Metrovalència.(Comparecencia realizada el 19.02.2016) aporta:

- Registro de visitas FGV. Julio 2006

D. Luis Miguel Domingo Alepuz, jefe del taller de FGV València Sud (Comparecencia realizada el 19.02.2016) aporta:

- 1) Acta de intervención de funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía
- 2) Libro de reparaciones del tren 4324 M
- 3) Documentos sobre la toma de medidas cautelares del tren accidentado el 03.07.2006
- 4) Las pautas de procedimiento del volcado de la Caja Negra
- 5) El Acta de Intervención FAP y Hasler UTA 3736 Policía Científica

- 6) Comunicaciones internas de FGV entre el Director de Asesoría Jurídica (Noé Gutiérrez González), Director Técnico (Francisco García Sigüenza), Jefe de Taller de Valencia Sud (el que suscribe), referentes a “Medidas cautelares en relación al tren accidentado UTA 3736”.
- 7) Diversas fotografías sobre las medidas cautelares adoptadas con el material de la UTA 3736 depositado en Talleres Valencia Sud, hasta su situación en el contenedor adquirido para su protección y su precintado por la Policía Científica.

D. Pedro Díaz Caballero, Delegado de Prevención de Riesgos Laborales de FGV. (Comparecencia realizada el 26.02.2016). Aporta:

- 1) Carta remitida por Begoña de Torres, Jefa de Prevención de FGV
- 2) Diversos documentos sobre cursos y formación en FGV
- 3) Informe final de auditoría del sistema prevención de riesgos laborales, realizado por la empresa ENARILA, en fecha de 30 de abril de 2007

D. Francisco Viva Úbeda Delegado de turnos y gráficos y miembro de la Ejecutiva del CIF (Comparecencia realizada el 07.03.2016). Aporta:

- 1) Carta dirigida a D. Juan José Gimeno Barberá, Jefe de Auditoría de Seguridad en la Explotación de FGV por D. Francisco Viva Úbeda.
- 2) Documentos judiciales sobre una denuncia contra D. Francisco Viva Úbeda por injurias

D. Julián Rodríguez Muñoz, exjefe de bomberos de Valencia (Comparecencia realizada el 11.04.2016). Aporta:

- 1) Informe del Servicio de Bomberos de la Ciudad de Valencia de las actuaciones realizadas por el personal de este servicio los días 3 y 4 de julio por descarrilamiento del tren de la línea 1 de Metro Valencia.

- 2) Informe de actuaciones del Servicio de Bomberos de la Ciudad de Valencia en el Descarrilamiento del tren de la línea 1 de Metro Valencia el día 3 de julio de 2.006
- 3) Aclaraciones al informe que recoge las actuaciones que realiza Servicio de Bomberos en el descarrilamiento del 3 de julio del 2.006 línea 1 Metro Valencia.

D. Alberto F. Puchalt Farinó, Sargento de Bomberos (Comparecencia realizada el 11.04.2016). Aporta:

- 1) Diversas fotos del accidente
- 2) “Informe para el médico Álvarez”, con una relación del personal que actuó en el túnel y con más fotos
- 3) Artículos de la revista Fire, incluyendo también diversos organigramas de mandos en las tareas de salvamento.

Doña Nuria Romeral Castillo. Secretaria Autonómica de comunicación (Comparecencia del 09.05.2016). Aporta:

Dossier de prensa del 4, 5, 6 y 7 de Julio de 2006

Beatriz Garrote (Comparecencia 3.06.2016) Aporta:

- 1) Escrito dirigido a Mario Flores
- 2) Escrito dirigido al Director Gerente de FGV
- 3) Resolución de Recursos de Reposición
- 4) Reunión de Víctor Campos

D. Luis Motes Gallego Informativos RTVV (Comparecencia realizada el 03.06.2016) Aporta:

Minutado de los Informativos de Canal 9 sobre el accidente de Metro.

D. José Manuel Alcañiz Castells, (Comparecencia del 06.06.2016) Aporta:

- 1) Informe del Comité de Redacción de RTVV
- 2) Comunicado de UGT. Manipulación del Metro.
- 3) Informe UGT. Manipulación de RTVV

D. Patricio Monreal. El 13.06.016. Aporta:

Dos documentos relativos a la urna que le fue entregada por la Dirección General de Justicia con restos incinerados de Doña Mercedes Segovia Jarreño.

D. Feliciano Gómez Varela . Aporta:

Informe sobre las actuaciones llevadas a cabo por el Comisionado en el Ayuntamiento de Torrent como responsable de la Oficina de Atención a las Víctimas del accidente y Decreto de Alcaldía.

Dña. Carolina Ligorit. Aporta:

Tres documentos conteniendo análisis del accidente del metro.

INFORMES.

Auditoría independiente realizada, mediante el correspondiente convenio con la Universitat Politècnica de Valencia, de la gestión económica y en materia de seguridad en FGV desde el año 1996

Por acuerdo de la Mesa de Les Corts de 3 de noviembre se resuelve que, conocida la cuantía de la auditoría y los informes onerosos, se requiriera la correspondiente retención de créditos.

La AUDITORIA no se llevó a cabo.

1. Informes solicitados a FGV

El 3 de Noviembre de 2015, se solicita a FGV la elaboración de un informe que valore los cambios que se produjeron en la empresa, antes y después del accidente: medidas de seguridad, funcionamiento del Comité de Seguridad en la Circulación, DAASE y las posibles responsabilidades de las personas de la dirección de FGV.

El 5 de enero 2016 se incorporan los documentos remitidos por FGV:

“Evolución de la red de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana desde 1988”, realizado por D. Miguel Ramos Carrera (Jefe del Área Técnica) y por D. José Ferri Borrás, Jefe del Área de Operaciones.

“Cambios en el Área de Seguridad en la Circulación 2005-2015”, realizado por D. José Juan Castillo Serrano.

“Cambios en el Comité de Seguridad en la Circulación”, realizado por D. Juan R. Torres Escudero.

2. Informe de la Unión de Periodistas

El 3 de noviembre de 2015, al President de la Unió de Periodistas se le solicita la elaboración de un informe sobre el tratamiento de la noticia del accidente en los medios de comunicación públicos valencianos.

Con fecha 19 de mayo de 2016 se presenta escrito del President de la Unió de Periodistes acompañando un pen-drive con el Informe sobre “El tratamiento informativo de Canal 9 sobre el accidente del Metro del 3 de julio de 2006”.

3. Informes solicitados a la oficina del Síndic de Greuges

Se solicita el 3 de noviembre de 2015, al Síndic de Greuges la elaboración de informe sobre la gestión del accidente realizado por esa institución.

Remitiendo el siguiente documento:

“Informe del Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana sobre la gestión del accidente de Metro del 3 de julio de 2.006”.

COMPARECENCIAS E INCIDENCIAS PRODUCIDAS

Viernes 15 de enero		
10:30	Tomás Puchol, Francisco Javier Portavoz anterior Comisión de Investigación. GP Mixto	
11:30	Oltra Soler, Juan Antonio Portavoz anterior Comisión de Investigación. GP EU-Els Verds_Esquerra Valenciana: Entesa	
12:30	Perelló Rodríguez, Andrés Portavoz anterior Comisión de Investigación. GP Socialista	
13:30	Castellano Gómez, Serafín Portavoz anterior Comisión de Investigación GP Popular	
Jueves, 21 de enero		
10:30	Dómime Redondo, José Vicente Dtor. Gral. De Transportes, Puertos y Costas de la Conselleria de Infraestructuras y Transporte	
11:30	Gracia Giménez, Marisa Directora Gerente de FGV	
12:30	Contreras Bórnez, Vicente Dtor. Adjunto de explotación de FGV	
13:30	García Sigüenza, Francisco Dtor. Técnico de FGV, responsable de los talleres y de las instalaciones fijas	

Viernes 29 de enero		
10:30	Sansano Muñoz, Manuel Dtor. de operaciones de FGV	
11:30	Gimeno Barberá, Juan José Dtor. de auditoría y seguridad en la explotación de FGV	
12:30	Machado León, Francisco FGV	
13:30	García Gómez, Dionisio Empleado de FGV	
Viernes 5 de febrero		
10:30	Golf Sánchez, Javier Vocal del SIF en el Comité de seguridad de FGV	
12:00	Trigo Verdú, Diego José * Vocal del SIF en el Comité de seguridad de FGV	
13:30	Feo Urrutia, Jorge Responsable de H&M Sanchis	
16:00	Responsable CAF Javier Irigoyen y José Ignacio Marticorena	
Viernes 12 de febrero		
10:30	Álvarez Llanos, Luis Jorge * Maquinista. SIF	
12:00	Rocher Escamilla, Arturo Jefe del Servei de Seguridad de Metrovalència	

13:30	García López, Juan Ex-jefe de estación de Valencia Sud	
16:00	Argente Cuesta, Sebastián Jefe Línea 1	
Viernes, 19 de febrero		
10:30	Manuel Javier Montero rodríguez (Vigilante de seguridad que custodia el vagón en dependencias)	
12:00	Puerta, Enrique Policía judicial	Jefatura Superior de Policía comunica que no es Policía Nacional
13:30	Santos Ruiz, José Miguel Jefe del "Puesto de Mando", responsable del tráfico de trenes de FGV	
16:00	Domingo Alepuz, Luis Miguel Jefe del taller de FGV València Sud	
Viernes 26 de febrero		
10:30	Cabello Núñez, José Ricardo Jefe del Servicio Eléctrico y Comunicaciones	
12:00	Montilla Lorenzo, Eugenio Inspector de Ferrocarriles	
13:30	Díaz Caballero, Pedro Delegado de Prevención de Riesgos Laborales de FGV	
16:00	Torres Castejón, Vicent Presidente de la Plataforma de Ferrocarriles	

Lunes, 7 de marzo		
10:30	Valencia Valencia, José Jesús Oficial de Oficio en València Sud en el momento del accidente	
12:00	Martínez Tejedor, Jesús Ingeniero Ferrovianos Experto en Señalización C	
13:30	Viva Úbeda, Francisco Delegado de turnos y gráficos (y miembro de la Ejecutiva del CIF)	
16:00	Sebastián Portolés, Vicente Jefe de Equipo de Mantenimiento	
Lunes, 11 de abril		
10:30	Técnico de ADIF con conocimientos en Sistema ASFA Javier Irigoyen y José Ignacio Marticorena	
12:00	García Alloza, Juan Martín Inspector de trabajo	
13:30	Rodríguez Muñoz, Julián Jefe de Bomberos de Valencia	
16:00	Puchalt Farinó, Alberto F. SG Bomberos	
Lunes, 18 de abril		
10:30	Yunta Cerveró, Luis M. Sargento del cuerpo de Bomberos	
12:00	Rodríguez Blasco, María José Responsable de la Abogacía de la Generalitat	

13:30	Responsable de los servicios médicos de Urgencia el día 3 de julio de 2006 Manuel González Sal	
16:00	Cortabitarte López, Andrés Perito	
Lunes, 25 de abril		
10:30	Vicente Mendoza, Matías Director del Instituto de Medicina Legal	
12:00	Secretaría judicial del Juzgado nº 21 de Valencia, el día 3 de julio de 2006	SUSPENDIDA
13:30	Torres Escudero, Juan Ramón Técnico	
16:00	Gutiérrez González, Noé Responsable de la asesoría Jurídica de FGV	
Lunes, 2 de mayo		
10:30	de Francisco Enciso, Enrique Director General de Coordinación	
12:00	Herrera Mesa, José María * Trabajadora FGV	
13:30	Rocafull Navarrete, Marta * Trabajadora FGV	
16:00	Pérez Gutiérrez, Manuel * Trabajadora FGV	
* Se adelantaron las comparecencias al no poder comparecer los policías de la científica por estimarlo así por la Jefatura Superior de Policía de la CV		

Lunes, 9 de mayo		
10:30	Martínez Martínez, Luis Felipe Subdelegado del Gobierno	
12:00	Romeral Castillo, Nuria Secretaria Autonómica de comunicación	
13:30	Ureña Guillem, María Ángeles Jefe de Gabinete de José Ramón García Antón	
16:00	Miguel Soriano, Santiago Concejal de Torrent en el año 2006	
Lunes, 16 de mayo		
10:30	Campos Guinot, José Víctor Ex-President del Gobierno Valenciano	
12:00	Cotino Ferrer, Juan Gabriel Ex Conseller	
13:30	Camps Ortiz, Francisco Ex-President del Gobierno Valenciano	
16:00	Flores Lanuza, Mario Ex-Conseller de Infraestructuras	
Lunes, 23 de mayo		
10:30	Garrote, Beatriz Presidenta de la "Asociación Víctimas del Metro 3 de julio"	
12:00	Chulió, Enrique Miembro de la "Asociación Víctimas del Metro 3 de julio"	

13:30	Manzanaro Boscá, Francisco Miembro de la “Asociación Víctimas del Metro 3 de julio”	
16:00	Monreal Rubio, Patricio Miembro Asociación	Finaliza la Comisión sin la comparecencia del Sr. Monreal dado lo avanzado de la hora.
Lunes, 30 de mayo		
10:30	Johnson Sastre, María Dolores Ex Directora de Punt Dos	
12:00	García Gimeno, Pedro Director de RTVV	
13:30	Martínez Useros, Vicente Jesús Redactor Jefe de El Mundo	
16:00	Motes Gallego, Luis Informativos RTVV	
	Monreal Rubio, Patricio Miembro Asociación	
Lunes, 6 de junio		
10:30	Ferri Gómez, Frederic. Editor y Presentador de Informativos Canal Nou.	
12:00	Alcañiz Castells, José Manuel Miembro del Comité de empresa de RTVV por la UGT	
13:30	Molins Pavía, Javier José Jefe de Prensa RTVV	
16:00	de Torres Crespo, Begoña Trabajadora FGV	
	José María Olano Abogado de la Generalitat Valenciana	

Lunes, 13 de junio		
10:30	Velázquez Miranda, Manuel Médico del Instituto de Medicina Legal de Valencia.	
12:00	Pitarch Sánchez, Sergi Cívico Seguí, Elena Unión de Periodistas	
13:30	Lecha Tena, Jesús Asesor de Vicepresidencia de 2006	
16:00	Ligorit Palmero, Carolina Médico del SAMU en la Agencia Valenciana de Salud.	
17:30	López Varela, Feliciano Funcionario y Comisionado Especial del Ayuntamiento de Torrent	

Las comparecencias se llevaron a cabo de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución de carácter general 4/IV, de 22 de mayo de 1996 que regula las comparecencias en las comisiones de investigación.

Al comienzo de cada una de las comparecencias, por parte de la Presidenta, se informa del formato de las intervenciones de acuerdo con el Plan de Trabajo aprobado por los Grupos, así como los derechos de los comparecientes y la obligación de éstos a declarar la verdad ante la Comisión de Investigación de acuerdo con lo establecido por el artículo 502.3 del Código Penal.

Además de los derechos recogidos de forma general por la legislación vigente, se hace especial hincapié en su derecho a no declarar contra sí mismo ni a confesarse autor de ilícito penal o administrativo.

INCIDENCIAS

D.Vicente Contreras Bórnez, exdirector adjunto de explotación de FGV y D. Francisco García Sigüenza, exdirector técnico de FGV y responsable de Talleres y de instalaciones fijas, comparecieron el 21 de enero de 2016, acompañados de su Letrado.

La Presidenta de la Mesa informó a la Comisión que el Sr. Contreras Bórnez había registrado previamente un escrito en el que excusaba su comparecencia alegando que se vulneraba su derecho a la defensa, por estar inmerso en una causa penal, al estar imputado por estos mismos hechos ante un juzgado.

La Presidenta informó que:

“Ante este escrito, por parte de esta comisión, se le remitió una nueva notificación para comparecencia; y ha tenido a bien venir ante esta comisión y comparecer hoy. No sé si quiere hacer usted alguna declaración o alguna manifestación previa...” Acta de la sesión de 21 de enero de 2016

Tomó la palabra el compareciente para manifestar:

“Como esta comisión sabe, porque así en su día lo manifesté por escrito, nosotros estamos..., en mi caso, imputado en el procedimiento que el Juzgado de Instrucción número 21 sigue para el accidente del metro de Valencia de 3 de julio de 2006. Bien, postura que mantengo en estos momentos y me acojo a mí derecho a no responder a ninguna de las preguntas”. Acta de la sesión de 21 de enero de 2016

La Presidenta procedió a la lectura del artículo 76 de la Constitución Española, en lo referido a las comisiones de investigación del Congreso y el Senado y, en general, a todas las comisiones de este tipo. Terminó recordando que la comisión simplemente era una comisión política que dependía de las Cortes, y no era judicial.

A continuación los grupos formularon sus preguntas, limitándose el compareciente a escuchar sin atender ninguna de ellas.

En los mismos términos se desarrolló la comparecencia de D. Francisco García Sigüenza que también fue acompañado de su Letrado, negándose a responder a las preguntas formuladas por los miembros de la Comisión.

Los comparecientes no abandonaron en ningún momento la Comisión limitándose a escuchar las preguntas que le fueron formuladas por los Grupos.

COMPARECENCIAS DE FUNCIONARIOS DE POLICIA NACIONAL

Con fecha 24 de febrero de 2016 la Jefatura Superior de Policía de la Comunidad Valenciana informa del fallecimiento del Policía Nacional con número de Placa 28249

Con fecha 8 de abril de 2016 la DIRECCIÓN GENERAL DE LA POLICIA informa en relación a las comparecencias de los Policías con números de Placa 15.259, 19.444, 28.249 Y 87.924, que no procede sus comparecencias en atención a la naturaleza y términos en los que se plantea la materia que aborda la Comisión y la especial sujeción de los funcionario policiales al ordenamiento jurídico, todo ello por encontrarse en *“.. Fase de Instrucción en el Juzgado de Instrucción número 21 de Valencia y por el cual queda aún pendiente la práctica de pruebas periciales, estando por lo tanto sujeto en todo momento a lo dispuesto en la LECR, la cual en su artículo 301 establece taxativamente que: Las diligencias del sumario serán reservadas y no tendrán carácter público hasta que se abra juicio oral, con las excepciones determinadas en la presente ley...”*

SOLICITUD DE NUEVAS COMPARECENCIAS POR LOS GRUPOS:

El 22 de abril de 2016 La Diputada Isaura Casilla del Grupo Compromis, presenta escrito solicitando las siguientes comparecencias:

ELENA CIVICO SEGUÍ. Miembro de la ejecutiva de la Unión de Periodistas Valencianos.

CAROLINA LIGORIT PALMERO médico del SAMU en la Agencia Valenciana de Salud.

Se aprueba por la Comisión de 16 de mayo, por unanimidad.

El 10 de mayo de 2016 la Diputada Fabiola Meco Tebar del Grupo Podemos-Podem presenta escrito solicitando la comparecencia de:

MANUEL VELAZQUEZ MIRANDA. Médico del Instituto de Medicina Legal de Valencia.

Se aprueba por la Comisión de 16 de mayo, por unanimidad.

El 17 de mayo de 2016 el Diputado Alfredo Castelló Sáez del Grupo Popular presenta escrito solicitando las siguientes comparecencias:

ANGEL GARCÍA DE LA BANDERA, actual Gerente de FGV
JOSÉ MARÍ OLANO. Abogado de la Generalitat Valenciana en 2006
JESÚS LECHA TENA. Asesor de Vicepresidencia de 2006

En la Comisión de 23 de mayo de 2016 se aprueba por unanimidad las comparecencias de D. José Marí Olano y D. Jesús Lecha Tena, y se desestima la comparecencia de Ángel García de la Bandera, con el voto en contra del Grupo Popular.

El 23 de mayo de 2016 el Diputado Alfredo Castelló del Grupo Popular presenta escrito solicitando la comparecencia de DON FELICIANO LÓPEZ VARELA, funcionario y Comisionado Especial del Ayuntamiento de Torrent para la oficina de Ayudas a las víctimas y familiares del accidente.

En la Comisión de 30 de mayo de 2016 se aprueba por unanimidad.

El 30 de mayo de 2016, el Diputado Alfredo Castelló del Grupo Popular presenta escrito solicitando la comparecencia de Doña Cristina Valero, Don Gonzalo Gayo, Doña Elena Cívico y Doña Amparo García, todos ellos por su participación en el informe de la Unió de Periodistes sobre el tratamiento informativo de Canal 9 sobre el accidente.

Tras el debate, se propone a la Mesa que por los servicios Jurídicos de la Cámara se solicite a la Unió de Periodistes, la designación de un representante de la Asociación a los efectos de comparecer ante la Comisión. Se aprueba con la abstención del Grupo Popular, y el voto favorable del resto de grupos.

**RESUMEN DEL TRABAJO DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL
ACCIDENTE DE LA LÍNEA 1 DE METROVALENCIA**

La Comisión inició sus trabajos el 23 de octubre de 2015, y concluyó el 13 de junio de 2016.

La Ponencia se reunió el día 16 de junio.

Número de sesiones 20

Número de comparecencias 73, número de comparecientes 75.

Horas de trabajo empleadas 150 horas.

III. LA EMPRESA PÚBLICA FERROCARRILS DE LA GENERALITAT VALENCIANA (FGV)

A. Consideraciones previas: Información Societaria

a. Denominación, Forma Legal de la Entidad y Norma de Creación de la Entidad.

El Real Decreto 1496/1986, de 13 de junio, aprobó la transferencia a la Comunidad Valenciana de los servicios ferroviarios explotados por Ferrocarriles de Vía Estrecha del Estado (en adelante, FEVE) en territorio de la Comunidad Valenciana, con efecto desde el 1 de enero de 1986. Asimismo, en virtud de dicho Real Decreto se traspasaron a la Comunidad Valenciana los bienes adscritos a la prestación del servicio transferido, tanto de infraestructura y superestructura como de material rodante, así como todos los muebles e inmuebles que formaban parte del servicio de la red.

En cumplimiento del Convenio de Transferencia, la Generalitat Valenciana constituyó Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana (en adelante FGV) mediante la Ley 4/1986, de 10 de noviembre, aprobándose su Estatuto mediante el Decreto 144/1986, de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana. De acuerdo con las normas señaladas anteriormente, FGV es una entidad de Derecho Público, con personalidad jurídica propia, e independiente de la personalidad jurídica de la Generalitat Valenciana, que está sujeta al ordenamiento jurídico privado y goza de autonomía en su organización, de patrimonio propio y capacidad plena para el desarrollo de sus fines.

b. Domicilio Social de la Entidad.

Su domicilio social está fijado en Valencia, Partida Xirivelleta, s/n.

c. Objeto Social de la Entidad.

FGV tiene por objeto la explotación y gestión de las líneas de ferrocarril y servicios complementarios transferidos a la Generalitat Valenciana, así como de las que, con posterioridad a dicha transferencia, le han sido o le sean encomendadas por la Generalitat Valenciana y sujetos a la tutela de la misma a través de la Conselleria de Infraestructuras, Territorio y Medio Ambiente.

Dichos servicios se prestan en las provincias de Valencia y de Alicante.

B. Situación económica de FGV

El desarrollo de la actividad, precisa de los recursos aportados por el titular del servicio público, a través de la Ley de Presupuestos de la Generalitat Valenciana de cada ejercicio y de los Contratos Programa.

La continuidad de estas aportaciones es la que garantiza la prestación de este servicio de transporte por parte de FGV. Los ingresos obtenidos por la entidad en la prestación de sus servicios son insuficientes para alcanzar la cobertura global de sus gastos.

La diferencia entre ingresos y gastos es financiada mediante aportaciones de la Generalitat Valenciana, en función del presupuesto preparado por la entidad antes del inicio de cada ejercicio, y con ampliaciones del fondo social mediante la asunción por parte de la Generalitat Valenciana del principal de la deuda financiera formalizada por la entidad.

Estas aportaciones se han venido mostrando insuficientes para financiar la diferencia entre ingresos y gastos. Adicionalmente, las inversiones de la entidad son financiadas mediante subvenciones de capital concedidas por la Generalitat Valenciana.

La Generalitat Valenciana, como titular de este ente público, facilita el apoyo financiero imprescindible para garantizar el funcionamiento de la entidad.

El patrimonio de FGV está constituido por el conjunto de bienes, derechos y obligaciones de los que es titular.

El inventario de FGV incluye junto a sus bienes patrimoniales, los de titularidad de la Generalitat Valenciana adscritos a FGV. «Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana» se rige por la Ley 4/1986, de 10 de noviembre, de creación de la Entidad Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana, las disposiciones especiales que se promulguen y en concreto:

- i.** Por las normas de Derecho Civil, Mercantil y Laboral en cuanto a su actuación como empresa mercantil.
- ii.** Por la Ley de Hacienda Pública de la Generalitat Valenciana en todo lo que sea de aplicación a su régimen económico-administrativo, así como por la legislación reguladora del dominio público.
- iii.** Por el Decreto 144/1986, de 24 de noviembre, por el que se aprueba el estatuto de la entidad Ferrocarriles de la Generalitat Valenciana.
- iv.** Por la Ley 31/2007, de 30 de octubre, sobre procedimientos de contratación en los sectores del agua, la energía, los transportes y los servicios postales, y sus posteriores modificaciones.

Los recursos de FGV son los siguientes:

1. Las aportaciones y subvenciones que la Generalitat Valenciana establezca en sus Presupuestos Generales.
2. Las subvenciones o aportaciones voluntarias de entidades e Instituciones tanto públicas como privadas.
3. Las rentas y productos que generen sus bienes y valores.
4. Los ingresos procedentes de la explotación de sus servicios.
5. Cualesquiera otros recursos que pudieran atribuírsele.

Los ingresos procedentes de la explotación de sus servicios están sometidos a regulación de la Conselleria de Infraestructuras, Territorio y Medio Ambiente en virtud de la Ley 16/1987, de 30 de julio, de Ordenación de los Transportes Terrestres, y el Real Decreto 1211/1990, de 30 de septiembre, por el que se aprueba el reglamento de dicha Ley. Las tarifas aplicables están reguladas por la Orden correspondiente dictada por la Consellería de Infraestructuras y Medio Ambiente, por el que se modifican las tarifas de los títulos de transporte integrados de uso en el Área de Transporte Metropolitano de Valencia así como las de los servicios públicos de transporte prestados por Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana y las del sistema TRAM de Alicante.

Información financiera

En su origen, los principales fondos disponibles de FGV, que podían ser destinados a inversiones, provenían fundamentalmente de dos fuentes, (i) la primera el Contrato-Programa suscrito con la Administración General del Estado y, en todo aquello fuera de dicho convenio, (ii) una segunda correspondiente a fondos directamente transferidos desde la Generalitat Valenciana.

Así lo indica la Sindicatura de Comptes, en su informe de fiscalización de las empresas públicas y otros entes correspondiente al año 2005:

“FGV ha venido recibiendo el apoyo financiero necesario de la Generalitat y de la Administración General del Estado (AGE) para garantizar su funcionamiento.

Así, el Contrato-Programa suscrito entre la AGE, la Generalitat y FGV con vigencia desde el 1 de enero de 1999 hasta el 31 de diciembre de 2001, preveía la financiación de las pérdidas operativas y de las inversiones necesarias para la explotación del servicio de transporte regular de viajeros, así como el saneamiento financiero de la Entidad. Por otra parte, las inversiones en infraestructura o superestructura quedaban fuera del ámbito del Convenio, indicándose que, en cualquier caso, lo serían por cuenta de la Generalitat.” (Revisión financiera, punto 2.1 párrafo c).”

Asimismo dicho informe ponía de manifiesto la falta de recursos disponibles para FGV a tales efectos, destacando la notoriedad de la insuficiente financiación recibida por parte de la Generalitat Valenciana, hecho que se manifiesta en la necesidad de incurrir en endeudamiento bancario a largo plazo:

“Desde el ejercicio 2002, pese a las gestiones realizadas no ha sido posible suscribir un nuevo Contrato-Programa, habiendo recibido la Entidad apoyo financiero únicamente de la Generalitat. Sin embargo, las cantidades aportadas, en el ejercicio 2005 tanto para la compensación del déficit como para la financiación de las inversiones, han resultado notablemente inferiores a las necesidades financieras de FGV (apartados 4.2.4 y 4.2.5). En consecuencia, el desarrollo futuro de la actividad principal de FGV, que consiste en gestionar el servicio de transporte público por ferrocarril, se encuentra condicionado a la suficiencia y continuidad de los fondos aportados por las Administraciones Públicas, tal como indica FGV en su memoria.”

Adicionalmente, el déficit de financiación en las inversiones ejecutadas por la Entidad es especialmente significativo en tanto en cuanto FGV ha tenido que recurrir al endeudamiento bancario a largo plazo, hecho éste que contraviene los objetivos básicos del citado Contrato-Programa, respecto a la consecución del saneamiento financiero y mejora de la estructura financiera de la Entidad. (Apartados 4.2.2 y 4.2.7).” (Revisión financiera, punto 2.1 párrafos d y e).

Asimismo, no podemos desconocer, como destaca el propio Informe, la responsabilidad de la Generalitat Valenciana en la financiación de dichas inversiones en infraestructuras, en cuya

ejecución por parte de FGV opera la figura de la delegación no siendo responsabilidad propia de dicha entidad:

“Respecto a estas operaciones se reitera lo indicado en informes de fiscalización de ejercicios anteriores en cuanto a que esta Sindicatura de Comptes considera que las inversiones realizadas por FGV en infraestructura y superestructura se efectúan por delegación tácita de la Generalitat, por lo que su financiación deberá ir directamente a cargo de la misma.”.(Acreedores a largo plazo, apartado 4.2.7).

Contrato Programa

Como se ha dicho en el apartado precedente la primera fuente de financiación de FGV era el Contrato-Programa suscrito con la Administración General del Estado.

No obstante, y debido a incumplimientos continuos por parte de la Generalitat Valenciana, ésta perdió la referida financiación al no ser renovada por parte del Estado.

En este sentido se perdieron 375,3 millones de Euros en subvenciones al transporte público desde los ejercicios comprendidos entre el 2003 al 2010, ambos inclusive, por la no suscripción del Contrato-programa correspondiente con el Gobierno Central.

De hecho, el último convenio vigente lo fue entre los ejercicios 1999 al 2001, siendo la última subvención ingresada por el Consell en este concepto de cuantía 13,7 millones de Euros, mediante su inclusión en los Presupuestos Generales del Estado para el ejercicio 2002. Desde entonces la Generalitat no recibió ingreso alguno por este concepto.

Esta situación devino verdaderamente grave puesto que desde el comienzo de operaciones de FGV, allá por el año 1987, el Gobierno Central siempre había atendido las necesidades de financiación del transporte público metropolitano ferroviario a través del referido Contrato-programa.

No obstante, la mala gestión de los recursos públicos llevada a cabo por el Consell, a lo que se unió la desidia en la promoción de un nuevo Contrato-programa, provocó que la Generalitat Valenciana perdiera 375 millones de Euros para la financiación de la red de transporte ferroviario, lo que cual hubiera permitido el equilibrio financiero de la mercantil, así como el incremento de las inversiones en FGV.

Se adjunta a continuación cuadro resumen en el que se detalla las cuantías de los fondos no recibidos como consecuencia de la falta de suscripción del Contrato-Programa entre la Administración General de Estado y la Generalitat Valenciana.

Año	Consignación PGE	Obligaciones pagadas
2002 (FGV)	13.703,08	13.703,08
2003 (eTM) (1)	13.977,00	0,00
2004 (eTM) (2)	37.760,00	0,00
2005 (eTM) (2)	37.760,00	0,00
2006 (eTM) (2)	35.873,44	0,00
2007 (eTM) (2)	36.440,44	0,00
2008 (eTM) (2)	37.453,06	0,00
2009 (eTM) (2)	38.052,44	0,00
2010 (eTM) (2)	38.052,44	0,00

(1) Aportaciones de la AGE destinadas a la cobertura de las necesidades de FGV y canalizadas a través de la eTM.

TOTAL : 375.368,82

(2) Aportaciones de la AGE destinadas a la cobertura de las necesidades de FGV y de la Empresa Municipal de autobuses de Valencia y canalizadas a través de la eTM, incluida la regularización de ejercicios anteriores.

En este sentido la propia Sindicatura de Cuentas instó a FGV, en su Informe correspondiente al ejercicio 2005, a promover la firma de un nuevo Contrato Programa que les permitiera equilibrar sus estados financieros.

“Además de las menciones hechas en el apartado 2 del presente Informe, como resultado del trabajo de fiscalización realizado procede efectuar las recomendaciones que se señalan a continuación, destacando previamente las actuaciones realizadas por FGV, durante el ejercicio 2006, al objeto de atender las recomendaciones e indicaciones efectuadas por esta Sindicatura de Comptes en informes de fiscalización de ejercicios anteriores.

[...]

*b.3) FGV debería agilizar, en la medida de lo posible, **las gestiones necesarias para procurar la firma de un nuevo Contrato-Programa que dé cobertura a las necesidades financieras de FGV.** Al respecto, la Entidad nos ha venido indicando en ejercicios anteriores que, por su parte, ha efectuado las gestiones necesarias, si bien se encuentran implicadas diversas administraciones, entidades y empresas en la negociación.”*

No obstante, y a pesar de las indicaciones realizadas por el órgano estatutario a FGV, no se alcanzó la firma de un nuevo Contrato-programa que garantizara la estabilidad financiera de la entidad pública, y por tanto, no se pudieron llevar a cabo las inversiones previstas en los Presupuestos posteriores solicitados por la propia FGV.

Acuerdos del Consejo de Administración de FGV relativos a la financiación de FGV.

En línea con lo anterior se observa que, de manera reiterada, los Presupuestos aprobados por el Consejo de Administración de FGV remitidos a la Conselleria de Economía y Hacienda son minorados, posteriormente, durante la tramitación parlamentaria de la Ley de Presupuestos de la Generalitat Valenciana.

Minoración que provoca un desequilibrio financiero que obliga a la entidad pública a recurrir al endeudamiento financiero externo para poder hacer frente a las actividades que le son encomendadas.

Ambas cuestiones, (i) minoración del Presupuesto presentado por FGV y (ii) endeudamiento externo para poder financiar las actividades previstas, son tratadas de manera reiterada en los Consejos de Administración de la entidad pública a lo largo de los diferentes ejercicios económicos analizados.

A modo de ejemplo no limitativo se podría citar el Consejo de Administración de FGV celebrado en fecha 29 de marzo de 2006, que en su punto Cuarto del Orden del Día “*Presupuestos 2006*” reunión se trató lo siguiente:

“Por la Sra. Directora Gerente se informa al Consejo que los presupuestos para el ejercicio 2006 correspondientes a Ferrocarril de la Generalitat Valenciana, aprobados por las Cortes Valencianas, difieren de los aprobados por el Consejo de Administración de FGV en sesión celebrada el 13 de julio de 2005.

[...]

La disminución señalada en el presupuesto de explotación, unida al incremento de gastos derivados de la puesta en servicio de nuevos tramos e instalaciones así como el incremento del 25 % en las tarifas eléctricas para el ejercicio 2006, provocan un desequilibrio presupuestario que afectará de manera importante al desarrollo de la actividad de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana en el ejercicio 2006. Por este motivo, esta Entidad solicitará a la Conselleria de Economía, Hacienda y Empleo aportaciones adicionales que compensen los desajustes debidos a los incrementos de gastos mencionados.”

En esa misma reunión, el punto Quinto del Orden del Día “Propuesta de Autorización de Endeudamiento para inversiones”, el Consejo autorizaba la posibilidad de recurrir al endeudamiento externo para poder paliar las deficiencias financieras provocadas por la minoración del Presupuesto planteado por FGV.

Literalmente, el acuerdo del Consejo dice así:

“El presupuesto de inversiones de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana para el ejercicio 2006, aprobados por los Presupuestos Generales de la Generalitat Valenciana para dicho ejercicio, contempla la financiación de una parte de esas inversiones mediante recurso al endeudamiento con entidades de crédito, por un importe máximo de 49,24 millones de euros.

En este sentido, FGV está negociando, a través del IVF, nuevas líneas de financiación a largo plazo, que deberán contar con el aval de la Generalitat, con las que cubrir las necesidades financieras derivadas del mencionado presupuesto de inversiones.

En consecuencia por la Sra. Directora-Gerente se solicita al Consejo de Administración, autorización para acudir a la financiación de parte de las inversiones previstas para 2006, mediante endeudamiento con entidades de crédito, por un importe máximo de 49,24 millones de euros; y solicitar del Consell de la Generalitat Valenciana el aval o avales destinados a garantizar dichos préstamos, facultando a la Directora Gerente de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana para la formalización de los contratos de préstamo correspondientes.”

El propio Sr. Dómine Redondo, exdirector general de Transportes, Puertos y Costas de la Conselleria de Infraestructuras y Transportes, reconoció los hechos narrados en las Actas del Consejo de Administración durante su comparecencia en la Comisión de Investigación de fecha 21 de enero de 2016 cuando declaró lo siguiente:

“Vamos a ver, el consejo de administración de FGV, del cual yo he sido miembro durante bastantes años, está integrado por una serie de representantes de la administración, de la Conselleria, tiene un secretario y están presentes, siempre, dos tres representantes de los sindicatos más representativos de FGV.

*Los debates, por lo tanto, que tienen lugar en el consejo, que es donde todas estas cosas se ven... Yo no he mantenido reuniones aparte del propio consejo –como he comentado– sobre estos asuntos, reuniones de entidad. **Esas actas son un fiel reflejo** porque, si hay alguno de los comentarios que se hacen y no se reproducen, hay la constancia muy repetida por miembros, sobre todo de la representación sindical, que piden que se refleje en acta, incluso como voto particular.”*

Por lo tanto, yo creo que es una fuente inestimable, para ver toda la evolución de estos temas, la lectura atenta de las actas”.

No obstante, a continuación el propio Sr. Dómine olvida sus propias palabras en la comisión, puesto que defiende un elevado nivel de inversiones en FGV aprobados por las Cortes Valencianas, a pesar de que las actas del Consejo de Administración recogen la falta de inversiones de la Generalitat Valenciana, que minoraban el Presupuesto elaborado por la propia entidad pública.

En este sentido el Sr. Dómine, en la referida comparecencia, declaró:

“Y tengo que decir una cosa, y con un apoyo tremendo de esta cámara: fíjese, el año 2005, 2006, se aprobaron 223 millones de inversiones para FGV, 223 millones. Quiero decir que FGV está muy bien dotada por los presupuestos que aporta esta cámara, porque todos habíamos apostado por mantener estas líneas ferroviarias. Y podía haber habido otra postura política, de cerrarlas o despreocuparnos de ella. Esto yo creo que era básicamente lo que quería contestar”.

Como se ha hecho referencia con anterioridad, y **pese a las palabras del Sr. Dómine en la Comisión, las inversiones por parte de la Generalitat Valenciana fueron insuficientes, en tanto en cuanto, minoraban la cuantía solicitada por FGV en sus presupuestos anuales, habiendo de recurrir, en consecuencia, al endeudamiento externo para poder llegar a la inversión mínima prevista en sus Presupuestos sin lograr alcanzarla en ningún ejercicio analizado.**

Comparativa de inversiones solicitadas y ejecutadas por FGV durante el período 1997-2006.

En primer lugar se adjuntan cuatro cuadros relativos a los presupuestos solicitados por FGV durante el período comprendido entre los años 2003 al 2006, ambos inclusive.



Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana

Presupuesto Inversión 2003	241.465.881,00
Total Valencia	133.398.633,00

(importes en €)



Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana

Presupuesto Inversión 2004	272.305.725,00
Total Valencia	107.521.192,00

(importes en €)



Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana

Presupuesto Inversión 2005	155.963.330,00
Total Valencia	47.980.201,00

(importes en €)



Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana

Presupuesto Inversión 2006	232.318.400,00
Total Valencia	127.508.117,00

(importes en €)

A continuación se adjunta un cuadro en el que se recoge las inversiones ejecutadas efectivamente por FGV en la Línea 1 durante el período comprendido entre los ejercicios 1996-2006, ambos inclusive.

Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana												Hoja nº 2/2	
INVERSIONES REALIZADAS EN INSTALACIONES Y MATERIAL MÓVIL DE LA LÍNEA 1 Y QUE EN LA ACTUALIDAD ESTAN EN EL ACTIVO CORRESPONDIENTE AL PERÍODO 1996-2006													
DETALLE ELEMENTOS SEGUN ANEXO ADJUNTO													
EJECUTADAS POR F.G.V.													
CONCEPTOS	EJERCICIO 1996	EJERCICIO 1997	EJERCICIO 1998	EJERCICIO 1999	EJERCICIO 2000	EJERCICIO 2001	EJERCICIO 2002	EJERCICIO 2003	EJERCICIO 2004	EJERCICIO 2005	EJERCICIO 2006	TOTAL 1996-2006	
INSTALACIONES FIJAS FF.CC.	1.187,02	775,33	1.720,04	8.039,55	10.171,91	2.765,01	363,24	2.064,38	3.444,92	1.212,33	401,67	37.659,02	
INSTALACIONES FIJAS SUBTERRANEAS							241,83	377,62	2,39		86,91	715,78	
OTRAS INSTALACIONES			272,12	69,08	78,54	69,55	173,13	245,31	117,42	46,70	24,85	1.181,82	
INSTALACIONES Y EQUIPOS DE SEGURIDAD	56,18	234,43	130,86	18,63	156,81	80,87	134,55	580,25	413,33	169,99		2.899,33	
MATERIAL MOVIL	252,09	462,39	837,63	1.414,61	1.477,35	2.210,53	171,97	350,77	681,07	6.233,99	23.769,72	65.271,69	
U.T.A. MODELOS 84 Y 89	252,09	462,39	837,63	1.414,61	1.477,35	2.210,53	171,97	350,77	581,07	281,49	58,04	35.607,47	
10 + 10 SERIE 4300										5.952,50	6.629,73	12.582,23	
20 UNIDADES M-R-M (SUSTITUCIÓN UTAS)											17.082,00	17.082,00	
TOTAL INVERSIONES EJECUTADAS POR F.G.V.	1.495,29	1.472,15	2.960,65	9.541,87	11.884,61	5.125,97	1.084,72	3.618,33	4.559,14	7.663,01	24.283,20	107.727,65	
CESIONES DE LA G.V.													
CONCEPTOS	EJERCICIO 1996	EJERCICIO 1997	EJERCICIO 1998	EJERCICIO 1999	EJERCICIO 2000	EJERCICIO 2001	EJERCICIO 2002	EJERCICIO 2003	EJERCICIO 2004	EJERCICIO 2005	EJERCICIO 2006	TOTAL 1996-2006	
INSTALACIONES FIJAS FF.CC. COPUT	7.781,68							5.419,93	15.134,51			28.336,12	
INSTALACIONES FIJAS FF.CC. D.G.I.T.												0,00	
TOTAL INVERSIONES DE INSTALACIONES CEDIDAS	7.781,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.419,93	15.134,51	0,00	0,00	28.336,12	
TOTAL INVERSIÓN DE EJERCICIO EN LA LÍNEA 1	9.276,97	1.472,15	2.960,65	9.541,87	11.884,61	5.125,97	1.084,72	9.038,25	19.693,64	7.663,01	24.283,20	136.063,77	
NOTA.- IMPORTES EN MILES DE EUROS												Control de Gestión - 24/07/2006	

Como se desprende del cuadro anterior, el grueso de inversiones se concentra en torno a la adquisición de trenes nuevos, siendo la única inversión en el tramo siniestrado, en los 5 años anteriores al accidente, la instalación de un sistema de radiofonía tren-tierra.

De la documentación analizada, así como de las diferentes comparecencias ante la Comisión de Investigación de exdirectivos de FGV, se puede extraer que el montante principal de las inversiones se destinó a la supresión y acondicionamiento de una decena de pasos a nivel y en la renovación de las vías.

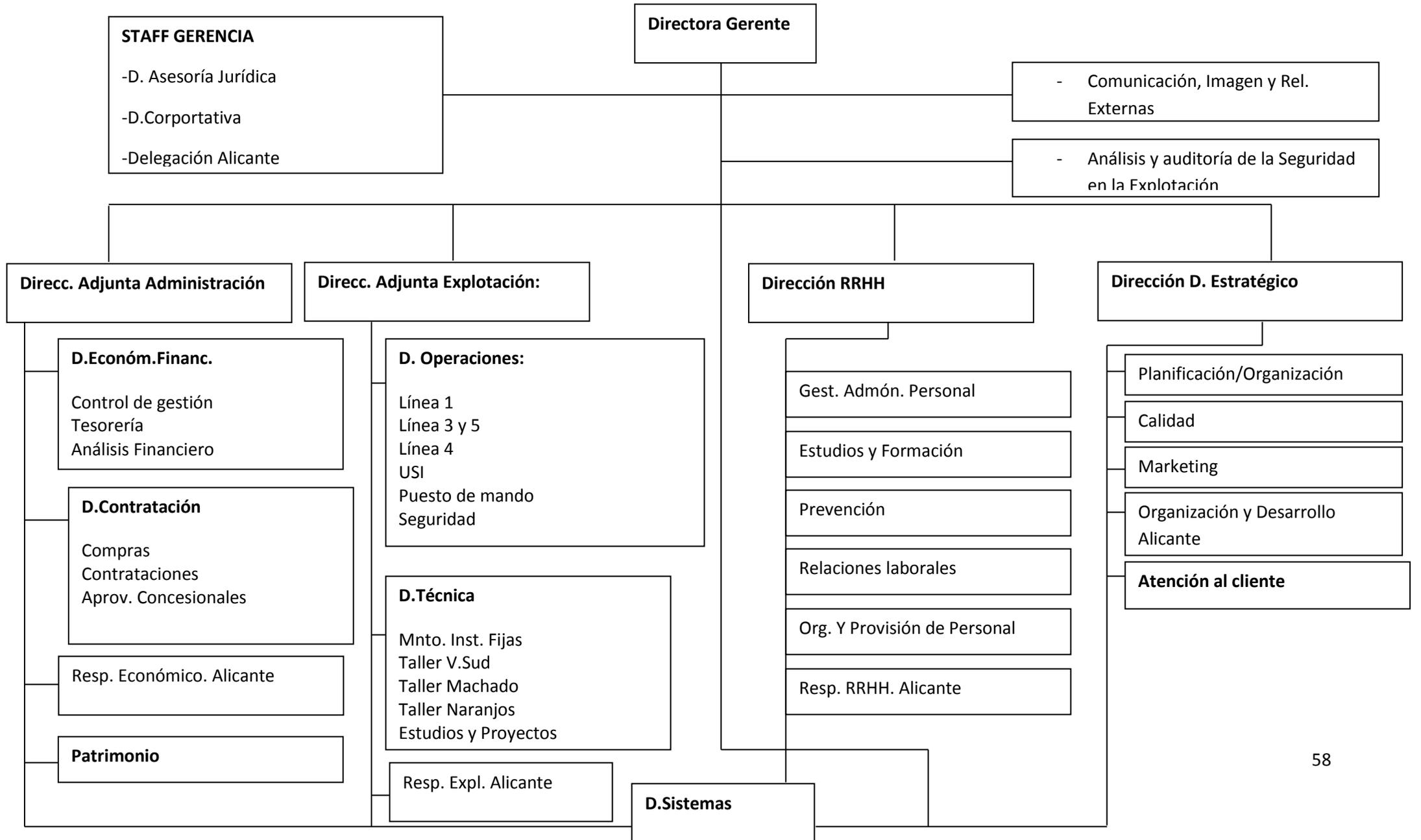
No obstante, la Conselleria únicamente invirtió medio millón de euros en la mejora del sistema de frenado automático puntual (FAP), de que está dotada la línea accidentada. De esta inversión la dos partidas más cuantiosas se llevaron a cabo en 2006, las dos después del accidente ocurrido en la Línea 1 entre las localidades de Paiporta y Picanya, en el que se vieron implicados tres convoyes y que se saldó con más de 40 heridos.

Deuda actual FGV:

Como consecuencia de todo lo anteriormente explicado, y especialmente por la falta de financiación otorgada por la Generalitat, así como por la incapacidad del Consell de promover la firma de un Contrato-programa una vez expirado el del año 2001, la deuda asumida por FGV a 30 de junio de 2015 es la que consta en el cuadro adjunto a continuación:

SITUACIÓN DE LA DEUDA ASUMIDA				
HASTA 30 DE JUNIO DE 2015				
(EN EUROS)				
FERROCARRILS DE LA GENERALITAT VALENCIANA				
(FGV)				
SPEF	SPEF			
EMPRESA	FERROCARRILS DE LA GENERALITAT VALENCIANA (FGV)			
Suma de IMPORTE	DEN. DESTINO			
TIPO	DEN. ORIGEN	CTA. CANCELADA	CTA. ACREEDORA	CAPITALIZACIÓN
MECANISMOS FINAN.	AJUSTE			-44.884.797,45
	LINEAS ICO PAGO DEUDA EXTRANJERA		0,00	18.924.211,15
	PAGOS FLA FINANCIERO 2012		0,00	7.719.543,83
	PAGOS FLA FINANCIERO 2013			65.447.173,33
	PAGOS FLA FINANCIERO 2014 PRIMER SEMESTRE		0,00	53.320.739,73
	PAGOS FLA FINANCIERO 2014 SEGUNDO SEMESTRE		0,00	11.273.960,00
	PLAN DE PAGO A PROVEEDORES 2012			398.770.274,02
	PLAN DE PAGO A PROVEEDORES 2013_2 FASE	791.512,38		
	PLAN DE PAGO A PROVEEDORES 2013_3 FASE II TRAMO	43.987.153,70	0,00	
MECANISMOS FINAN. Suma de IMPORTE		44.778.666,08	0,00	510.571.104,61
Total Resultado		44.778.666,08	0,00	510.571.104,61

C.ORGANIGRAMA



IV. ANÁLISIS DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE 2006

Por acuerdo del Pleno de les Corts Valencianes, en julio de 2006, se aprobó la constitución de una comisión parlamentaria de investigación del accidente del Metro, que inició sus trabajos el 17 de julio de 2006 y los concluyó el 4 de agosto de 2006. Las conclusiones del dictamen de esta comisión fueron aprobadas en sesión plenaria el 11 de agosto de 2006, siendo las mismas las siguientes:

CONCLUSIONES

Del examen de los documentos y de los testimonios aportados a la comisión, se desprenden las conclusiones siguientes:

1. Por Real decreto 1496/1986, de 13 de junio, se transfieren a la Comunitat Valenciana los servicios ferroviarios que hasta el momento explotaba la empresa estatal FEVE. Entre las líneas transferidas se incluían las líneas Valencia-Bétera y Valencia-Llíria en el norte, y la línea Valencia-Vilanova de Castelló en el sur, que en aquel momento estaban en un estado muy deficiente de infraestructuras, con muchos pasos a nivel, la mayoría sin más protección que señales fijas, la mayor parte del recorrido con traviesas de madera muy antiguas y algunas en muy mal estado. No obstante, el Ministerio de Transportes ejecutó unas obras, iniciadas en 1980, con las que se trataba de hacer penetrar esas líneas de cercanías en el núcleo urbano de Valencia en subterráneo, a través de dos túneles, uno procedente del suroeste, que llevaría la línea Vila-nova de Castelló, desde la parada de Hospital hasta la estación de RENFE y otro procedente del noroeste, debajo de lo que hoy es la avenida de las Cortes, Pío XII y la Gran Vía y que llegaría hasta la plaza de España.

Este proyecto inicial no se llevó a cabo como estaba previsto, por un lado porque el Ayuntamiento de Valencia y por otro la Generalitat querían que se unieran las dos líneas subterráneas, habilitando para ello el enlace técnico, es decir, un tramo de túnel destinado a ordenar la circulación y por el que sólo habían de pasar, en principio, trenes vacíos que hubieran de pasar de una a otra línea. Después de algunos años de paralización de las obras, ésta fue la solución que finalmente se ejecutó, haciendo un solo túnel de más de 7 km, a través de ese ramal técnico entre las estaciones de Plaza de España y Jesús.

La decisión fue adoptada entre el Ayuntamiento de Valencia, la Generalitat y el Ministerio de Transportes, e inaugurado el 8 de octubre de 1988, uniendo las líneas de cercanías 1, desde Bétera hasta Vila-nova de Castelló, y la 2 desde Llíria a Valencia-Sur.

Todo ello demuestra sin duda que la línea 1 de Metrovalencia no es un metro como tal, sino que es una línea de cercanías de una longitud de unos 90 km que discurre por túnel en 7 km de longitud y el resto en superficie.

2) En el año 1993, por acuerdo del consejo de administración de FGV se decide la instalación de un sistema de frenado automático FAP para la línea 1 de Metrovalencia,

mientras que desde el año 1992 se decide instalar en la línea 3 y 5, que están en ejecución, otro sistema diferente, el sistema llamado ATP.

Durante 18 años han circulado por la línea 1, en uno u otro sentido más de dos millones de trenes, sin que se hubiera producido ni un solo accidente entre la estación Plaza de España y Jesús. Tampoco en todo este tiempo nadie había denunciado o advertido que la línea 1 fuera insegura.

3) La línea 1 de Metrovalencia es segura y así lo acreditan tanto la documentación presentada, a la que se hace referencia en este dictamen, como las intervenciones de los comparecientes que así lo han reconocido y demostrado con contundencia, acreditando que los sistemas de seguridad instalados en la línea son los correctos y apropiados para sus características y régimen de explotación.

4) La causa del accidente ha sido el exceso de velocidad. Todas las pruebas conducen a la misma conclusión. La lectura de la primera caja negra revela que el tren circulaba a 80 km/h en el momento del siniestro, dato que también confirma la lectura de la segunda caja negra. Dado que existía una placa de limitación de velocidad a 40 km/h en la curva donde ocurrió tal accidente, esto significa que el tren circulaba al doble de la velocidad permitida en este tramo.

Por otra parte, las investigaciones realizadas hasta la fecha descartan que pudiera concurrir algún fallo mecánico, técnico, de conservación o cualquier otro motivo que hubiera podido contribuir a causar este siniestro, por lo cual todo indica que el exceso de velocidad en la curva fue el desencadenante de este accidente, sin perjuicio de lo que pueda resultar de la investigación judicial en marcha.

5) Se concluye también que Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana ha cumplido correctamente sus responsabilidades, en cuanto al número y frecuencia de las revisiones de tal tren y en cuanto a la comprobación del estado de las vías donde ocurrió el accidente.

6) Ha quedado demostrado que el maquinista de la unidad siniestrada, D. Joaquín Pardo Tejedor, contaba con la cualificación profesional necesaria para el ejercicio de su función, habiendo superado todas las pruebas de aptitud y capacitación exigidas para ello.

7) De las conclusiones anteriores podemos deducir que lo ocurrido ha sido un accidente del que no se deriva ninguna responsabilidad política, ya que ha quedado demostrado que el sistema de frenado instalado en la línea 1 es el adecuado para las características de la línea, su configuración física, su régimen de explotación y la frecuencia de paso de trenes, como así lo avalan los técnicos, los expertos de universidad, los profesionales especializados en esta materia y los responsables de las distintas administraciones que han comparecido ante esta comisión.

Por otro lado, no puede derivarse responsabilidad política alguna de estos hechos, porque la política del Consell ha sido la constante mejora de la seguridad de la línea, como así lo demuestran todas las inversiones que la Generalitat ha realizado en dicha línea para mejorar su infraestructura, superestructura, instalaciones, así como la seguridad de la misma, y considerando todas las que tenía previsto continuar realizando desde antes del accidente. Estas inversiones han tenido dos etapas muy diferenciadas, la primera hasta el año 1995, en la que se invirtieron 22,18 millones de euros, y la segunda, a partir de esa fecha hasta la actualidad, período en el que se han destinado para esta línea 162.785 millones de euros, parte de estos en el marco de lo previsto en el plan de actuación Horizonte 2010, lo cual demuestra el grado de compromiso e implicación del Gobierno valenciano en la mejora permanente de esta línea.

8) En este sentido, las Cortes ratifican y solicitan al Consell que agilice todas medidas previstas en el plan de actuación línea 1 (Horizonte 2010) que, con una inversión

prevista de 431 millones de euros, fue presentado antes del accidente, el día 15 de mayo de 2006, y que ya se encuentra en ejecución. Dicho plan es el mejor instrumento para continuar avanzando y para continuar garantizando la seguridad de la línea, ya que tiene como objeto, entre otras actuaciones, adaptar los sistemas de seguridad de la línea 1 en función de los cambios que está previsto que experimente en su régimen de explotación, que pasan por un incremento de la frecuencia de trenes en dicha línea y por tanto la implantación del sistema de frenado ATP.

9) Igualmente, las Cortes acuerdan que se agilice la ejecución de todos los acuerdos adoptados en el seno del Comité de Seguridad en la Circulación de Ferrocarriles de la Generalitat Valenciana.

10) El Plan de emergencia y los servicios de seguridad y emergencias funcionaron de manera correcta e impecable, por la gran profesionalidad, dedicación y entrega de todos los que participaron en las labores de evacuación, rescate, así como de atención sanitaria y psicológica en unos momentos en que la rapidez y la coordinación eran decisivas para evitar que empeoraran las consecuencias de este accidente.

11) El Consell ha estado en todo momento al lado de las víctimas, como así lo demuestra el decreto aprobado por el Pleno del Consell, de 7 de julio de 2006, por el que se adelantaron las ayudas a los familiares de las víctimas y afectados, a cuenta de futuras indemnizaciones. Las personas han sido desde un principio la prioridad en la línea de actuación del Consell, así como el rigor y la transparencia informativos y la rápida constitución de esta comisión y todo su desarrollo son una prueba más de ello. Sin duda, los ciudadanos necesitan unas respuestas claras y contundentes sobre las causas del accidente y por ello en esta comisión han realizado numerosas comparecencias y se ha aportado abundante documentación e informes con el fin de aclarar los hechos.

12) De todas las investigaciones realizadas hay que concluir que lo ocurrido ha sido un accidente que no era ni previsible ni evitable, pero que sin duda ha de servir para continuar potenciando y desarrollando sistemas de seguridad y nuevas medidas con las que se continúe mejorando y avanzando en la calidad y la seguridad del transporte ferroviario.

13) En la línea de lo que se concluye en el apartado anterior, las Cortes acuerdan que el Consell elabore un proyecto de ley autonómica que regule entre otras materias la gestión y explotación, infraestructura, superestructura, coordinación de medios, material móvil, formación de maquinistas, planes de seguridad, avances tecnológicos y financiación aplicables a las líneas de ferrocarriles competencia de la Generalitat.

14) Las Cortes solicitan al Consell la elaboración y la presentación de un proyecto de proposición de ley de las Cortes Valencianas a tramitar ante el Congreso de los Diputados por medio del cual se regulen los criterios de seguridad en los ferrocarriles de competencia estatal.

15) Las Cortes acuerdan que el Consell cree por ley una agencia de seguridad de todos los medios de transporte, con funciones de vigilancia, control de los sistemas de seguridad, entre otros.

Palau de les Corts Valencianes
Valencia, 11 de agosto de 2006

El presidente,
Julio de España Moya

Como vemos, entre otras conclusiones encontramos que:

“la línea 1 de Metrovalencia es segura (...) acreditando que los sistemas de seguridad instalados en la línea son los correctos y apropiados para sus características y régimen de explotación”, que “la causa del accidente ha sido el exceso de velocidad”, que “el Plan de emergencia y los servicios de seguridad y emergencia funcionaron de manera correcta e impecable” y que “ha sido un accidente que no era ni previsible ni evitable”.

El febrero de 2012, el periódico El Mundo reveló que la consultora de comunicación H&M Sanchis redactó, por encargo de FGV, el documento *“Reflexiones para la comparecencia en la Comisión de Investigación en las Cortes Valencianas”*, no teniendo conocimiento de este informe la Comisión de Investigación celebrada en 2006, y que hemos podido disponer en la presente Comisión de la documentación e informes elaborada por H&M Sanchis desde 2004 hasta 2012, cuando cesó el contrato de FGV así como del dossier completo de los documentos elaborados por H&M Sanchis con motivo del accidente y argumentario de los años posteriores, hasta cuando les dieron el certificado de la calidad Aenor a la línea 1.

La Comisión que ha elaborado el presente Dictamen ha tenido a su disposición la documentación aportada en el año 2006, así como la nueva documentación conocida, y ha contado con el testimonio de los portavoces de los Grupos Parlamentarios que participaron en ella.

1. Acerca de la documentación de la Comisión de Investigación de 2006.

En las comparecencias, que tuvieron lugar el 15 de enero de 2016, la mayoría de los portavoces, concretamente el señor Francisco Javier Tomás Puchol (portavoz en la primera comisión de investigación por el Grupo Mixto), el señor Joan Antoni Oltra Soler (portavoz en la primera comisión de investigación por Esquerra Unida-Els Verds-Esquerra valenciana: Entesa) y el señor Andrés Perelló Rodríguez (portavoz en la primera comisión de investigación por el

Grupo Socialista) coincidieron en **señalar la falta de documentación y tiempo suficiente para poder llevar a cabo sus tareas de investigación.**

A continuación se extractan las comparecencias de los diferentes portavoces parlamentarios realizadas en la presente Comisión de Investigación, respecto a al funcionamiento de la Comisión celebrada en el año 2006.

Señor Tomás Puchol: *“si se hubiese facilitado toda la información que los grupos en su momento solicitaron es evidente que se hubiesen, por lo menos, disipado las dudas o muchas dudas y hubiesen apartado, ¿cómo no?, la sombra de una posible ocultación. (...) El no facilitar la documentación yo creo que fue una de las cuestiones que más pudo, como si dijésemos, enervar todo ese proceso... todo ese proceso.”*

Usted, a la cuestión que me plantea sobre si el accidente podía ser evitable... Vamos a ver, la conclusión inequívoca debería haberse producido tras un análisis riguroso de todas las circunstancias después del análisis de informes hechos por expertos debidamente contrastados, informes, contrainformes... Claro, si no se hace así, uno tiene dos soluciones, o pensar que sí que era evitable haciendo un acto de fe, o que no era evitable haciendo un acto de fe, también. Pero, desde luego, utilizando lo que es una metodología científica o semicientífica, o dotándolo de una rigurosidad, desde luego eso brillaba por su ausencia.

[...]

Comisión tan rápida, una comisión en la que te embuten prácticamente lo que son los informes, una comisión en la que básicamente todo lo que se pidió, ¿eh? , la práctica totalidad de lo que se pidió por los diferentes grupos fue desechado”.

Señor Oltra Soler: “Nou compareixences diàries, una cosa com si el món fóra a acabar-se, calia fer-ho de pressa, de pressa. O siga, dificultar al màxim el coneixement per part nostra (...)En quatre dies vegérem trenta-sis compareixences. El 2 d'agost, la proposta de dictamen i, el 4 d'agost, la votació de la proposta en comissió i, l'11, el ple. O siga, és que van sobrar dies, van sobrar més de la meitat dels dies. Va ser un paripé que ni tan sols guardaren les formes, va ser vergonyós. I realment per a què? És que estava ja tot decidit.”

“Alguna documentació, a més, és molt curiosa, que la van denegar. Clar, la van denegar quan són informes del mateix ministeri que fan referència a la situació de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana.

És curiós que, per exemple, en l'informe del Ministeri de Foment de l'any 2000-2002 sobre sinistralitat de la xarxa ferroviària autonòmica, que analitza totes les autonomies i per tant la nostra també, les dades de l'informe fan palés d'una forma contundent la pèssima situació de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana en accidentabilitat, respecte a la resta dels trens autonòmics. Això és que està ahí, això és documentació oficial.”

“Sí, bueno, evidentemente no tuvimos toda la documentación, ni mucho menos. O sea, algo tan importante en un accidente, como es el libro de averías, no lo tuvimos ni creo que lo tenga nadie ya”.

“La documentació a la qual poguérem accedir, tinguérem quinze hores per estudiar. Quinze hores! I les reunions, això, començàvem a les deu i acabàvem a les onze de la nit. O siga, és que era difícil inclús poder compaginar, i més en grups xicotets, com en eixe cas. A què venia tanta pressa, tant d'interés en acabar, com més prompte possible? No calia tindre tanta pressa. Estàvem en ple estiu. Perfectament es podia haver allargat un poc més, haver xerrat amb més gent, que vinguera més gent ací.”

Señor Perelló Rodríguez: *“Eso pasaba mientras estábamos haciendo una sesión tan seria, que había que preparar los interrogatorios a las tres de la madrugada, para venir a las ocho de la mañana aquí, con esos interrogatorios preparados, porque había ocho comparecencias, o días de nueve, y que yo recuerdo cuando presenté las conclusiones que no pude ni ir a cambiar de ropa y tuve que darlas en un niqui de playa porque era el mes de julio y porque no tuvimos tiempo material ni humano, y a pesar de eso las presentamos.”*

“Es como si un tribunal cuando se va a presentar en un juicio las periciales o las documentales, el juez dijera «documentales ninguna y periciales ninguna». Bueno, pues entonces lo dejamos a la voluntad del señor, no hace falta que constituyamos un tribunal. Pues eso es lo que se hizo aquí.”

“Si hubiera sido más larga y rigurosa, ¿se hubieran...? Claro que se hubieran descubierto cosas. Eso mismo que usted dice, nosotros sabíamos lo de esa inversión.”

“Lo hice como el resto de mis compañeros, de la manera que mejor pudimos, durmiendo durante los cuatro días cuatro horas diarias, exclusivamente, y preparando en una trágala la comparecencia”

“¿Pude llevar a cabo mi tarea como diputado? No. La respuesta es no. Las negativas de documentación, las negativas de comparecencias, el tiempo y la aceleración con la que se quiso trabajar me llevan a decir: no, no pude. (...) O sea, que si me dice: ¿cumplió con su trabajo? Sí. ¿Lo cumplió en unas condiciones dignas de un representante? No. ¿Por qué? Porque todo estaba preparado para que no pudiéramos cumplirlo. Por tanto, ¿se menoscabó el derecho de los parlamentarios? Sí. ¿Se degradó la labor de este parlamento? También.”

Señor Tomás Puchol:

“La práctica totalidad de lo que se pidió por los diferentes grupos fue desechado, eh, entonces eso produce como mínimo lo que le digo y lo que dije en su momento, dudas, dudas que tenías al principio por el modo de convocarse y luego más dudas, más dudas, respecto de lo que es, lógicamente, cuando terminó la comisión de investigación. (...) Entonces, qué informes.”

El señor Castellano Gómez, portavoz del Grupo Popular, quien señaló que el plan de trabajo aprobado (del que se recoge documentación, comparecencias y tiempos de duración de la comisión) fue votado en la propia Comisión:

“Sabe que todas las comisiones tienen un plan de trabajo y que ese plan de trabajo se aprueba en votación democrática por el órgano competente, en este caso la comisión de investigación.”

“En tot este assumpte el Grup Parlamentari Popular se basà per a fer les seues conclusions, com no podia ser d'una altra manera, haguera sigut absurd fer-ho d'una altra manera, en la documentació que s'aportà a esta comissió i que se demanà en el pla de treball d'esta comissió, i en les informacions i opinions dels trenta-dos compareixents, com no pot ser de ninguna altra manera. I, per tant, aixina se féu.

[...]

Se hizo la comisión de investigación con los votos del grupo mayoritario.”

[...]

El grupo parlamentario, como cualquier otro grupo de esta cámara, solamente podía decidir o concluir sus argumentos respecto a lo que tenía encima de la mesa de documentos y de informaciones en la comisión y en el plan de trabajo. No podía inventarse nada más. Eso es una cuestión lógica y normal.”

Cuando el señor Castellano Gómez entró a justificar la rapidez de la comisión de 2006, éste esgrimió las mismas razones que su grupo parlamentario dio en sede parlamentaria en 2006, pero sin entrar en el fondo del debate:

“Esa fue la duración que hubo y la rapidez en hacerla, si usted ha leído el Diario de Sesiones, no me importa reiterar las opiniones que yo en aquel entonces dije y que puedo reiterar hoy, aquí.

Primero, entendemos que no se debería demorar las respuestas que exigía la sociedad y los ciudadanos ante un tema tan grave y tan trascendente, es decir, se tendría que saber la verdad de lo ocurrido y las causas cuanto antes.

También porque, evidentemente, podía ser una irresponsabilidad mantener un discurso de inseguridad o de alarma social ante un servicio tan importante como es el transporte público, fundamentalmente lo primero eran las víctimas, el respeto a las víctimas y a los familiares, se exigían los esfuerzos y las aclaraciones y las respuestas más rápidas posibles.

También porque miles y miles de valencianos, cuarenta y ocho horas después estaban utilizando otra vez la línea 1 del metro y, por tanto, lógicamente se tenía que dar también en ese sentido las respuestas a las dudas que se pudieran tener.

*Por tanto, yo creo que las sesiones empezaban a las nueve de la mañana y el último compareciente -creo- era a las diez de la noche, no sé, eso en el plan de trabajo estará, podrán comprobarlo ustedes, comparecieron -como digo- treinta y dos comparecientes para emitir las opiniones que consideraron convenientes y, en ese sentido, bueno, si es suficiente o no yo creo que en esta vida todo es opinable y todo es absolutamente respetable. **Yo, en aquel entonces, ni quise entrar en debates de forma ni creo que ahora lo vaya a hacer.”***

Por otra parte, es relevante tener en cuenta que en la comparativa entre la misma documentación entregada a la comisión de 2006 y la entregada en la comisión de 2015, resulta que en la primera **no se adjuntaron los anexos de la documentación que si que obtuvo la presente Comisión**. Como ejemplo de ello tenemos los anexos de las actas del Comité de Seguridad del año 2005. Preguntado acerca de ello, el señor Castellano Gómez indicó en la comisión del 15.01.2016:

“Por tanto, si estaba sesgada o no estaba sesgada esa documentación, pues, evidentemente, habrá una responsabilidad de quien pertoque, en su caso, si es que la hay; y, por tanto, habrá que preguntar donde tenga que preguntar. Pero, evidentemente, yo ahí no le puedo dar ninguna contestación, lógicamente, como usted entenderá.”

Cabe destacar que la gerente de FGV, la señora Gracia, en su comparecencia en la comisión del 21.01.2016 indicó que efectivamente había sido ella quien asumía las responsabilidades en asegurar cuál era la documentación enviada a la comisión:

“¿Supervisé personalmente? Evidentemente vi que todo lo que se nos había pedido se enviaba. Eso sí que lo hice”.

2. Aleccionamiento de los comparecientes

Tres de los cuatro grupos parlamentarios con representación en ese momento en les Corts Valencianes (Grupo Mixto, Entesa y PSPV) denunciaron la falta de información suficiente por escasez de documentación, de comparecientes y/o de tiempo, para poder llevar a cabo una investigación rigurosa. No consta que se quejara Grupo Parlamentario Popular, quien simplemente aprueba con su mayoría el plan de trabajo.

La Directora-General de FGV fue la responsable de preparar la documentación que se aportó a la comisión de investigación de 2006.

Varios portavoces de la comisión de investigación de 2006, señalaron que los comparecientes que asistieron a las sesiones de la comisión de 2006 repetían el mismo formato de intervención, llegando a señalar el señor Perelló Rodríguez que pareciera estar escuchando “mantras”, relacionándolo, todos los portavoces excepto el del Partido Popular, con el informe desvelado por El Mundo “Reflexiones para la comparecencia en la Comisión de Investigación en las Cortes Valencianas”, con estrategias de comunicación y con una voluntad preestablecida de control sobre la comisión de 2006. De esta forma, encontramos las siguientes declaraciones en la comisión de 2015, respecto de lo que se vivió en la comisión de 2006:

Señor Perelló Rodríguez:

“Todos repetían como un mantra la misma historia. Entonces, nosotros, a pesar de eso, a las dos de la madrugada, cogíamos las declaraciones y veíamos: «La línea 1 es segura. » Mantra primero. Es que era todo igual, Y entonces, uno empieza a sospechar. Y yo recuerdo haber hecho unas declaraciones ese día diciendo que sospechaba eso, que las emitió... algunos medios de comunicación. Eso me supuso al día siguiente al volver aquí que me llamaron histriónico, sanguinario y no sé cuántas cosas más.”

“Hubo una llamada, me llamaron y me dijeron. “hay alguien que pregunta por ti y quiere contarte una cosa” y yo cogí el teléfono y me dijo “mire, he oído en la radio tal y he visto que le dicen esto. Mantenga la posición.” Nunca supe quien es. Si lo supiera hoy les diría, eh? He venido aquí a hacer un deshabillé de mi memoria. Pero no lo supe. Y en aquel momento no se sabían las cosas que se saben ahora. Pero me dijo...y confié...porque tenía voz de verdad. No me digan lo que es una voz de verdad, pero uno tiene sus impulsos cuando escucha hablar a la gente. Y me dijo: “siga Ud. Por ahí, porque, efectivamente, se están reuniendo y, efectivamente, están coordinando la mentira para engañarles a Uds. Me lo dijeron”.

Señor Oltra Soler:

“En primer lloc volia manifestar la meua satisfacció per estar davant d'aquesta comissió d'investigació de l'accident del metro, esperant a més que de veritat siga una comissió d'investigació i no una comissió d'exculpació, com va ser la de 2006, perquè allò va ser tot menys una comissió d'investigació.”

“¿Dice usted los comparecientes? Los comparecientes había en ocasiones en que había que levantar la vista, a ver si había cambiado el compareciente. Porque es que decían lo mismo. Parecían autómatas.”

“Bé, està clar, nosaltres no teníem coneixement oficial d'eixa assessoria” refiriéndose a HMSanchis, “se mos negava, eixe fet no es va donar a conèixer més que després, molt després ja del tema. Pareixia evident, ¿no? , perquè, clar, tot el món parlava igual, tot el món esmentava les mateixes paraules, tot el món no esmentava les mateixes paraules, o siga... era una cosa -dius-, és difícil que es posen d'acord en este tipus de coses tanta gent.

No es parlava de la balisa, no es parlava de l'accident, se'ns va donar una classe magistral els quatre dies sobre supressió de passos a nivell. Allò de la supressió de passos a nivell eixia fins en la sopa, quan era un tema que no tocava perquè dius tu, ¿passos a nivell aquí? No estem parlant d'un accident en un pas a nivell; quan això... doncs es parla, però és que en este no és un accident en un pas a nivell; doncs se'ns va donar una classe magistral sobre supressió de passos a nivell. Tanta coincidència ha de ser alguna cosa, ¡clar! , després ho vam saber, ¿no? , venien alliçonats, venien ensinistrats, ¿eh? , per a mentir en el tema.”

“Les conclusions estaven fetes abans que començara la mateixa comissió a investigar.”

“Hi hagué una voluntat deliberada de no estudiar el tema”.

Señor Tomás Puchol:

“Parecía que venía todo cocinado de antemano.”

El señor Castellano Gómez, al ser preguntado en la comparecencia ante la Comisión, acerca de su posible conocimiento de los informes de H&M Sanchis, manifestó que él, personalmente, no tenía conocimiento del mismo, sin cerrar la puerta, por tanto, a que otras personas sí lo tuvieran:

“Contestaré lógicamente con un «no», porque evidentemente lo desconozco y, por tanto, no puedo reconocer lo que no conozco. En segundo lugar, preguntaba usted concretamente si recibió el grupo parlamentario instrucciones respecto al grupo Sanchis o cualquier otro tipo, y le diré también absolutamente que no. Es decir, yo desconozco totalmente esos extremos... Por tanto, si eso es así o no lo es, evidentemente yo no lo sé y, en todo caso, tendrá que resolverlo la justicia, porque creo que se establecieron denuncias al respecto. Yo puedo hablar de lo que sé y conozco, pero no puedo hablar de lo que desconozco. (...)A mí otra cosa, lógicamente, me sorprendería y me defraudaría, pero, ya le digo, en todo caso tendrá que ser la justicia la que resuelva ese tipo de cuestiones.”

Así pues, la mayoría de los portavoces intuyeron que estaban produciendo declaraciones iguales y repetitivas por parte de los comparecientes propuestos por el Grupo Popular en el plan de trabajo.

Estas declaraciones iguales y repetitivas no contribuyeron a esclarecer lo ocurrido el 3 de julio de 2006. Por el contrario, en las declaraciones de Castellano Gómez, no se descarta la posibilidad de que, efectivamente, las personas que comparecieron en la comisión de 2006 hubiesen estudiado sus intervenciones teniendo como referencia este informe. Esta estrategia perfectamente diseñada impidió que los grupos parlamentarios alcanzasen el objetivo por el que se creó la comisión de 2006: investigar las causas del accidente ocurrido en la línea 1 de Metrovalencia el 3 de julio de 2006.

De la comparativa entre las conclusiones del dictamen de la comisión de 2006 y el contenido de los informes elaborados por H&M Sanchis resulta una

evidente coincidencia, puesto que entre las conclusiones aprobadas en el Dictamen podemos encontrar que:

“la línea 1 de Metrovalencia es segura (...) acreditando que los sistemas de seguridad instalados en la línea son los correctos y apropiados para sus características y régimen de explotación”, que “la causa del accidente ha sido el exceso de velocidad”, que “el Plan de emergencia y los servicios de seguridad y emergencia funcionaron de manera correcta e impecable” y que “ha sido un accidente que no era ni previsible ni evitable”.

Esta afirmación va en la línea diseñada por la consultora por H&M Sanchis, puesto que en el Informe elaborado por la consultora para FGV *“Reflexiones para la comparecencia en la Comisión de Investigación en las Cortes Valencianas”*; se indican a los comparecientes que digan lo siguiente:

“El metro es el sistema de transporte más seguro del mundo.”

“Su objetivo en esta comparecencia debe ser, le pregunten lo que le pregunten y se desarrolle como se desarrolle, transmitir a los miembros de la Comisión que lo ocurrido el día 3 entre las estaciones de Plaza de España y Jesús en la línea 1, sobre las 13 horas, ha sido un accidente, cuya causa ha sido el exceso de velocidad y que este exceso de velocidad no puede ser atribuido a ninguna deficiencia técnica, ni a ninguna dejación de responsabilidades, ni a ningún incumplimiento de acuerdos, pues la línea 1 es segura y sobre la misma se lleva en los últimos 5 años y en los próximos 5, un plan de mejoras que se está cumpliendo escrupulosamente.”

Asimismo el Informe señala como mandato a las personas que comparezcan que *“su objetivo en esta comparecencia debe ser el hacer llegar a los oyentes “transmitir a los miembros de la Comisión” una serie de afirmaciones muy concretas y concisas “que lo ocurrido el día 3 (...) ha sido un accidente, cuya causa ha sido el exceso de velocidad y que el exceso de velocidad no puede ser atribuido a ninguna deficiencia técnica, ni a ninguna dejación de responsabilidades, ni a ningún incumplimiento de acuerdos”.*

Además, el Informe también indica que se debe afirmar que *“la línea 1 es segura”*, así como que *“sobre la misma se lleva en los últimos 5 años y en los*

próximos 5, un plan de mejoras”, estableciéndose, además, que éste “se está cumpliendo escrupulosamente”.

Este Informe no solamente no incluye otras posibilidades de respuestas, sino que veta esa posibilidad, advirtiendo, al principio *“Su objetivo en esta comparecencia debe ser, le pregunten lo que le pregunten y se desarrolle como se desarrolle, transmitir...”.*

Asimismo es conocida la existencia de un segundo informe, también elaborado por H&M Sanchis para FGV, que incluye posibles preguntas a las cuales preveían que pudiesen enfrentarse las personas que comparecían en la comisión de 2006, indicándoles las respuestas. Estas respuestas no eran arbitrarias, sino que nacían del consenso y de la información recogida en la reunión anterior, indicándose en el informe: *“Nos permitimos volver a insistir en la necesidad de que las contestaciones a las preguntas concretas o a los temas sean las que finalmente se pacten. (...) Otra cuestión que es interesante que tenga presente, para que una vez aprobado definitivamente lo que FGV vaya a contestar sobre cada tema es que esas contestaciones coincidan con lo que puedan decir otros comparecientes citados por el PP, por lo que sería interesante que las concretaran con los interesantes para que queden totalmente coordinadas todas las intervenciones del personal de FGV y de la Conselleria”.*

De esta manera, en este segundo informe nos encontramos con preguntas como *“Si hay 43 víctimas, ¿no cree que falló algo?”* y con la respuesta a esta pregunta *“No”*. De la misma forma, se incluyen otras respuestas como *“El libro de averías forma parte de la cabina del conductor y está precintada por la policía judicial, por lo tanto no sabemos nada sobre él”* o *“Ningún sistema de seguridad puede garantizar al 100% que no vaya a ocurrir ningún accidente”*.

De igual forma, se puede concluir como tercera consideración que H&M Sanchis preparó respuestas a preguntas acerca de cómo descubrir la realidad de los hechos acaecidos, esto es la existencia de fallos, la existencia del libro

de averías o la posibilidad de evitar el accidente mediante una baliza, respuestas que posteriormente fueron repetidas en la comisión de 2006.

En esta comisión de 2015, los comparecientes señalaron al respecto:

Oltra Soler:

“Porque encima lo negaban. Nadie reconoció que se habían dado instrucciones, de que se había tenido esa posibilidad. Nadie. (...)Se adiestró a la gente con dinero público para mentir a las Cortes. Es que eso es muy fuerte. Mentir a las Cortes, mentir a la opinión pública, mentir a los familiares, mentir a todo el mundo. Y eso, pagado con dinero público. Es que es increíble. No creo que eso haya pasado en cualquier otro sitio. Por lo tanto, la sensación que teníamos era de que nos faltaba acceder a una parte importante de la verdad. Nos faltaba acceder a otras visiones distintas de la gente que había venido aquí con el beneplácito del Grupo Parlamentario del PP.”

“Cal sentir la majoria d’opinions possible”

“Nosaltres no teníem coneixement oficial d'eixa assessoria, se mos negava, eixe fet no es va donar a conèixer més que després, molt després ja del tema. Pareixia evident, ¿no? , perquè, clar, tot el món parlava igual, tot el món esmentava les mateixes paraules, tot el món no esmentava les mateixes paraules, o siga... era una cosa -dius-, és difícil que es posen d'acord en este tipus de coses tanta gent.”

“Home, jo crec que des del primer moment la tasca del Grup Parlamentari Popular i del govern va ser la de menysvalorar el tema de l'accident, no eixir-se'n d'ahí, que havia sigut un accident, un error humà. Inclús tinc per ací un retall de premsa curiós, no? , del mateix conseller, atribuint l'accident a la mala sort, estava. . . , si és un tema de mala sort, doncs apaga y vámonos.”

Señor Perelló Rodríguez:

“Y me choca porque la presidencia anterior, que emulaba lo que usted está haciendo ahora, y cuando yo le decía eso, desde ese banco, recordaba a los comparecientes que no, que esto no era un tribunal y que podían decir lo que quisieran. De tal manera que aquí hubo gente que debería haber penado con seis meses de cárcel porque cometió delito de falsedad, y lo puedo decir con toda seguridad porque ahora ya está probado, de acuerdo con la tipificación que de ese delito se hace en el 502 del Código penal. Y recordaba a todos los comparecientes que ese artículo era de obligado cumplimiento. Y no me consta que haya gente que haya sido procesada por eso, ni que haya sido ni que haya pagado con seis meses de cárcel, ni que haya pagado una multa.”

“Señalo, primera que señalo, primera que tendría que haber pagado con seis meses de prisión y haber pagado... o haber pagado una multa, que el 500 lo dice, la señora Marisa Gracia, que mintió en esta comisión, ante el pueblo valenciano, y está demostrado y archidemostrado que lo hizo. En los medios de comunicación, los documentos que han aparecido, incluso por alguna de las personas que acudió a esas reuniones preparatorios que luego se arrepintió.”

“¿Se trabajó para salvar...? Claro que sí. ¿De dónde emanaron las órdenes? Pues, del Consell, del Consell.”

A colación de esta última declaración del señor Perelló, se puede entender, que el señor Castellano Gómez mantenían relaciones cotidianas con el Consell, sin llegar a señalar el contenido de las reuniones y sin descartar que en ellas se abordaran temas relacionados con la Comisión de Investigación celebrada en el año 2006.

En este sentido, el propio Sr. Castellano relató lo siguiente:

“Usted pregunta concretamente qué es lo que estoy haciendo. Responder con mucha concreción a todas las preguntas y ahí está el Diario de Sesiones. Si yo me reuní con el presidente de La Generalitat o con el conseller o con miembros del gobierno para hablar de esas cuestiones. Hombre, ahí voy también. No sé si no me hubiera reunido para hablar con el conseller de infraestructuras, con el señor presidente y tal o mi grupo parlamentario hubiera sido mi responsabilidad supina. Otra cuestión sería de una irresponsabilidad total y absoluta. ¿Por qué? Porque evidentemente hay que aclarar unas cosas, hay que debatir unas cosas y, por tanto, lógicamente, tienes que... Como usted, me imagino, que se reunirá con su vicepresidenta o su grupo se reunirá cuando se traten cuestiones, llamarán a los altos cargos o llamarán a quien sea para lógicamente hacerlo. Es que no hacerlo, no hacerlo, lógicamente, creo que estaría y sería una negligencia en este caso por parte del que no lo haga.”

De la misma manera que el señor Castellano confirmó que las reuniones con el Consell eran habituales como grupo que apoyaba al entonces President de la Generalitat, señor Camps, en su comparecencia de fecha 16 de mayo de 2016, lo ratificó.

3. Relación Partido Popular, Grupo Parlamentario Popular, FGV y Consell

Es importante destacar como se confundían los intereses del Partido Popular con los de la empresa pública, en uno de los informes elaborado por parte de H&M Sanchis para la preparación de la comisión de investigación de 2006, se indicaba que:

“Es interesante que tenga presente para que, una vez aprobado lo que definitivamente FGV vaya a contestar sobre cada tema, es que las contestaciones coincidan con lo que puedan decir otros comparecientes citados por el PP, por lo que sería interesante que las concretaran con los interesados para que queden totalmente coordinadas todas las intervenciones del personal de FGV y de la conselleria.”

La relación de los informes elaborados por parte de H&M Sanchis para FGV en relación al Partido Popular se contemplan tanto en el Informe elaborado para la reunión del 25 de julio, como el Informe titulado “ORDEN DEL DÍA. REUNIÓN MANTENER CON FGV. DÍA 13 DE JULIO DE 2007” en el que se puede leer: “Tras el resultado de las elecciones en las que el PP ha demostrado tener un apoyo muy mayoritario por parte de la sociedad valenciana, ahora ha llegado el momento de empezar a trabajar para lograr ganar las elecciones dentro de 4 años”.

Por otra parte, Marisa Gracia, afirmó en la comisión del 21 de enero de 2016:

“En cuanto a reuniones con Serafín Castellano o con otros grupos parlamentarios, pues yo no me he reunido para hablar con ellos en absoluto excepto en una reunión que nos convocó el conseller en la conselleria y a la que, bueno, pues asistieron algunos diputados y en concreto estaba el señor Castellano, pero para nada más que para explicar un poco lo que había ocurrido y ya está. Yo fui a esa reunión y nunca más he vuelto a hablar de esos temas. (...) En cuanto a la reunión que me planteaba usted de HM. . . , ay, perdón, del conseller y tal, yo no me reuní con el Consell, en ningún momento. Yo con la única persona que tenía relación del Consell era con mi presidente del consejo de administración, que era el conseller de infraestructuras. Era con el único que yo tuve relación en todo el tiempo del accidente. Y es cierto que en una reunión en el despacho del conseller estaba Serafín Castellano. ¿Por qué? No lo sé. Yo no convoqué esa reunión, ¿vale? Punto.”

Por último, el señor Arturo Rocher indicó que posteriormente al cierre de la comisión de 2006, se celebraron dos comidas, una con miembros de FGV y otra a la que asistió el conseller coincidiendo con el cierre de la comisión de investigación del 2006. Concretamente, Rocher dijo en la comisión de 12 de febrero de 2016:

“En cuanto a las celebraciones, realmente no hubo una comida, hubo dos. Hubo una primera comida (...)ahí nos citaron a todos los que de una forma directa o indirecta habíamos participado en la comparecencia, es decir, la lista que he comentado hace unos minutos con alguna incorporación más de gente de conselleria (...) hubo una segunda comida, donde acudimos los comparecientes, estrictamente los comparecientes, el conseller García Antón y Vicente Dómine. (...) el conseller lo que vino a decirnos o agradecer nos es pues, bueno, nuestras comparecencias, sin más, fue algo muy sencillo y muy simple. (...) En cuanto al trato o la relación que había entre Dómine y Marisa Gracia, sí que jerárquicamente Marisa Gracia dependía de Vicente Dómine. Esa es la teoría. Luego, la realidad no era así y no era así porque debido a esa mala relación lo que hacía Marisa Gracia sistemáticamente es puentear a Vicente Dominé.”

Por tanto, hubo comunicación directa entre el Grupo Parlamentario Popular con el Consell (incluyendo la posibilidad de tratar también cotidianamente lo relativo a la comisión), quien a su vez mantenía contacto con FGV. Al mismo tiempo, FGV tenía conexión directa con el Grupo Parlamentario y concretamente en cuanto al accidente, seguían directrices elaboradas por H&M Sanchis.

En este sentido, la señora Gracia indicó, en la sesión del 21 de enero de 2016, que:

“La propuesta de mi nombramiento la hace el conseller de entonces, el conseller de infraestructuras y transportes, José Ramón García Antón, en el consejo de administración. (...) En cuanto a las razones para no dimitir (...) hubo una conversación con mi conseller, José Ramón García Antón. (...) Él fue el que me dijo: “No te vas a ir y esto lo vamos a llevar entre los dos.” Esas fueron las palabras del conseller y yo me limité a seguir trabajando con él, como había trabajado hasta ese momento. (...) Y es el conseller el que me pide que yo esté ahí, y estoy ahí y nada más.”

Tras estas consideraciones, finalmente resulta que si comparamos el contenido de estos informes con las intervenciones de las personas que comparecieron en la comisión de 2006, existe una coincidencia entre el argumentario que elaboró H&M Sanchis y lo que resultó de las mismas, que señalaban como únicas verdades a trasladar en la comisión de 2006 las siguientes:

- Que lo ocurrido el 3 de julio de 2006 fue un accidente.
- Que la causa de este accidente fue un exceso de velocidad.
- Que este exceso de velocidad no podía ser atribuido a ninguna deficiencia técnica, ni a ninguna dejación de responsabilidades, ni a ningún incumplimiento de acuerdos.
- Que la línea 1 era segura.
- Que en la línea 1 se ha llevado a cabo en los últimos 5 años un plan de mejoras.
- Que en la línea 1 se va a llevar a cabo en los próximos 5 años un plan de mejoras.
- Que esos planes de mejoras se están cumpliendo escrupulosamente.

Así pues, se puede concluir, en cuanto a la comisión de investigación de 2006, que las conclusiones del Dictamen coinciden con el contenido de los Informes elaborados por H&M Sanchis.

Por lo que se constata que, el Consell, hizo seguimiento y estableció una estrategia comunicativa que englobara la forma de proceder conjunta del Partido Popular, de su grupo parlamentario, del Consell y de FGV, teniendo como finalidad la manipulación de la comisión del 2006 con el objetivo de no asumir las responsabilidades políticas y penales correspondientes.

V. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN. DEPARTAMENTOS DE FGV

GERENCIA: STAFF

En el momento del accidente de metro de la línea 1, la Directora Gerente de FGV era Marisa Gracia Giménez. Ocupaba dicho cargo de gobierno desde septiembre del año 2003, como consta el Acta de la Sesión del Consejo de Administración de la Entidad “Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana” celebrada el uno de septiembre de 2003: *“el Sr. Presidente del Consejo propone el nombramiento de D^a María Luisa Gracia Giménez, como Directora Gerente de FGV, manifestando que la persona propuesta es Economista y que ha acreditado su valía en otros puestos anteriores como el Hospital General o la Gerencia del Instituto Valenciano de la Vivienda”*.

Asimismo, en dicha Acta se recoge el otorgamiento de poderes y delegaciones en la Directora Gerente. Las facultades de la Directora-Gerente quedan enumeradas en el artículo 15 del Estatuto de FGV:

1. Las funciones directivas de todos los servicios de Ferrocarriles de la Generalitat Valenciana.
2. La puntual y correcta ejecución de los acuerdos del Consejo de Administración.
3. La iniciativa, dirección, gestión, administración activa e inspección de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana, dentro de la esfera de atribuciones que le señale o le confíe el Consejo de Administración y el Presidente, pudiendo tener en su caso la representación de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana para el ejercicio de toda clase de acciones y recursos.
4. El ejercicio de las acciones y recursos en caso de urgencia, dando cuenta posteriormente al Consejo.
5. La jefatura superior de todos los servicios, incluso de los complementarios o accesorios a la explotación ferroviaria, así como de todo el personal de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana.
6. Proponer al Consejo de Administración el organigrama funcional, el nombramiento y cese del personal directivo de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana, así como la contratación y cese del personal fijo.

7. La contratación del personal eventual.
8. Formular el Anteproyecto de Presupuesto y Memoria de Gestión Anual con las particularidades del ejercicio, datos estadísticos, balances de situación, cuentas y resultados.
9. El ejercicio de las facultades que el Consejo de Administración o el Presidente le deleguen.

Se le asigna, además, el ejercicio permanente de la administración y gestión de la empresa, así como las siguientes facultades ejecutivas:

- Constituir, modificar o extinguir, abrir o cancelar cualquier clase de cuentas corrientes, cuentas de crédito o libretas de ahorro [...].
- Constituir o celebrar, aceptar, reconocer, modificar, ratificar, extinguir o cancelar toda clase de préstamos, siempre que hayan sido previamente aprobados por el Consejo de Administración [...].
- Reclamar, pagar y cobrar, cuantas cantidades o valores se adeuden a la Entidad, por particulares u organismos públicos o privados, que pudieran corresponder a FGV [...].
- Representar a FGV e intervenir en nombre de la Entidad en el concepto que sea necesario ante cualquier clase de oficina o dependencia bien sea comunitaria o de la Administración Pública Central, Autonómica, Local o Institucional [...].
- Representar a FGV en cuantas operaciones y negocios jurídicos estén relacionados con la administración y gestión de sus bienes muebles e inmuebles, con su actividad de transporte o con actividades complementarias [...].
- Comparecer y concurrir, así como convocar cualquier clase de licitación, concurso o subasta; celebrarlo y formalizar pliegos de base fijando las condiciones de los mismos [...].
- El ejercicio de las facultades de contratación laboral y cese del personal fijo no directivo [...].

- Suscribir y formalizar en nombre de FGV toda clase de contratos (obras, servicios, suministros etc.) y negocios jurídicos, cualquiera que sea su objeto y siempre que el precio unitario de cada uno de ellos sea inferior a 601.012€ [...].

En el Acta de la Sesión del Consejo de Administración de la Entidad “Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana” celebrada el 10 de diciembre de 2003, se amplían las facultades delegadas a favor de la Directora-Gerente. Se amplían los poderes de Gerencia en contratación de personal. Concretamente, se incrementa la delegación de facultades a la contratación, nombramiento y cese del personal directivo de la Entidad.

En la reunión celebrada el día 11 de noviembre de 2005 se acuerda, además, por unanimidad, la refundición de poderes otorgados a la Directora Gerente. Así pues, entre sus funciones destacan las relacionadas con “autorización de adquisiciones y contratos”, “proveer el desenvolvimiento de la tesorería con adecuada previsión, ordenación y escalonamiento de cobros y pagos conforme a las normas comerciales”, “acordar el ejercicio de acciones y recursos que correspondan a Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana en defensa de sus derechos”, “nombramiento y cese del personal directivo de la Entidad”.

En relación al organigrama de la Entidad, Marisa Gracia propone una modificación del mismo en la reunión celebrada el 10 de diciembre de 2003, tal y como queda recogido en el Acta. Según esta modificación dependían de la Directora Gerente las siguientes Unidades:

1. **Staff Gerencia:** se configura adicionalmente una serie de unidades “staff” de apoyo directo a la Dirección-Gerencia, que prestarán diversos servicios de ámbito general:
 - 1.1 Asesoría Jurídica: desarrolla las siguientes funciones:
 - El asesoramiento jurídico a la Gerencia y a las Direcciones en las materias de sus respectivas competencias
 - La dirección y representación judicial en defensa de los intereses de FGV ante toda clase de Tribunales

2. **Director Adjunto a la Gerencia:**

- Llevará a cabo la coordinación de todas las Direcciones de Valencia y de la Delegación de Alicante

Bajo la dependencia de la Directora-Gerente y del Director Adjunto a la Gerencia, están las siguientes Unidades:

1. Dirección Adjunta de Administración
2. Dirección Adjunta de Explotación
3. Dirección de Recursos Humanos
4. Dirección de Comunicación y Marketing
5. Dirección Corporativa de FGV

Según queda recogido en el Acta de la Sesión del Consejo de Administración de la Entidad FGV celebrada el día 30 de marzo de 2005, la Directora Gerente, Marisa Gracia, entrega a los miembros del Consejo de Administración el documento "*Propuesta de modificación del Organigrama de FGV*". En base a dicho documento, la Directora Gerente propone al Consejo la aprobación del nuevo organigrama funcional de la Entidad. El Organigrama se aprueba por unanimidad de los asistentes y, por tanto, de apoyo directivo a la Dirección-Gerencia se acuerda que prestarán diversos servicios de ámbito general:

- a) Dirección Corporativa
- b) Dirección de Asesoría Jurídica: que se encargará de los servicios legales y jurídicos de la compañía.
- c) Delegado Alicante
- d) Comunicación, Imagen y Relaciones Externas: que organizará y sistematizará los canales de comunicación externa e interna de FGV.

Según el Acta de la Sesión del Consejo de Administración de la Entidad "Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana" celebrada el día 11 de noviembre de 2005, la Directora-Gerente, con el objetivo de impulsar y potenciar la seguridad en la explotación de trenes, tranvías e instalaciones llevadas a cabo por FGV, propone la creación de un nuevo Departamento de "Análisis y Auditoría de la Seguridad en la Explotación". La creación de este Departamento se aprueba por unanimidad del Consejo.

En el Acta del Comité de Seguridad en la Circulación, de 30 de noviembre de 2005, se informa de que el Departamento de “Análisis y Auditoría de la Seguridad en la Explotación” estará en dependencia directa de Gerencia y tendrá rango de Dirección.

La Directora Gerente, Marisa Gracia asumía la jefatura superior de todos los servicios, incluso de los complementarios o accesorios a la explotación ferroviaria, así como, la capacidad para contratar, nombrar y cesar personal directivo y no directivo. Era, por tanto, la responsable última de todos los servicios que componían FGV y de todo su personal, directivo y no directivo. Dentro de sus responsabilidades estaba la de velar por el cumplimiento de los principios de la acción preventiva recogidos en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL).

Artículo 15. Principios de la acción preventiva.

“El empresario aplicará las medidas que integran el deber general de prevención previsto en el artículo anterior, con arreglo a los siguientes principios generales:

- a) Evitar los riesgos.
- b) Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- c) Combatir los riesgos en su origen.
- d) Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- e) Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- f) Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- g) Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.

h) Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.

i) Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

2. El empresario tomará en consideración las capacidades profesionales de los trabajadores en materia de seguridad y de salud en el momento de encomendarles las tareas.

3. El empresario adoptará las medidas necesarias a fin de garantizar que sólo los trabajadores que hayan recibido información suficiente y adecuada puedan acceder a las zonas de riesgo grave y específico.

4. La efectividad de las medidas preventivas deberá prever las distracciones o imprudencias no temerarias que pudiera cometer el trabajador. Para su adopción se tendrán en cuenta los riesgos adicionales que pudieran implicar determinadas medidas preventivas, las cuales sólo podrán adoptarse cuando la magnitud de dichos riesgos sea sustancialmente inferior a la de los que se pretende controlar y no existan alternativas más seguras.

5. Podrán concertar operaciones de seguro que tengan como fin garantizar como ámbito de cobertura la previsión de riesgos derivados del trabajo, la empresa respecto de sus trabajadores, los trabajadores autónomos respecto a ellos mismos y las sociedades cooperativas respecto a sus socios cuya actividad consista en la prestación de su trabajo personal”.

Los artículos mencionados hacen referencia a la obligación del empresario de prever el error humano y de dotar a la empresa de las medidas de seguridad que lo eviten así como evitar riesgos, proteger a los trabajadores de forma eficaz, entre otros. No obstante, la auditoría elaborada por Enarila refleja que la empresa FGV, cuya última responsable era Marisa Gracia, no cumplía lo establecido en la LPRL, tal y como se explica más ampliamente en el apartado de Recursos Humanos.

A.- DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN

Por otro lado, tal y como figura en el Organigrama de FGV, el área de Comunicación, Imagen y Relaciones Externas dependen directamente de la Gerencia. En este sentido, años después del accidente de la línea 1 de Metrovalencia ocurrido el 3 de julio de 2006, concretamente el domingo 19 de febrero de 2012 el diario *El Mundo* publicaba que la empresa pública Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana había contratado, tras el accidente, los servicios de la consultora H&MSanchís para preparar un informe titulado “*Reflexiones para la comparecencia en la Comisión de Investigación en las Cortes Valencianas*”, para preparar a los directivos y técnicos que debían comparecer ante la Comisión de Investigación de las Cortes Valencianas, que tuvo lugar a finales de julio y principios de agosto del año 2006.

El objetivo del informe era, tal y como dicta el propio texto, que todo el personal de FGV defendiera, de forma unánime, que lo ocurrido en la línea 1 de Metrovalencia había sido “*un accidente inevitable*”. Es más, según queda recogido en el documento el objetivo de la comparecencia:

“debe ser, le pregunten lo que le pregunten y se desarrolle como se desarrolle, transmitir a los miembros de la Comisión que lo ocurrido el día 3 entre las estaciones de Plaza de España y Jesús en la línea 1, sobre las 13 horas, ha sido un accidente cuya causa ha sido el exceso de velocidad y que este exceso de velocidad no puede ser atribuido a ninguna deficiencia técnica, ni a ninguna dejación de responsabilidades, ni a ningún incumplimiento de acuerdos, pues la línea 1 es segura”.

En la Comisión de Investigación sobre el accidente ocurrido el pasado día 3 de julio en la línea 1 de Metrovalencia, en el año 2006, los Grupos Parlamentarios preguntaron a la que fuera Gerente de Ferrocarrils de la Generalitat (FGV), Marisa Gracia, sobre la posibilidad que desde FGV se preparara una estrategia de comunicación para la Comisión de Investigación y, más concretamente sobre la existencia de este informe.

Marisa Gracia, en su comparecencia durante la citada Comisión, el día 31 de julio de 2006, desmintió que se hubieran producido reuniones para hacer una estrategia frente a dicha Comisión. Según declaró Marisa Gracia,

“yo tengo un equipo de dirección con el que, desde luego, durante este mes me he reunido muchísimas veces, pero para nada para hacer una estrategia de cara a esta comisión. Para lo que nos hemos reunido, principalmente, es para saber qué ocurrió el día 3 de julio, qué medidas íbamos a tomar, y cómo podemos resolver las cosas. Pero, desde luego, no, en absoluto para decir «hay que contestar a un grupo o no hay que contestar a otro grupo». La gente de FGV, todos los que han venido por aquí y todos los que pasarán después de mí, son gente técnica, que llevan muchos años en la casa, que hacen muy bien su trabajo y que tienen una responsabilidad dentro de la casa y que, como yo, tienen y saben que venir aquí es venir a defender a FGV, venir a defender a FGV de lo que pensamos que no se está tratando. Y no entiendan el defender a FGV como no hacer una estrategia para que no nos pillen en nada”.

Cuando los distintos Grupos Parlamentarios preguntaron a Marisa Gracia por las coincidencias en las declaraciones de todos los directivos de FGV, ella manifestó que:

“debería plantearse si es que tanta coincidencia no es que estamos diciendo la verdad. Es decir, al final lo que parece es que si no les gusta que nos contradigamos, o no les gusta que no digamos lo que ustedes quieren oír es que nos hemos puesto de acuerdo para decir algo. Y no es así”.

Cabe preguntarse sobre por qué motivos en 2006 no hizo referencia al informe elaborado por H&MSanchís. ¿Por qué se ocultó este informe en la Comisión de 2006? Si no había nada que encubrir, ¿por qué no se habló de la existencia del mismo, de por qué se elaboró y cuáles eran sus objetivos y fines?

Unos días después del accidente, con la investigación todavía en marcha, se entrega a los comparecientes un documento que contiene lo que tienen que decir y cómo lo tienen que decir. En este sentido, cabría pensar si los comparecientes no estaban cometiendo un falso testimonio.

Marisa Gracia al ser preguntada por el posible adoctrinamiento de los comparecientes, explicó que lo que pretendía el informe de H&MSanchís era explicar, a los trabajadores de FGV, qué era una Comisión de Investigación. Así, según la exgerente de FGV,

“el personal técnico de FGV no sabe qué es ni cómo funciona una Comisión de Les Corts y lo que pretendía es darles información sobre cómo va a ser la Comisión, si les van a preguntar, cómo van a tener que contestar, si van a tener tiempo, si no van a tener tiempo, cómo se van a hacer esas cosas”.

No obstante, el citado informe, contrariamente a lo manifestado, no explicaba cómo era el funcionamiento de una Comisión de Investigación, en el que podíamos leer:

“como aún no está decidido cuál va a ser el formato de la comparecencia, se desconoce el tiempo que durarán las preguntas, el tiempo que se tendrá para contestarlas, si las preguntas se realizarán directamente en la Comisión o si previamente harán llegar a cada compareciente un cuestionario por escrito y lo más importante, si habrá que contestar individualmente a cada pregunta que haga cualquiera de los grupos o se podrá contestar de manera conjunta”.

Marisa Gracia insistió en que este texto no tenía como objetivo *“decirles lo que tienen que decir”*. Sin embargo, el objetivo del informe es defender que había sido un accidente, debido a un exceso de velocidad, que no puede ser atribuido a ninguna deficiencia técnica, ni a ninguna dejación de responsabilidades, ni a ningún incumplimiento de acuerdos. Así pues, del tenor literal del informe se desprende la estrategia discursiva que debían seguir todos los técnicos y los directivos de FGV. Pero no sólo eso, además explica cómo debían comportarse

durante su intervención: que estén tranquilos, que hablen sin precipitación pero con seguridad, que digan exactamente lo mismo ante los mismos temas (sea cual sea la forma en la que les realizan las preguntas).

Como ya se ha comentado anteriormente, cuando a Marisa Gracia se le pregunta por esta cuestión, en 2006, afirmó a los portavoces de la Comisión que *“parecía que no les gustara que no dijeran lo que querían oír y que por eso defendían que se habían puesto de acuerdo”*. Contrariamente, diez años después y gracias a este documento se puede afirmar que sí se pusieron de acuerdo para contestar de la misma manera, para responder de la misma forma ante las mismas preguntas y, fundamentalmente, lo que parecía que perseguían con este informe es que se defendieran los argumentos que FGV quería imponer sobre las causas del accidente.

En esta línea, cabe destacar las declaraciones de Jorge Feo, quien fuera responsable de la consultora H&MSanchís, en el año 2006 ya que según apuntó en su comparecencia

“a partir de las preguntas que nosotros planteamos para saber cuál era el posicionamiento en el equipo directivo, en la primera reunión ellos nos las contestaron; y en la segunda reunión lo que hicimos fue ver si lo que habían dicho y lo que nosotros habíamos interpretado era lo correcto y por eso les dimos a cada una de las posibles cuestiones que podían preocupar la contestación que FGV había dicho que era lo que había ocurrido realmente”. Y añadió *“no fue un asesoramiento de los comparecientes, fue un posicionamiento de lo que [...] FGV pensaba que había ocurrido y cómo lo iba a decir, para que toda la gente de FGV dijera lo que FGV pensaba que era lo que tenía que hacer”*. Esto es, el trabajo de los consultores consistió en plasmar por escrito y en un lenguaje comprensible lo que FGV pensaba que había ocurrido.

Jorge Feo hizo hincapié en su comparecencia que fue el equipo directivo de FGV quien, de común acuerdo, le transmitieron cuál fue la responsabilidad de FGV en el accidente:

“ellos definieron lo que entendían que había pasado, y eso es lo que cogimos y pusimos sobre el papel”. “Nuestro trabajo consistió únicamente en definir lo que FGV consideraba que había pasado con relación al accidente” concluyó Feo.

Cabe destacar que este informe se redactó sin que estuviera elaborado un informe técnico que explicara qué había ocurrido, y sin contar con una investigación técnica, por lo que la empresa FGV difícilmente podía conocer con exactitud cuál era la causa (o causas) del accidente, si había ocurrido algún fallo mecánico o técnico, cuál era la responsabilidad de la empresa pública.

Resulta, en este sentido, llamativo que ni un mes después del accidente y sin un informe técnico que analizara en profundidad lo ocurrido, los directivos de FGV descartaran un fallo mecánico, una deficiencia técnica, y pudieran confirmar que no se había producido ninguna dejación de responsabilidades por parte de la empresa.

De otro lado, los epígrafes del informe “Contestaciones a las posibles preguntas de la comparecencia en la Comisión de Investigación en las Cortes Valencianas”; “Posibles preguntas a realizar desde el Partido Popular”; y “Posibles preguntas a realizar desde los Grupos de la Oposición” demuestran que el objeto del informe era el de preparar los interrogatorios a fin de unificar las respuestas de los comparecientes, con independencia de cuál fuera la versión que cada técnico pudiera dar en su intervención en la Comisión de Investigación.

Así pues, varios directivos de FGV han reconocido, en la actual Comisión de Investigación, la existencia de una serie de reuniones preparatorias para la Comisión de Investigación del año 2006. Uno de ellos es Juan José Gimeno, exdirector del Departamento de Análisis y Auditoría de la Seguridad en la Explotación, quien reconoció durante su comparecencia en la Comisión de 2016 que se llevaron a cabo reuniones para intentar responder preguntas. También Dionisio García Gómez, exdirector de Recursos Humanos de FGV, reconoció que *“hubo una empresa que estaba trabajando en FGV que se*

reunió con la gente que iba a la comisión”. Y Sebastián Argente, exjefe de la Línea 1 de Metrovalencia, que reconoció que la empresa participó en las reuniones y que el método de las mismas era “una historia de preguntas, respuestas”. Si bien es cierto que todos ellos negaron que esas reuniones sirvieran para aleccionar o adoctrinar.

En este sentido, el directivo que explicó en qué consistieron las reuniones, la dinámica de las mismas, la estrategia y cómo se desarrollaron fue Arturo Rocher, exjefe del servicio de seguridad de Metrovalencia. Según su testimonio, las reuniones se prepararon en el despacho de Marisa Gracia.

“Ya se partía de la base de que nos presionaron, metiéndonos miedo, diciendo que a ver cuidado de lo que sale de aquí, porque lo menos que nos puede pasar es que acabemos despedidos de la empresa o terminemos en la cárcel. Y ese fue el punto de partida de las reuniones, con lo cual fue una forma de presionarnos, ya de inicio, para trabajar las comparecencias que posteriormente se iban a decir”.

Tal y como explicó Arturo Rocher

“en la preparación de estas comparecencias hubo una serie de cuestiones que se nos dijeron que teníamos que decir y otras que, terminantemente prohibido, no se podían decir. Había palabras tabú [...] baliza, deficiencia, etcétera, etcétera, que teníamos terminantemente prohibido utilizar”. Asimismo, añade “en cuanto al aleccionamiento, adoctrinamiento con respecto al accidente, yo creo que, a día de hoy, a nadie le cabe la menor duda que fue así [...]. Es que la propia documentación que ellos nos aportaron es absolutamente clara”.

En cuanto a la dinámica de las reuniones, según Rocher

“una de las cuestiones que se preparaban era una serie de baterías de preguntas en las que..., además, la mayoría de ellas estaba en los formularios, en la documentación, en la que, uno por uno, iban

lanzando esas baterías de preguntas y nos iban preguntando a cada uno de los comparecientes”.

En definitiva, según el exjefe del servicio de seguridad de Metrovalencia las reuniones preparatorias de la Comisión de Investigación sí tenían como fin primordial el aleccionamiento y el adoctrinamiento, y apela al documento elaborado por H&MSanchís como fundamento de sus declaraciones puesto que recoge cuál debe ser el objetivo de las comparecencias, qué deben defender *“le pregunten lo que le pregunten”*, cómo deben responder y actuar etc.

Por último, cabe añadir que tal y como señaló Noé Gutiérrez, responsable de la asesoría jurídica de FGV, durante su comparecencia en la Comisión de Investigación de 2016, *“el tema de H&MSanchís se gestionaba a través del departamento de Comunicación y directamente a través de Gerencia”*. Era, por tanto, Marisa Gracia quien, según explica el asesor jurídico de FGV, mantenía relación directa con la consultora H&MSanchís, encargada de elaborar el informe preparatorio de la Comisión.

Después de la Comisión de 2006 H&M Sanchis continuó llevando a cabo informes para FGV relativos al accidente en la línea 1 de Metrovalencia, como el informe titulado *“ORDEN DEL DÍA REUNIÓN A MANTENER CON FGV. DÍA 11 DE SEPTIEMBRE DE 2006”*, donde se incluía como punto *“Propuesta de estrategia de comunicación para FGV a partir del tratamiento recibido por los medios de comunicación y del comportamiento de algunas personas o colectivos tras el accidente del día 3 de julio (según el punto 2 de la reunión de progreso del pasado 4 de septiembre)”*.

En este punto se establecía que *“La oposición lo que quiere es seguir intentando que además de sus acérrimos partidarios la sociedad sustente sus tesis”*.

De igual forma, nos encontramos con el informe del *“ORDEN DEL DÍA REUNIÓN MANTENER CON FGV DÍA 13 DE JULIO DE 2007”* donde se hablaba de *“trabajar para lograr ganar las elecciones dentro de 4 años”*, indicándose *“Nosotros queremos insistir en que sería fundamental que durante*

los próximos 4 años, desde todos los estamentos (Consellería, Gobierno, Grupo parlamentario, Partido...) se hablara de la confianza que se tiene en el proyecto de FGV y, de una vez por todas, podamos dejar de hablar de situaciones personales para hablar de proyecto”.

Asimismo en el “*ORDEN DEL DÍA. REUNIÓN A MANTENER CON FGV. DÍA 25 DE JUNIO DE 2008*”, se incluyó como apartado “*II ANIVERSARIO DEL ACCIDENTE DE LA LÍNEA 1*” al igual que en el “*ORDEN DEL DÍA. REUNIÓN A MANTENER CON FGV. DÍA 26 DE JUNIO DE 2009.*” se incluyó “*tercer aniversario del accidente*”.

En este informe se vuelve a constatar cómo las afirmaciones que FGV establecía en los mismos nacían de un consenso con la propia FGV, al indicarse “*Con fecha 2 de junio les hicimos llegar el documento titulado “Reflexiones sobre el argumentario de la Línea 1 en el marco del tercer aniversario del accidente”, del cual no hemos tenido ningún tipo de comentario, pero que como siempre estamos a su disposición para poder ampliar o corregir cualquier cuestión que consideren adecuada*”.

Igualmente en el punto “*ORDEN DEL DÍA. REUNIÓN A MANTENER CON FGV DÍA 2 DE SEPTIEMBRE DE 2009*”, volvió a estar incluido como epígrafe 1 “*Repercusión del tercer aniversario del accidente*”, iniciándose este punto con la afirmación “*es un tema que afortunadamente ha estado adecuadamente gestionado por FGV y por el PP*”.

H&M Sanchis continuó incluyendo el accidente en puntos de sus órdenes del día con FGV y en sus informes al respecto, hasta 2011, incluyéndose la estrategia a seguir en la “*reunión del President con la Asociación de Víctimas*” en el orden del día de la reunión del 26 de septiembre de 2011, y el “*Posicionamiento de los medios tras la reunión de la Asociación de Víctimas del Accidente*” en la del 11 de noviembre de 2011.

Por otro lado, cabe señalar que la dirección de FGV trabajaba con la empresa de análisis de imagen Mirror, en concreto elaboró un Informe sobre presencia Pública de Ferrocarriles de la Generalitat Valenciana, con el fin de analizar el impacto en los medios de comunicación del accidente de metro.

Según la metodología del texto, la responsabilidad última del accidente aparece como principal elemento a la hora de clasificar las informaciones como positivas, negativas o neutras. Según este criterio “aquellas informaciones que culpan a la administración aparecen clasificadas como negativas”. El Informe, por tanto, tenía como objetivo examinar cómo había sido el tratamiento informativo de los medios en relación a si responsabilizaban o no a la empresa y al Consell del accidente.

En las conclusiones, el Informe diferencia dos periodos en la cobertura informativa. El primero (desde el accidente hasta la declaración de García Antón en Les Corts) se valora favorablemente dado que destacan los mensajes lanzados por la empresa y el Consell. El segundo (desde la declaración hasta la comisión de investigación) se cierra, según el Informe, “con una victoria muy ajustada para la oposición”, aunque desde la empresa el mensaje continúa siendo claro y eficiente: la velocidad como causa única y la seguridad garantizada. El documento concluye, igualmente, que los directivos de FGV, García Antón y Marisa Gracia, realizaron una buena labor durante la crisis.

Este documento evidencia el interés tanto de la dirección de FGV como del Consell de averiguar si los medios, en general, habían seguido la estrategia argumental que habían orquestado (la velocidad como causa única y la seguridad garantizada) o si, por el contrario, responsabilizaban a la empresa y al Consell de lo ocurrido.

B.- DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y AUDITORÍA DE LA SEGURIDAD EN LA EXPLOTACIÓN (DAASE)

El Departamento de Análisis y Auditoría de la Seguridad en la Explotación (DAASE) se crea en la reunión del Consejo de Administración de FGV, del 11 de noviembre de 2005. En la citada reunión, la Directora Gerente de FGV trasladó que *“con el objetivo de impulsar y potenciar la seguridad en la explotación de trenes, tranvías e instalaciones llevadas a cabo por FGV, se considera conveniente la creación de un nuevo Departamento”* que, bajo el título de Análisis y Auditoría de Seguridad en la Explotación, llevará a cabo las siguientes tareas:

1. Análisis de las causas de incidentes o conatos, con el fin de emitir los correspondientes informes y proponer, si procede, medidas que puedan evitarlas.
2. Analizar los puntos potencialmente peligrosos de la Red (puntos negros) y proponer acciones para la mejora de los mismos.
3. Analizar, con los departamentos correspondientes, las nuevas instalaciones o la modificación de las existentes.
4. Estudio con los diferentes departamentos de las acciones de mejora propuestas, verificando su incorporación.
5. Análisis de las normas y protocolos de la seguridad en la explotación.
6. Verificar (auditar) el cumplimiento de normas y protocolos en las incidencias.
7. Verificar (auditar) el cumplimiento de normas de actuación en el funcionamiento habitual de los diferentes departamentos, en cuanto afecta a la seguridad:
 - a) Formación y habilitación del personal
 - b) Funcionamiento de sistemas de seguridad
8. Comprobar la validez de las mejoras realizadas y su efectividad en servicio.

Marisa Gracia transmite al Consejo su intención de nombrar como Jefe del nuevo Departamento a Juan José Gimeno, el que fuera jefe de las Líneas 3 y 5.

El 30 de noviembre de 2005, en reunión del Comité de Seguridad en la Circulación, la Directora Gerente presenta al responsable del nuevo departamento e informa al Comité que dicho departamento dependería directamente de Gerencia.

En esta misma reunión, Marisa Gracia explica que

“sus dictámenes deberán ser atendidos en la medida en que sea factible, y destaca que lo más importante de esta actuación es la nueva línea de trabajo que inicia y la nueva perspectiva que implica en cuanto al tratamiento de los asuntos relacionados con la seguridad de la explotación de FGV”.

El 12 de febrero de 2013, en una reunión del Consejo de Administración, se redefine la Dirección de Análisis y Auditoría de la Seguridad en la Explotación como Área de Seguridad en la Explotación, sin producirse ninguna modificación en sus funciones.

El 3 de septiembre de 2015, pasa de ser un área consultiva a ser un área ejecutiva, sin que se modifiquen sus funciones.

Tal y como se ha mencionado *ut supra*, la DAASE se constituyó en noviembre de 2005. El primer expediente fue emitido en enero de 2006. Desde su creación hasta el accidente el día 3 de julio de 2006, la DAASE elaboró 30 expedientes.

En relación al accidente del 3 de julio de 2006, la DAASE colaboró únicamente en la confección y recopilación de información para el Juzgado, Policía Científica, Comité de Seguridad en la Circulación, y otros organismos que así lo solicitaron, pero no intervino directamente en la investigación.

La DAASE tramitó expedientes, desde el 1 de enero hasta el 31 de junio del 2006, en los que, en general, se recogen los siguientes apartados:

- Código de incidencia
- Actuaciones inmediatas

- Informe definitivo
- Propuesta
- Opinión de las unidades afectadas
- Valoración de daños
- Anexos

Los expedientes de la DAASE recogen unidades averiadas, caída momentánea del CTC, cortes de cables de señalización y de comunicaciones debido a una excavadora, barreras que se levantan intempestivamente, descarrilo parcial producido por la inclinación de un tranvía a causa de la velocidad excesiva, rebase indebido de una señal, apagón eléctrico en una estación (la estación quedó completamente a oscuras con todos los servicios: escaleras, ascensores... parados), descarrilo de dos unidades y la colisión de la segunda unidad sobre el lateral de la primera, localización de materiales en medio de la vía (lo que obligó al maquinista a accionar el frenos de emergencia), trabajos en la vía sin que se encontraran correctamente señalizados, descarrilo al efectuar la maniobra como consecuencia del talonamiento de la misma, rebase de una señal debido a un error del maquinista (al no obedecer la indicación de parada de la señal), descarrilo en el depósito de Naranjos, arrollamiento a la entrada de una estación (resultando una persona herida grave), entre otras incidencias.

Los expedientes reflejan que la DAASE tenía experiencia en el análisis de incidencias y, concretamente, tenía experiencia en el análisis e investigación de incidentes y accidentes que tenían como causa el exceso de velocidad. El 30 de enero de 2006, se investigó *“el enganchón de catenaria”* que se produjo por la *“inclinación de un tranvía a causa de la velocidad excesiva en la curva”*. Según el expediente fueron los propios postes de catenaria los que, posiblemente, evitan que la inclinación del tranvía sea mayor.

El 1 de marzo de 2006, se estudia *“el descarrilamiento de las dos unidades de la composición y la colisión de la segunda unidad sobre el lateral de la primera”*. Según dicta en el informe definitivo del expediente *“concluimos que el accidente ha sido causado por la entrada de los tranvías [...] a una velocidad*

excesiva”. De otro lado, en mayo de 2006 se investiga el rebase de una señal. Según el expediente, *“el incidente ha sido causado por un error del Maquinista del tren [...] actuando éste por exceso de velocidad”*.

Así pues, a pesar de que entre las funciones de la DAASE se encuentra analizar las causas de incidentes o conatos, y que previamente había investigado incidentes o accidentes cuya causa también era el exceso de velocidad, no se le encargó, por la Gerencia, tramitar ningún expediente, ni elaborar ningún tipo de informe sobre el accidente del 3 de julio.

Marisa Gracia reconoce, en la Comisión de Investigación de 2016, que la creación de la DAASE es decisión suya. Según declaró *“yo vi que dentro de la organización faltaba alguien que fuera ajeno a la parte de explotación, o sea a la parte de circulación y explotación, que pudiera tener una opinión y pudiera estudiar con más objetividad las cosas que ocurrían allí”*. Y añade *“yo me doy cuenta de que eso es bueno y que se debe de hacer a raíz del accidente de Paiporta y de las reuniones del Comité de Seguridad en la Circulación”*. Marisa Gracia admite que necesitaba a alguien que estudiara las cosas desde un punto de vista ajeno. Así pues, la Gerente de FGV dice que su objetivo era estudiar los problemas y las incidencias *“para evitar que esas incidencias sean otra cosa, y lo voy a hacer desde una manera mucho más objetiva que el que está todos los días sacando los trenes”*.

En relación al nombramiento de Gimeno Barberá como director de la DAASE, Marisa Gracia explica en su comparecencia, en 2016, que:

“era una persona que había estado muchos años en FGV, que conocía perfectamente las líneas porque había sido jefe de línea, que conocía perfectamente la explotación tanto de Alicante como de Valencia porque había sido responsable en Alicante de la explotación y era un ferroviario con mucha experiencia para hacerse cargo de ese departamento”.

Sobre el funcionamiento de la DAASE, Gimeno Barberá, durante su comparecencia en la Comisión de 2016, explicó que a lo largo de los años siguientes (a la creación del departamento) *“se desarrolló un sistema de gestión de la seguridad, basado fundamentalmente en el análisis de riesgos, y esto conllevó el establecimiento de inspecciones periódicas y demás”*. En el momento del accidente, tal y como manifestó, *“no teníamos ni siquiera los procedimientos establecidos”*.

Desde el inicio lo que sí existe, según Gimeno Barberá, es la necesidad de

“analizar cada uno de los incidentes que ocurría. En los análisis de estos incidentes sí que se fijaba qué niveles se estaban encontrando de seguridad, o qué niveles se estaban encontrando de fallos para proponer soluciones”.

En este sentido, cabe destacar que según manifestó el que fuera director de la DAASE, *“efectivamente este no lo analicé”*, refiriéndose al accidente de metro ocurrido el 3 de julio de 2003. Y añadió *“no lo analicé porque me dijeron expresamente que no lo analizara y porque nombraron un instructor diferente a mí para que instruyera el análisis de este accidente. Exactamente asesoría jurídica”*.

Gimeno Barberá justifica que no se encargara a la DAASE la elaboración del expediente del accidente del 3 de julio en el hecho de que él llevaba muy poco tiempo en el puesto, por lo tanto, según apunta:

“tenía poca experiencia y también era un caso extremadamente grave. Y, por lo tanto, pues, se justificó en que podía no ser adecuado que lo hiciera yo por mi poca experiencia en ese momento y que pudiera ser gente con mayor experiencia y mayor, digamos, implantación dentro de la dirección de FGV, quien llevara a cabo estos análisis. Y yo lo acepté”.

En esta misma línea, el responsable del departamento Jurídico de FGV, Noé Gutiérrez, alega durante su comparecencia en la Comisión de Investigación de 2016, que

“la unidad de la DAASE se había creado en la reunión del Consejo de Administración de finales de 2005, llevaba operativa 5 meses aproximadamente. Contaba con pocos medios personales y materiales y lo que me comentó la Gerente fue que había hablado con el responsable de la DAASE y que incluso éste le había participado el que mejor que fuera desde la asesoría jurídica. Si hay otros motivos yo no lo sé, se trataba de investigar en la medida de lo posible todas las cuestiones que se pudieran coexistir y desde el punto de vista de que desde la asesoría jurídica estábamos en contacto con la Policía científica y el Juzgado parecía que era más factible”.

Así pues, según indica Gimeno Barberá *“no lo analicé porque me dijeron expresamente que no lo analizara”* y concluye *“y yo lo acepté”*. Contrariamente, Noé Gutiérrez, en su comparecencia en la Comisión, explica que fue el propio Gimeno Barberá quien le indicó que era mejor que se hiciera desde la Asesoría Jurídica.

Noé Gutiérrez justifica que se llevara a cabo desde la Asesoría Jurídica porque estaban en contacto con la Policía científica y el Juzgado.

Gimeno Barberá justifica que la DAASE no investigara el accidente apelando a la falta de experiencia, cuando Marisa Gracia lo describe como un profesional de dilatada experiencia en la empresa pública. Asimismo, Gimeno Barberá hace referencia a que él no tenía una gran implantación dentro de la dirección de FGV si bien Marisa Gracia apunta a que era *“una persona que había estado muchos años en FGV, que conocía perfectamente las líneas porque había sido jefe de línea, que conocía perfectamente la explotación tanto de Alicante como de Valencia porque había sido responsable en Alicante de la explotación y era un ferroviario con mucha experiencia para hacerse cargo de ese departamento”*. Así pues, contaba con una amplia experiencia, conocía las líneas de FGV porque había sido jefe de línea y conocía perfectamente la explotación.

Marisa Gracia decide que sea el departamento Jurídico, cuyo cometido no es elaborar expedientes técnicos tras los accidentes o incidentes ocurridos en las líneas de FGV y, por lo tanto, no tenía experiencia para realizar este tipo de trabajos, quien elabore el informe sobre el accidente y impidiendo que lo hiciera la DAASE por “*falta de experiencia*”.

C.- ASESORÍA JURÍDICA

Marisa Gracia, gerente de FGV, propone una modificación del organigrama de la Entidad en la reunión del Consejo de Administración, celebrada el 10 de diciembre de 2003, tal y como queda recogido en el Acta de la misma. Según esta modificación dependía de la Directora Gerente la Asesoría Jurídica que desarrolla las siguientes funciones:

- El asesoramiento jurídico a la Gerencia y a las Direcciones en las materias de sus respectivas competencias
- La dirección y representación judicial en defensa de los intereses de FGV ante toda clase de Tribunales

Según queda recogido en el Acta de la Sesión del Consejo de Administración de la Entidad “Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana” celebrada el día 30 de marzo de 2005, la Directora Gerente, Marisa Gracia propone un nuevo organigrama funcional de la Entidad. Según el mismo, presta servicios de apoyo directivo a la Dirección-Gerencia, entre otros, la Dirección de Asesoría Jurídica que, tal y como queda plasmado en la propuesta, se encargará de los servicios legales y jurídicos de la compañía.

El responsable del departamento jurídico de FGV, en el momento del accidente, era Noé Gutiérrez, tal y como él mismo indicó en la Comisión de Investigación de 2016 y el departamento, como explicó, “*dependía directamente de la Gerencia de la entidad*”.

Según dicta el Acta del 30 de marzo de 2005, no es, por tanto, competencia de la Asesoría Jurídica, ni se encuentra entre sus funciones, elaborar Expedientes informativos tras accidentes o incidentes ocurridos en las distintas líneas de

FGV. Sin embargo, después del accidente de metro, como se ha indicado en el apartado precedente, Marisa Gracia encomendó a la Asesoría Jurídica de FGV la elaboración del *“Expediente informativo incoado con motivo de: descarrilo del tren 2060, compuesto por las UTAs 3736-3714 ocurrido entre las estaciones de Plaza España y Jesús de la Línea 1 de FGV el día 3 de julio de 2006”*.

De hecho, el instructor, Noé Gutiérrez, confirma en la Comisión que *“la Gerencia me designa instructor del expediente sobre el accidente y así consta en el propio expediente que está firmado por Marisa Gracia”*.

Según queda recogido en la portada, las actuaciones dieron comienzo el día 5 de julio de 2006 y se dieron por terminadas el día 22 de febrero de 2007. El instructor del Expediente es D. Noé Gutiérrez González, que desempeña el cargo de director de asesoría jurídica, y el secretario es D. Álvaro Martín Serralta, que desempeña el cargo de responsable de equipo de Administración y control – secretario de dirección.

El Informe cuenta con 225 páginas y no tiene índice, ni conclusiones. La primera página recoge los hechos:

“El día de julio de 2006, a las 13:02 h aproximadamente, el tren 2068 (3736-3714), procedente de Lliria y con destino Torrent Avinguda, sufre un descarrilo en el p.k. 19/750, cuando circulaba entre las estaciones de Pl. España y Jesús, resultando 41 fallecidos y 43 heridos de diversa consideración, así como importantes daños en el material ferroviario, equipos de vía y comunicaciones, que los servicios de mantenimiento valorarán. A la llegada de la curva de entrada a Jesús, descarrila la primera unidad (3736), dicha unidad vuelca sobre su lado izquierdo, desplazándose lateralmente sobre las vías. La unidad de cola (3714) también sufre el descarrilo del bogie A, sin llegar a volcar [...]”.

Cabe señalar que la descripción de los hechos se debió realizar en los momentos posteriores al desastre dado que las cifras finales de víctimas y de heridos no son las que resultan en el Informe.

A continuación, se detalla el aviso al Centro de Emergencias y se explica el procedimiento que se siguió: evacuación de cadáveres y trabajos de retirada de material. Asimismo, se explica que la circulación de los trenes de la Línea 1 se restableció el día 5 de julio y se dan los nombres tanto del maquinista como de la interventora. Este documento, con el que se inicia el Expediente informativo, lo firma la Asesoría Jurídica.

Seguidamente, se recopilan las diligencias del secretario para hacer constar qué documentos y qué solicitudes de información y de documentación se incorporan al expediente. Entre la documentación que se solicita, desde la asesoría jurídica, se encuentra la hoja de matrícula del trabajador D. Joaquín Pardo Tejedor; la formación teórico-práctica impartida a dicho trabajador; revisiones sobre la unidad ferroviaria involucrada; averías registradas en la unidad durante el último año; informe técnico sobre la situación que presentaba la citada unidad tras el accidente, con especial énfasis en el estado de los elementos básicos para la circulación, características técnicas de la curva en la que ocurrió el accidente; estado de la vía en dicho punto, así como tareas de conservación y mantenimiento llevadas a cabo en el último año. También se solicita documentación relacionada con la lectura de la caja negra de la unidad accidentada; la lectura de registro FAP de la unidad accidentada; informe técnico sobre el estado definitivo del tren, con indicación expresa acerca de si existe constancia de rotura de rueda(s) o de cualquier otro elemento básico para la circulación de éste, entre otras.

El expediente recoge, igualmente, documentación recibida y que se incorpora como: la hoja de matrícula del maquinista, el informe laboral, la ficha del curso de formación "Habilitación a maquinistas para la Línea 1", relación de horas de prácticas de conducción, entre otros sobre la formación y la experiencia del maquinista del tren accidentado. Así como reportaje de once fotos sobre la situación del material perteneciente a las unidades siniestradas; el Informe "UTA FGV cálculo de vuelco de tren" realizado por CAF (Construcciones y Auxiliar de Ferrocarriles); cinco Actas del Comité de Seguridad en la Circulación.

El expediente también incorpora la transcripción de tres maquinistas de FGV; el acta de la sesión del Consejo de Administración de FGV celebrada el 18 de julio de 2006; las medidas cautelares en relación al tren accidentado; el *“Informe técnico policial sobre las causas del descarrilamiento en la Línea 1 del metro de FGV, entre las estaciones de Pl. de España y Jesús, hecho ocurrido el día 03/7/2006 con el resultado de múltiples personas fallecidas”*, elaborado por el Grupo Básico de Actuación en Grandes Catástrofes de la Brigada Provincial de la Policía Científica y el *“Documento de Síntesis sobre el accidente ferroviario ocurrido en Valencia en la Línea 1 de FGV el 3 de julio de 2006”* elaborado por profesores de las Universidades Politécnicas de Madrid, Barcelona y Valencia, entre otros.

Toda la información solicitada y recogida en el Expediente, sin embargo, no se analiza. Por tanto, el Expediente es una recopilación de Informes, de documentos, de solicitudes unidas sin ningún tipo de explicación, análisis, ni examen. No hay un hilo conductor que trate de explicar lo ocurrido, que pretenda analizar las causas del vuelco. Y este es el único informe que la empresa FGV elaboró sobre el accidente de metro más grave de la historia de España.

El instructor reconoce que el expediente no cuenta con unas conclusiones y lo justifica diciendo que

“no las hay por una cuestión porque cuando se les encomienda a las Universidades Politécnicas de Valencia, Madrid y Barcelona la investigación del accidente, donde manda capitán no manda marinero, las conclusiones a las que llega el estudio pormenorizado, exhaustivo y con todos los medios que pusieron para investigar el accidente las hago más como instructor del accidente. Obviamente yo no soy la persona que puede contradecir las conclusiones a las que con tales medios han llegado las propias Universidades y con el personal, además, que pusieron. Puedo compartir que quizás al final pudiera haber una hoja que hubiera puesto el que se hacen propias por el instructor las conclusiones a las que se llega en la

investigación realizada por las Universidades. Ese puede ser un fallo más formal que de fondo”.

Noé Gutiérrez explica, durante su comparecencia en la Comisión de Investigación, que la tramitación de un expediente

“trata de averiguar qué es lo que había pasado, la causa del accidente y para saber la causa de este fatal accidente, en mi opinión, nada mejor que se hubiese encargado a un organismo tan independiente como pueden ser las Universidades. FGV no quería decir que la investigación se había realizado a nivel interno sino dejar que un tercero hiciera la investigación pertinente para que llegase a unas determinadas conclusiones.

Poco más, desde el punto de vista técnico, se podía decir o añadir. Creo que es mucho más relevante, esclarecedor, convincente un informe de las Universidades que uno mío”.

A la luz de estas declaraciones, no tiene lógica alguna hacer un expediente si, según explica el instructor del mismo, ya estaba todo dicho por las Universidades. Asimismo, FGV en las conclusiones podía haber ido más allá de lo que determinaron las Universidades. El informe de las Universidades es una parte del expediente interno que la empresa elabora, pero las Universidades no contaban con toda la información que FGV tenía a su disposición: ni sobre el maquinista, ni sobre la formación, ni sobre los sindicatos y lo que ellos opinan, ni sobre la declaración de varios maquinistas, ni siquiera sobre el informe de la Policía Científica...

Así pues, el Informe de las Universidades Politécnicas concluye lo siguiente:

“el análisis efectuado confirma que cualquier tren de las características del accidentado que circulase en el entorno de los 80km/h en la zona de la Línea 1 de FGV donde se produjo el accidente el pasado día 3 de julio de 2006, volcaría cualquiera que fuese el estado de la vía a tenor de los criterios técnicos hoy día vigentes”.

Resulta, pues, incongruente que no se elaborasen unas conclusiones con toda la información que disponía la empresa. Resulta incongruente que se acepte la conclusión del informe elaborado por las Universidades teniendo en cuenta que manejaban solamente una parte de la información, de toda la documentación que FGV sí tenía. Por ende, FGV podía haber ido más allá en la investigación con el objetivo de elaborar unas conclusiones que explicaran en profundidad lo sucedido en el accidente.

Un ejemplo de ello se encuentra en el documento que recoge la comparecencia de una maquinista de la Línea 1, quien responde a la pregunta “¿Desea añadir algo más?”: “Creo que sería conveniente revisar y mejorar todas las vías de la Línea 1, especialmente el tramo subterráneo, pues sólo con las limitaciones de velocidad no es suficiente”. Pues bien, en este sentido, esas declaraciones se podrían haber tenido en cuenta a la hora de formular conclusiones, al igual que el resto de documentación que manejaba la empresa pública.

De otro lado, cabe destacar, que en el Acta de la reunión del Consejo de Administración de 18 de julio de 2006, antes de que se elaborara el Expediente interno y antes de que se investigara lo ocurrido, se recoge el comunicado que el Comité de Seguridad en la Circulación de la entidad elaboró el día 14 de julio en el que quedan aprobadas una serie de medidas que se debían poner en marcha en aras de mejorar la seguridad de la Línea 1. Así en el comunicado constan las siguientes actuaciones:

- “1. Que, tras el análisis del citado accidente, y ante la trascendencia social y repercusión mediática que ha tenido el mismo, dicho Comité aprueba llevar a cabo las siguientes actuaciones:*
- *Implantación de nuevas medidas tecnológicas en la línea 1, reforzando y complementando los sistemas técnicos de seguridad existentes en la misma y que se integrarán dentro del Plan de Actuaciones de dicha Línea.*
 - *La creación de un grupo de trabajo a fin de que valore los actuales protocolos de formación inicial y continua de todos los trabajos que intervienen en la circulación y proponga, mejoras si proceden [...]”.*

Como se ha mencionado precedentemente, según recoge la portada del Expediente Informativo, se dieron por terminadas las actuaciones el día 22 de febrero de 2007. Igualmente, el *Documento de síntesis sobre el accidente ferroviario ocurrido en Valencia en la línea 1 de FGV el 3 de julio de 2006*, de las Universidades Politécnicas de Valencia, Madrid y Barcelona que contiene la conclusión que, tal y como dice Noé Gutiérrez FGV asumió como conclusión del accidente, se entrega en enero de 2007.

Así pues, resulta del todo inadecuado que FGV apruebe llevar a cabo una serie de actuaciones tras un accidente que, en ese momento, se estaba empezando a investigar y todavía no había ni una sola conclusión de lo ocurrido.

Del mismo modo, resulta incongruente que el informe elaborado por H&MSanchís dé por hecho que *“lo ocurrido el día 3 entre las estaciones de Plaza de España y Jesús en la línea 1, sobre las 13 horas, ha sido un accidente cuya causa ha sido el exceso de velocidad y que este exceso de velocidad no puede ser atribuido a ninguna deficiencia técnica, ni a ninguna dejación de responsabilidades, ni a ningún incumplimiento de acuerdos, pues la línea 1 es segura”* cuando todavía no se había iniciado ni el Expediente Informativo de FGV, ni el Informe elaborado por las Universidades que según apunta Noé Gutiérrez, instructor del Expediente, recogía las conclusiones que FGV hizo suyas. Según sus palabras:

“las conclusiones a las que llega el estudio pormenorizado, exhaustivo y con todos los medios que pusieron para investigar el accidente las hago mías como instructor del accidente. Obviamente yo no soy la persona que puede contradecir las conclusiones a las que con tales medios han llegado las propias Universidades y con el personal, además, que pusieron”.

Cabe concluir, pues, que la Gerencia y el Consejo de Administración de FGV, antes de que concluyeran las investigaciones sobre las causas del accidente, adoptaron medidas para mejorar la seguridad de la Línea 1 y prepararon, a través de una consultora de comunicación, las respuestas de los empleados de

FGV en la Comisión de Investigación de Les Corts desde el absoluto y total desconocimiento técnico del accidente sucedido el día 3 de julio de 2006 en la Línea 1 de Metrovalencia.

VI. DIRECCIÓN DE EXPLOTACIÓN

A.- COMITÉ DE SEGURIDAD EN LA CIRCULACIÓN DE FGV

El Comité de Seguridad se configura en su normativa como un elemento fundamental en la estructura de FGV, siendo su objetivo velar por la seguridad en la circulación. Para valorar con exactitud la relación que dicho Comité tiene con el accidente de metro de Valencia del 3 de julio, vamos a abordar algunos aspectos relevantes relativos al mismo como son: su constitución, sus funciones, su composición, su forma de adoptar acuerdos y el carácter de los mismos.

a) Constitución: El 9 de Febrero de 1984 con FEVE se constituye el Comité de seguridad en la circulación, donde se crea el Comité Central, el Comité en la zona de Levante y dos Comités en la zona norte. Este Comité ha tenido tres reglamentos internos de funcionamiento, el primero del Comité de FEVE de 5 de julio de 1984, el segundo de FGV de 6 de junio de 1988, el tercero de 29 de septiembre de 1992 y el último de 3 de agosto de 2000 que con modificaciones es el que actualmente está en vigor. La modificación que se pretendía abordar en 2006 finalmente no fue aprobada pese a haber varios borradores.

b) Objeto y Funciones:

El 6 de junio de 1988 se aprobó el Reglamento interno de organización y funcionamiento de Comité de Seguridad en la Circulación de FGV que especificaba en el artículo II el objeto del mismo, en similitud a cómo lo hizo el Reglamento de 5 de julio de 1984, partiendo de la situación y estado de los servicios ferroviarios transferidos a la GVA que son explotados por FGV. En dicho artículo se establecía:

“Será objeto principal de este Comité:

- Promover la observancia de las disposiciones reglamentarias en materia de seguridad en la circulación.

- Fomentar la colaboración del personal de FGV y del público usuario del ferrocarril en la prevención de accidentes en la circulación, mediante la preparación y lanzamiento de campañas publicitarias, carteles, etc.
- Asumir iniciativas, planificar actuaciones y formular propuestas encaminadas a la adopción por FGV de las medidas necesarias que ayuden a la salvaguarda de la seguridad de las personas y cosas efectuadas por el Servicio público ferroviario.

Este Reglamento se modificó el 3 de agosto de 2000 que establecía como ámbito de actuación “velar, con los medios que le son confiados a ésta para la explotación de la red que le es propia, por la seguridad de las personas, material motor y móvil, así como de las obras y/o terrenos colindantes y anexos con la infraestructura del ferrocarril, relacionados con la seguridad en la circulación”. Entre sus competencias destacan por su relevancia en relación al accidente las siguientes:

“-promover, coordinar y señalar las líneas básicas de actuación en las materias que afecten a la Seguridad en la circulación, que se estructurarán en un plan anual

-proponer al Consejo de dirección la adscripción de recursos para la realización del plan anual y las inversiones de carácter urgente necesarias para garantizar seguridad en la circulación

-vigilar el nivel de seguridad en la circulación y acordar las medidas preventivas necesarias.”

c) Composición: La composición del Comité de seguridad ha sufrido igualmente varias modificaciones que conviene referir por cuanto han ido ampliando y cambiando a los responsables de y ante este Comité.

La composición del Comité aprobado en virtud de Reglamento de 6 de junio de 1988 era un Presidente que era el Director Gerente o persona en quien delegara y un secretario que era un representante de la Dirección de Relaciones Industriales.

Por su parte los vocales eran el jefe de la división de transportes, el de la división de vías y proyectos, el de servicio eléctrico, el de señalización y comunicaciones, dos representantes de CCOO y dos de UGT. Esta composición se modifica en virtud de acta del Comité de Seguridad en la Circulación de fecha 29 de septiembre de 1992, modificándose los vocales en el siguiente sentido: los jefes de las Divisiones de Transportes, de Vías y obras, de Instalaciones Eléctricas y de Talleres, el delegado de FGV en Alicante y un representante por cada uno de los sindicatos en cada uno de los Comités de Empresa.

Con motivo de una modificación organizativa en FGV la composición sufre un nuevo cambio según acredita el acta de fecha 29 de julio de 1999, quedando como sigue: El Presidente será el director adjunto de explotación o persona en quien delegue, el vicepresidente será el director de operaciones y el director técnico, el secretario de relaciones colectivas y sindicales y los vocales serán los siguientes jefes, el de instalaciones fijas, el de estudios y proyectos, el de línea 1, 3, 4, el de Taller de Valencia Sud, el de Taller de Hermanos Machado y el de Naranjos, el delegado de FGV en Alicante y un representante por cada uno de los sindicatos con representación en el Comité de Empresa de Valencia.

El 3 de Agosto de 2000 vuelve a modificarse la composición que queda como sigue: la Presidencia del Comité recaerá en el Director gerente o persona en quien delegue, las vocalías las ostentarán la Dirección Técnica, la de Operaciones y la de Recursos Humanos con la configuración siguiente: Directora Adjunto de Explotación, Director de

Operaciones, Director Técnico, Jefe de Estudios y Proyectos, Jefe de Mantenimiento de Instalaciones Fijas, los Jefes de Línea 1, 3 y 4 y el Jefe de Puesto de Mando. Se abre a que los jefes de las distintas unidades pueden asistir si los asuntos afectan a sus jefaturas. Asimismo la representación sindical estará presente con tres vocales y sus suplentes. *Ésta es la composición del Comité que estaba vigente en el momento de producirse el accidente de metro de 3 de julio de 2006.*

El 15 de septiembre de 2015 (acta 4/2015-1) se acuerda una nueva modificación en la composición del Comité, que continúa vigente en la actualidad: la Presidencia del Comité recaerá en el Director Gerente o persona en quien delegue. Las Vocalías en representación de la empresa serán de la Jefatura del Área Técnica, de Operaciones y de Seguridad en la circulación con la configuración siguiente para el Comité de Valencia: Jefes de Área de Seguridad en la Circulación, de Operaciones, Técnico, de Estudios y Proyectos, de Líneas de Valencia, de Mantenimiento de Instalaciones Fijas y de Puesto de Mando de Valencia. Por la representación sindical estará presente con cinco vocales y sus suplentes.

d) Forma de adoptar las decisiones: reuniones, fichas, contenidos y acuerdos

Reuniones

Se prevé en los tres reglamentos aprobados que las reuniones con carácter ordinario se realicen como mínimo con carácter bimestral, realizándose la convocatoria en la forma y tiempos adecuados y acompañando la convocatoria del orden del día y documentación precisa. El Comité ha tenido actividad constante desde el año 1994 hasta la actualidad. Esto fue puesto de manifiesto por los diferentes comparecientes, ejemplificativo lo manifestado por el Sr. Manuel Sansano Muñoz:

“éste es un comité (...) donde, cada dos meses, nos reuníamos representantes de la dirección y representantes de las secciones sindicales para debatir todas aquellas cuestiones que afectaban a la seguridad en la circulación, tanto de tracción como de circulación”.

De estas actas y anexos íntegros ha tenido acceso la Comisión de investigación de 2015. No fue así en la Comisión de investigación de 2006, que a pesar de solicitarlo no tuvo acceso a muchos de los anexos de estas actas, como es el caso del informe sobre los puntos negros en las líneas de metro presentado por el Sindicato SIF, por el Sr. Golf el 30 de noviembre de 2005.

A este respecto el Sr. Perelló Rodríguez, portavoz de la anterior comisión de investigación, refirió en relación a la negativa a entregárselo refirió:

“Pero si le estoy pidiendo un informe, le estoy pidiendo un libro de averías o le estoy pidiendo algo que hace referencia explícita y clara al accidente que estoy investigando, y usted me dice que no, porque nueve son más que ocho (...) hay que llegar a esa aritmética después de un camino plagado de razones. Porque aquel que está en política, como en otras cosas de la vida, sin poder sostener aquello que hace o que dice, es un farsante”.

Al margen de las reuniones ordinarias, el Comité puede reunirse con carácter extraordinario cuando la urgencia de los temas a tratar lo acredite y la Presidencia o sus integrantes lo consideren oportuno. Así sucedió en los casos de siniestros como el de Picaña y el de Jesús, que motivaron la celebración de reuniones extraordinarias en las que abordar las causas del mismo. Respecto del accidente del 3 de julio de 2006, se celebraron tres reuniones extraordinarias los días 4 de julio de 2006 (acta nº1/06), 12 de julio de 2006 (acta nº2/06) y 14 de julio de 2006 (acta nº3/06).

Como ya se ha dicho es la Presidencia quien ostenta la máxima representación de este Comité de Seguridad en la Circulación de FGV y

quien convoca las sesiones ordinarias y extraordinarias y fija el orden del día teniendo en cuenta las propuestas de los miembros, siendo quien visa las actas y los acuerdos aprobados en las sesiones.

Fichas

Desde el 20 de enero de 1994 (Acta nº1/1994) se acuerda a petición de CCOO con el fin de concretar y sistematizar los asuntos y el seguimiento, en su caso, de su resolución que se confeccionen fichas por parte de los sindicatos, de las jefaturas y de los técnicos de seguridad. Se acordó que de dichas fichas se daría copia a la secretaria del Comité de Seguridad y otra copia se elevaría a la Jefatura correspondiente. Asimismo se acordó que se abordarían prioritariamente las fichas referidas a asuntos de gravedad y que permanecerían las pendientes de resolución y se archivarían las resueltas. Este modelo empezó a implementarse el 23 de septiembre de 1994 (Acta nº6/94).

Al respecto el Sr. Gimeno Barberá, exdirector de auditoría y seguridad en la explotación de Ferrocarriles de la Generalitat Valenciana manifestó:

“normalmente se trabajaba por un método de fichas de trabajo, en lo cual se enunciaba cuál era el problema, se llevaba al Comité de Seguridad en la Circulación, y el Comité de Seguridad en la circulación intentaba darle solución. Habitualmente las respuestas solían adoptarse por unanimidad”.

En la comparecencia del Sr. Francisco Machado León, maquinista de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana declaraba:

“a través de los sindicatos nosotros realizábamos unas fichas que se pasaban por registro de entrada y ese registro de entrada pasaba a la dirección de la empresa, la cual recopilaba todas las fichas de todos los sindicatos”.

Contenido fichas

En estas fichas sindicales se hacía constar reclamaciones que tenían que ver con temas de lo más variados, desde formación de trabajadores, conducción, velocidad, horarios, iluminación, deficiencias, mantenimiento unidades, accidentes y causas, señalización y sistemas de seguridad.

Estas fichas sindicales identifican el asunto concreto y el sindicato proponente y son referenciadas con un número por asunto y con una fecha de registro por asunto. De tal suerte que ésta es la referencia la utilizada en las actas en las que se distingue entre asuntos finalizados, pendientes y nuevos. Al margen pueden abordarse cuestiones relevantes que deseen los miembros del Comité que se aborden. De relieve por lo que al caso concierne resulta el acta extraordinaria 4/05 de 27 de septiembre de 2005 en la que se abordan las peticiones emanadas de la asamblea de personal de conducción de 20 de septiembre de 2005, que le son puestas de manifiesto a la Sra. Directora Gerente en virtud de una carta firmada por la secciones sindicales de UGT, SIF, CCOO y SF. Se dice:

“en dicho escrito existen solicitudes que, en principio, son contradictorias con los planteamientos que este Comité hiciera en la pasada reunión extraordinaria, como por ejemplo, la que se refiere a la colocación de balizas previas en todas las señales”.

Asimismo sirve para poner de manifiesto cuestiones manifiestamente mejorables. Así resulta en el acta 3/2005, de fecha 27 de septiembre de 2005, en la que se refiere *“El Sr. Sansano informa al Comité que la Dirección de Operaciones ha iniciado un programa de detección de los lugares o circunstancias en la explotación normal que, en caso de incidencia o de que se altere la rutina, pueden ser peligrosos y solicita a los miembros del Comité su colaboración”.*

En respuesta a él llega el informe de puntos negros del sindicalista del SIF en el Comité de Seguridad, del Sr. Javier Golf Sánchez a que antes

hacíamos referencia y que ratificaba sobre los sistemas de seguridad y señales de limitación de velocidad permanentes que “con carácter general, las limitaciones de velocidad permanentes deben estar protegidas no sólo por las señales correspondientes, sino también por los sistemas de seguridad FAP o ATP”.

Acuerdos y presupuesto

De conformidad con lo dispuesto en el art. 8.3 del Reglamento: “los acuerdos se tomarán por mayoría absoluta de votos de los asistentes. En caso de empate decidirá el voto de la Presidencia. Los vocales que discrepen del acuerdo podrán formular su voto particular por escrito.

Los acuerdos así adoptados serán vinculantes para la Dirección de FGV, que deberá promover e impulsar su cumplimiento, siempre que las dotaciones presupuestarias lo permitan y no se contravenga ninguna normativa legal o reglamentaria”.

En declaraciones del Sr. Gimeno Barberá se evidencia que *“no había presupuesto prefijado para las actuaciones del comité”* pues *“si tenían un coste, este coste debía ser asumido por los presupuestos de la propia empresa y por los departamentos que tenían capacidad ejecutiva para destinar estos presupuestos”*.

Por su parte Machado León sostuvo: *“Bien, los temas, pues unas veces se solucionaban, otras veces la empresa decía que no, que no le parecía correcto, y la gran mayoría era un problema de presupuesto, no había dinero, entonces se amortizaban o quedaban ahí durante equis tiempo, por si salía algún presupuesto al final y, si no salía, pues también se amortizaba”*.

En el mismo sentido se expresó el Sr. Golf en su comparecencia al decir *“Falta de inversiones. Ya lo he dicho antes, a veces, sí, a veces decían “alumbrado, no sé qué, insuficiente, tal” (...) y decían “vale, pues, aprobado a falta de dotación presupuestaria”. Eso a veces sucedía, sí”*.

Por continuar con el caso del Informe del Sr. Golf, es significativo del funcionamiento del Comité lo que el Sr. Golf refirió en su comparecencia sobre la petición del director de operaciones del Sr. Sansano cuando dijo *“yo lo hice (...) yo lo entrego, y ya está. Yo ya no sé qué hacen con él, adiós (...) mi idea era que si no se iba a debatir, era ir sacándolo poco a poco a base de fichas, que era como...el sistema establecido. Y ya está, no hay más. El informe se entregó y no se volvió a hablar de él”*.

e) Carácter de sus decisiones.

Tanto en el Reglamento interno de Funcionamiento del Comité FEVE de fecha 5 d junio de 1984, como en el Reglamento interno del Funcionamiento del Comité FGV de 6 de junio de 1988 se contiene la siguiente cláusula (art. IV y V, respectivamente): “La labor desarrollada por el Comité de Seguridad en la Circulación tendrá, en todo caso carácter meramente consultivo e informativo, por lo que los acuerdos que adopten **no tendrán en ningún caso** carácter ejecutivo”.

Ejemplificativo de cuanto estamos diciendo resulta el acta nº4/2005 en la que se recoge el criterio del Sr. Golf que apunta *“la conveniencia de señalar determinadas curvas del recorrido de la Línea 4, por haber habido varios descarrilos por exceso de velocidad en curvas, por lo que señalarlas mejoraría la seguridad. El Sr. García indica que tal punto de vista es debido a una concepción ferroviaria del tranvía y que en las ciudades no existen limitaciones de velocidad en las curvas o en los giros, sino una limitación genérica (que afecta también al tranvía) y el propio criterio de los conductores que adaptan su velocidad a las circunstancias tal y como corresponde hacer a los maquinistas del tranvía. El Sr. Golf reitera su idea y muestra su incomprensión ante la negativa”*.

Tras el accidente de 3 de julio de 2006, el Comité se reunió con carácter extraordinario y en el acta de 14 de julio de 2006 (acta nº3/06) se contienen dos aspectos de relevancia en este punto pues en esta reunión se plantea una modificación respecto a la autoridad de este Comité en las decisiones que se adoptan en FGV. En esa reunión se acuerda que ante la trascendencia social y la repercusión que en los medios de comunicación ha tenido el accidente es preciso tener presente cuatro cuestiones. La primera, dar mayor participación al Comité de Seguridad en la Circulación, de modo que las propuestas que afecten a la seguridad y que provengan de las distintas jefaturas de línea sean tratadas por el mismo, lo que implica, a contrario sensu, que hasta ahora no se había procedido así.

Igualmente se acuerda que en adelante “los acuerdos que se adopten en el seno de este Comité vincularán a las partes que los han adoptados, comprometiéndose las mismas en los términos que ellos se fijen”. En el acta figura que la Directora Gerente, Marisa Gracia, trasladó que era decisión del Presidente de la Generalitat que se estudiase la posibilidad legal de que los acuerdos del Comité fueran vinculantes.

Es a partir del accidente cuando manifiesta:

“puede dotarse presupuestariamente a este Comité, para que puedan realizarse las actuaciones programadas y reservando un montante del presupuesto del Comité para cosas urgentes. En principio la Directora Gerente propone dotar al Comité de Seguridad en la circulación con un presupuesto de 3.000.000 euros anuales. Así, las decisiones serían vinculantes en la medida en que fuera factibles realizarlas con las dotaciones presupuestarias del año de que se trate”.

Pero dado que el Reglamento de funcionamiento del Comité no establece que sean vinculantes, se plantea modificar el mismo, lo que es aceptado por los integrantes del comité. A este respecto, el 16 de agosto de 2006 en reunión extraordinaria nº5/06, la Directora Gerente entrega a los vocales del Comité un borrador de Reglamento para su análisis, pidiendo que realicen aportes o sugerencias y lo trasladen a la Dirección.

En la reunión mantenida el 26 de septiembre de 2006 (nº 4/06) se aborda el nuevo reglamento de funcionamiento del Comité.

A la vista de todo lo expuesto cabe concluir:

- El Comité de Seguridad no tiene la participación suficiente en el tratamiento de todas las propuestas que afectan a la seguridad.
- Los acuerdos del Comité de Seguridad no son vinculantes y no tienen un presupuesto asignado para desarrollar actividades que afectan a la seguridad.
- FGV no concede la relevancia debida a lo manifestado en el seno del Comité por los sindicatos representativos de los trabajadores.
- FGV no concede la relevancia debida a la seguridad y no realiza actividades tendentes a reforzarla en la medida de los requerimientos efectuados por los sindicatos presentes en el Comité.
- FGV no acometió el reforzamiento de los sistemas técnicos de seguridad en la Línea 1 como la colocación de balizas en puestos donde están las señales de limitación de velocidad permanentes como se le había requerido por parte del sindicato SIF (Informe Golf sobre puntos negros en la vía).
- FGV no se sirvió de las balizas existentes para programarlas y evitar accidentes futuros.

B.- TALLERES

FGV se encargaba del mantenimiento de sus unidades de tracción articulada (UTA) en los talleres de que disponía. En Valencia FGV tenía tres talleres, uno de ellos era el de Valencia Sud donde la UTA accidentada era revisada y reparada. En cada taller hay una oficina técnica que se encarga de pasar las averías a los registros informáticos.

En la Comisión de Investigación se abordó el papel desempeñado por estos talleres, en especial por el de Valencia Sud, en el mantenimiento y revisiones de las UTA, particularmente de la accidentada y con mayor

detalle en los meses previos al accidente. Y a tal efecto importó conocer desde los horarios y turnos, el personal con el que contaban, los medios de que disponían, qué labor y cómo la realizaban y las dificultades que encontraban en ella.

Los turnos estaban relacionados con la falta de inversión de FGV. Así se afirmó por parte del Sr. Valencia Valencia, exoficial de oficio en Valencia Sud que:

“hay un turno de mañana, un turno de tarde y un turno mixto en el caso de Valencia Sud y en la época de la que estábamos hablando (...) El turno mixto es el turno valle. El turno valle quiere decir que aprovechas la escasez de material que había en aquella época –había pocos trenes, no eran suficientes- y, por lo tanto, había que esperar a que retiraran cuando la gente sube menos al tren, que es a partir de las diez de la mañana o las once.

Retiraba la unidad, hacías una revisión, normalmente la P1 parte de una P2; a las dos, una y media exactamente, salía..., volvía el tren al servicio, retiraba a las tres o tres y media cuando la afluencia de público era menor. Seguíamos con la revisión, si no afectaba a temas de seguridad o temas importantes, y a las seis, siete de la tarde acabábamos nuestra jornada, porque el tren volvía a salir para la hora punta de la tarde”. Dijo no entender por qué no existe un turno de noche como en otras empresas en las que había trabajado como EMT. La inexistencia de este turno la corroboró el Sr. Luis Miguel Domingo Alepuz, jefe de taller de FGV: *“no había personal de taller, porque por la noche no hay turno de talleres, nunca lo ha habido”.*

Varios comparecientes hablaron de la reutilización de piezas en los Talleres, de la llamada *canibalización*, por falta de presupuesto y de inversiones para piezas nuevas y por la dificultad de encontrar nuevas por lo viejas que eran las unidades. Así lo reconoció en su comparecencia el Sr. Valencia cuando dijo *“Si se reutilizan piezas es porque, efectivamente, no hay presupuesto ni inversiones para piezas nuevas (...) Hay dos unidades, de las setenta y una que se compraron, que están siendo canibalizadas, lo*

cual quiere decir que se les ha quitado piezas porque están siendo utilizadas en otras”.

Respecto a las revisiones que pasaban las UTA el Sr. Sebastián Portolés, jefe de equipo de mantenimiento afirmó que *“había cuatro tipos de revisiones que hacíamos nosotros: la uno, la dos, la tres y la cuatro. La más frecuente era la dos. Y si no recuerdo mal, el máximo tiempo de una a otra, quince días, de una revisión a otra; más de quince días, o quince o dieciséis días, no tardaba a entrar el tren otra vez para revisarlo”.* Por su parte, el Sr. Valencia Valencia manifestó respecto a las revisiones *“normalmente se hace por kilómetros (...) Revisiones existe la P1, P2, P3 y P4. Son revisiones preventivas. Se chequea, comprueba visualmente o táctilmente el estado de las cosas, por supuesto con herramientas y con todo lo que tenemos necesario. (...) Las R son las que se desmontan los equipos. R1, R2 y R3. La R2 es fundamental”.*

La falta de material rodante hacía que pudiera salir una UTA sin haber terminado de hacerle la revisión *“sí podía salir con una parte de una revisión menor de mantenimiento y completarla cuando retornaba con el otro turno”. Incluso con reparaciones menores por hacer “podía salir con un piloto fundido (...) con una luz fundida del faro (..) un asiento que tal vez tuviera algún déficit”.*

Un elemento importante en la identificación de las averías de las UTA y las reparaciones a realizar lo constituía el coloquialmente conocido como *“libro de averías”*, que oficial o formalmente era el *“libro de reparaciones”* de las UTA. Así lo dijo el Sr. Domingo Alepuz *“aclarar, porque aunque ponga “libro de reparaciones”, la jerga interna es “libro de averías””.*

Este libro se encontraba siempre en la cabina del maquinista y éste debía cumplimentarlo durante su servicio en caso de detectar alguna avería. Si la avería era importante, afectaba a algún elemento de seguridad, el maquinista estaba obligado a llamar al puesto de mando. Ese libro disponía de tres hojas por cada ficha, una de ellas se dejaba en el libro y las otras

dos se arrancaban y se depositaban en un buzón, de donde eran recogidas y conducidas al taller.

Así lo estableció el Sr. Domingo Alepuz *“la hoja blanca se queda siempre en el libro. Las hojas azul y amarilla el maquinista las arranca las dos y las guarda hasta que llega al final de su servicio y las deposita en su buzón (...) allí se quedan hasta que pasa un técnico de línea, antes se llamaba jefe de maquinistas, ahora se llama técnico de apoyo, si no recuerdo mal (...) Recoge las hojas. Ellos se quedan la amarilla y vienen con la azul al taller Y normalmente lo que hacen es sentarse con el contraamaestre de mantenimiento o de taller, depende de quién esté y ellos lo que hacen es interesarse sobre qué tipo de reparación se ha hecho, la avería que era, si era con causa, si era sin causa y todo esto. Y las hojas azules ya se las entregan al contraamaestre, normalmente al contraamaestre de mantenimiento del taller (...)*

Si el tren había entrado, lo que hace el contraamaestre, normalmente el contraamaestre de mantenimiento, va al tren y coge el libro de averías. Si entra de una revisión, lo que hace es ver si lo que hay reflejado en el libro está incluido en la revisión, lo que hace es ver si lo que hay reflejado en el libro está incluido en la revisión, lo que hace es rellenarlo y ya está”. Cuando se reparaba también se anotaba en el libro la reparación realizada para que el maquinista tuviera conocimiento.

Respecto a esta cuestión el Sr. Sebastián Portolés llegó a decir *“en el libro de averías se ponían todas las que estaban paralizadas, todas las que entraban por averías y las que salían. El libro de averías lo refleja todo”.* Era tan relevante que como declaró Sr. Álvarez Llanos, exmaquinista de Línea 1 de Metro Valencia y Exsindicalista de SIF: *“El libro de averías, o se retiró intencionadamente, o la unidad salió sin el libro de averías, que también ocurría a veces. Es decir, te podían entregar una unidad, se dejaban el libro de averías en el taller, con lo cual circulabas con la unidad sin el libro de averías, y, cuando veías que no tenías el libro de averías en la unidad, llamabas al puesto de mando, requerías el libro de averías, te sacaban uno nuevo o te daban el que tenía el taller”.*

En la contraportada del libro aparece la siguiente leyenda:
“Al finalizar el servicio:

El maquinista rellenará con letra clara las casillas con asterisco, cumplimentando absolutamente todos los datos demandados. Observará en particular las siguientes instrucciones:

1º La hoja se establecerá al finalizar el servicio y no antes, haciendo constar la fecha y hora.

2º En la casilla “Informe del Maquinista” deberá hacerse constar el nombre del maquinista que rinda servicio.

3º Las anomalías observadas deberán ir numeradas y expresadas del modo más exacto y conciso posible. No se volverán a reflejar aquellas anomalías apuntadas por algún Maquinista anterior y que no se hayan corregido por no haber entrado la Unidad Tractora o ningún Taller.

4º La casilla “Incidencias en Línea” se rellenará solamente en el caso de tener lugar un socorro o una incidencia. Se pondrá el máximo cuidado en especificar todos los datos y particularmente en precisar concretamente las causas que produjeron el socorro o la incidencia. Se entiende por incidencia toda anomalía relacionada con el material que obligue a un cambio del vehículo de motor o doble tracción, no previstos en el gráfico o que originen pérdida de tiempo en la circulación”.

En contra de lo que dice esta leyenda que como refleja son instrucciones de obligado cumplimiento para el maquinista de cada UTA, el Sr. Sansano dijo *“si cualquier maquinista hubiese visto una incidencia, no lo escribe en el libro de averías, porque el libro de averías es una cosa que se resuelve mañana, pasado, cuando entre. Lo comunica inmediatamente al puesto de mando, si es una incidencia que le afecta a su circulación, para que se tomen medidas ya”*.

Esta afirmación no parece del todo exacta pues según declaración del Sr. Machado León sólo se llama al puesto de mando cuando la avería es grave o había que sustituir el tren.

El libro de averías no apareció en el momento del accidente, pero tampoco aparecieron las dos copias de las fichas ya cumplimentadas y entregadas por los maquinistas, lo que ciertamente no parece tener explicación. Distintos comparecientes con responsabilidades en la empresa como el Sr. Sansano sostuvieron que dicho libro no contenía información relevante. Y el Sr. Rocher Escamilla, exjefe del Servicio de Seguridad de Metrovalencia dijo haber escuchado al Sr. Vicente Contreras, director adjunto de explotación de FGV, decirle a la gerente Marisa Gracias que *“el tema del libro de averías ya estaba solucionado y que no había ningún problema ya con el libro de averías”*.

Por otra parte estaba el libro del contraamaestre, en el que sólo tiene reflejo de las entradas y salidas de taller y de lo que se le realiza allí. De tal suerte que el libro de averías puede reflejar cuestiones que no recoja el libro del contraamaestre, por no haber entrado la unidad en taller, como la propia leyenda del libro reconoce cuando dice *“No se volverán a reflejar aquellas anomalías apuntadas por algún Maquinista anterior y que no se hayan corregido por no haber entrado la Unidad Tractora o ningún Taller”*.

De otra parte, es relevante por la trascendencia que tiene y lo peculiar que resulta, es que la custodia de las piezas se dejara en manos de la empresa FGV y en los talleres. Al respecto el Sr. Valencia Valencia afirmó que fue en la campa de los talleres donde se depositó el material a custodiar, pero dijo *“no hubo una orden de la custodia de ese material, ni de los bogies, ni demás. Estaba todo ahí. Y nosotros creo que ahí no intervinimos para nada. Ya digo que la jerarquía indicaba que nosotros allí no teníamos nada que hacer”*. *Lo metieron todo ahí al fondo, en la campa, lo taparon con los toldos. También era muy insuficiente. Se veían los toldos y el aire los levantaba. (...) La única vez que creo nos acercamos, por orden del jefe de taller, a tapar aquello, porque se levantaban los toldos, que estaban de un modo muy rudimentario”*. *Afirmó que donde estaba el material podía entrar cualquiera “con absoluta tranquilidad. Si, a su vez, los que vigilaban, los vigilantes jurados y las cámaras de seguridad, no detectan y no previenen y*

no averiguan, puede entrar cualquiera o pudo entrar cualquiera” confirmado por Manuel Javier Montero Rodríguez, extrabajador de MEDSEGURIDAD.

Interesante fueron los aportes en la Comisión respecto de esta cuestión del Sr. Rocher Escamilla, que dijo haber puesto en conocimiento del Sr. Sansano, su superior jerárquico, que las cámaras habían detectado intrusiones dentro de la unidad siniestrada: *“la calidad de las cámaras no nos permitía detectar con absoluta certeza la fisonomía o la cara de las personas que habían entrado. Pero lo que parece ser es que iban con monos de trabajo, con monos azules de trabajo (...) es el tipo de uniformidad o el tipo de mono que se utiliza en FGV normalmente para el personal de talleres. Se veía acceder desde ciertas instalaciones de FGV hacia la unidad; es decir no venían de la calle.*

Si hubiéramos visto que era personal que venía de fuera, lógicamente la actuación del personal de seguridad hubiera sido otra distinta; pero al ser personal que entraba y salía de dentro del recinto de FGV, lógicamente eso no nos daba ningún lugar a dudas de que era personal propio de FGV (...); bien fuera personal de mantenimiento o personal de talleres, nadie entra si no se tiene una directriz o una instrucción clara y precisa de un superior a la unidad siniestrada (...); se lo comenté y me dijo que no le diera ningún tipo de importancia, que estarían haciendo cualquier trabajo en la unidad (...). Lógicamente, no se tomó ninguna medida preventiva, ni ninguna medida correctiva al respecto”. Y en la línea de lo que afirmó el Sr. Valencia manifestó que dese la gerencia no se dio ningún tipo de instrucción: “no se nos dijo absolutamente nada, absolutamente nada. Es decir, no había una preocupación de lo que pudiera ocurrir con la unidad”.

C.- PUESTO DE MANDO

El puesto de mando se regula tanto en el Reglamento de Circulación como en el Plan de Emergencia, estableciéndose en ambos tanto definiciones como funciones sobre el mismo.

Puesto de mando en el Reglamento de la Circulación.

El Reglamento de Circulación define el puesto de mando como “dependencia encargada de organizar y coordinar la circulación en las líneas a su cargo. Con independencia de esta función, la circulación de ciertas líneas puede, además, estar dirigidas por el Jefe del C.TC.”, entendiéndose el C.T.C. como el jefe de circulación o del Control de Tráfico Centralizado.

El puesto de mando se responsabilizaba de la elaboración diaria de la “hoja de explotación” donde se incluía la disponibilidad de material, las incidencias en las líneas 1, 3, 4, 5 y las incidencias de instalaciones en puesto de mando.

En estas hojas de explotación, de las cuales se tiene documentadas en comisión desde marzo de 1997 a diciembre de 2006, se puede ver que los retrasos constan de manera habitual en las incidencias con repercusión en la regularidad de los trenes; si bien estos retrasos empiezan a constar con mayor regularidad a partir del año 2003, estando presentes, concretamente los de la línea 1 de Metrovalencia, en el 90% de las hojas de explotación de los meses del año 2006 precedentes al accidente. Durante la semana previa al accidente, constado en las hojas de explotación del 26 de junio de 2006 hasta el 2 de julio de 2006, todos los días hubo retrasos que repercutieron en la regularidad de los trenes en la línea 1 de Metrovalencia.

Generalmente, si analizamos los minutos de retraso plasmados en las hojas de explotación, los retrasos se anotaban a partir de los 3 minutos de retraso. El retraso de 2 minutos que llevaba el tren que padeció el accidente el 3 de julio, y que el propio maquinista informó al puesto de mando, concretamente al regulador, no aparece en las hojas de explotación del 3 de julio de 2006. Sin embargo, sí hay constancia de la conversación del maquinista con el regulador del puesto de mando, advirtiendo, el maquinista, del retraso:

Conversación realizada entre el Maquinista del Tren 2068 y el Regulador del Puesto de Mando el día 3 de julio de 2006 a las 12:14:28 horas.

Fichero: 121428_C20_11133		Tren nº 2068 -> Puesto de Mando
12:14:28	Regulador	¿Dígame?
	Maquinista	Hola, el 2068 en Liria para salir, que creo que tenéis el control ahí.
	Regulador	El 2000 ¿dónde? en Liria has dicho que estás
	Maquinista	Si, me tenéis esperando para salir de Liria .
	Regulador	El 2068 ¿eres?
	Maquinista	Si,
	Regulador	Vale conforme, vale conforme.
	Maquinista	Salida a los 14 y son los 16 ya
	Regulador	Vale conforme
	Maquinista	Vale gracias
	Regulador	Gracias eh
	Maquinista	De nada hasta luego
	Regulador	Hasta ahora

A este respecto, el responsable de puesto de mando, el señor Santos Ruiz, en su comparecencia el 19.02.2016, señaló:

“¿Retrasos se producían? Sí. ¿El retraso se le comunicaba al maquinista? Si era un retraso normal, no. Si era un retraso que iba a producir más repercusión, porque llevaba una avería el tren -«voy a mirar tracción y no voy a sacar el horario»-, sí que nos lo comunicaba el maquinista, porque a nosotros nos interesaba que el maquinista.... O nosotros le preguntábamos al maquinista, «¿te pasa algo? », porque teníamos que organizar el servicio. Si un tren se va retrasando, y no va a llegar a su hora, tenemos que nosotros reaccionar y sacar un tren para evitar ese retraso. Nosotros tenemos que organizar el servicio y tenemos que saber hasta dónde podía llegar ese retraso. Pero si es un retraso normal de dos, tres minutos o cuatro, no tiene ninguna trascendencia, entonces, el maquinista sí que nos comunicaba cuándo él preveía que iba a retrasarse más, por cualquier cosa, por cualquier incidencia que pueda tener, un incidente. Ya no tiene que ser una avería del tren, sino un incidente con unos viajeros, por ejemplo, y está el tren detenido diez minutos en una estación. Nosotros tendremos que reaccionar ante eso, para normalizar el servicio. Nosotros somos los encargados de normalizar el servicio.”

El señor Álvarez Llanos, exmaquinista de la línea 1 de Metrovalencia que compareció en comisión el 12.02.2016, advirtió de presiones que sufrían los maquinistas para ser puntuales:

“Con respecto a la puntualidad de los trenes y a la exigencia de cumplirla y si se nos presionaba pues tengo que manifestar que sí, se nos presionaba incluso (algú tus) con amenazas de apertura de expedientes disciplinarios. Yo, precisamente, cuando se hizo la renovación de la vía entre el trayecto de San Isidro a València Sud había una precaución de 10 kilómetros por hora y el hecho del cumplimiento de esa precaución suponía un retraso considerable. Era de los pocos maquinistas que cumplían la precaución a rajatabla, por lo tanto producía retrasos considerables en las unidades.”

Inclusive, el señor Álvarez Llanos indicó cómo de habitual era saltarse las velocidades:

“Al poco tiempo, fui sancionado buscando otra excusa distinta porque se me imputó un retraso de un tren y me pusieron dos días de suspensión de empleo y sueldo, con lo cual empecé a optar por ser uno más y tratar de sacar los trenes a la hora arriesgando lo mínimo posible porque, a veces, teníamos el máximo de superar 5 kilómetros por hora, la precaución, pero esos 5 kilómetros por hora que era el máximo para que te pudiesen sancionar nos lo saltábamos también, habitualmente se saltaba.”

En el documento “Relación de denuncias, quejas, etc comunicadas por los maquinistas de línea 1 a la Dirección (Documentación Registro) entre 1 de enero de 1995 y 3 de julio de 2006” puede verse que de 186 comunicados, 35 son alegaciones a expedientes disciplinario y 29 recursos contra sanciones, siendo la mayoría recursos contra sanciones por rebase.

En la comisión del 19 de febrero de 2006, cuando se le interpeló al responsable de puesto de mando, el señor Santos Ruiz, de la siguiente manera “*me gustaría que me explicara si es cierto que los maquinistas debían de superar los límites de velocidad para cumplir los horarios establecidos por FGV. ¿Sabe si se imponía alguna sanción a los maquinistas que no cumplían con los horarios preestablecidos por FGV? ¿Recibió en algún momento quejas de los*

maquinistas de la línea 1, en relación a los horarios que debían cumplir establecidos por la empresa?”, el señor Santos Ruiz contestó lo siguiente:

“Sobre el exceso de velocidad, no lo sé. Nosotros en el puesto de mando no vemos si los trenes corren más o menos. Nosotros tenemos un gráfico, es una sábana espacio/tiempo, donde está grafiado en negro. . . , está grafiado el itinerario de ese tren, los horarios. Es muy simple, en una parte está el espacio en las estaciones Liria, Torrente, y en la otra parte los tiempos, las horas con rayas inclinadas. Y es lo que está previsto, lo que está calculado. Lo que sí que le puedo decir es que los tiempos más o menos se cumplían, se cumplían. ¿Dónde puede estar el problema? El problema nos viene en las vías únicas. En las vías únicas cualquier retraso o pequeño retraso que lleve un tren influye en los siguientes, porque hay que cruzar, hay unos puntos de cruce establecidos. (...) Yo, según los gráficos que veíamos que rayaban los reguladores, no puedo decir que...

Se cumplían los gráficos. ¿Qué rebasaban los límites de velocidad? ¿Cómo lo vamos a saber desde el puesto de mando? No podemos verlo si un tren corre más o menos, ¿vale? Nosotros vemos unos circuitos de vía, unas rayitas rojas que vemos cómo el tren va avanzando, pero no sabemos si va a 30, a 40 u 80, no lo sabemos. (...) Sobre si es cierto que los maquinistas... Ya se lo he contestado. No lo sé, no lo sé, porque no lo vemos. Si se sancionaba a los maquinistas. . . Es una cuestión que lo llevaba la jefatura de la línea 1. Nosotros no sabemos si hay algún. . . No le puedo decir si hay alguna sanción por haber rebasado la velocidad. Y si tenía que quejas de los maquinistas. Yo concretamente no. Pero de todas formas yo digo una cosa, yo creo que esto tampoco debe ser tan... Yo creo, bajo mi punto de vista y la experiencia que yo tengo, yo creo que cualquier persona que diga que no puede realizar un determinado recorrido en un determinado tiempo, había muchos maquinistas, muchas clases, unos que eran más ágiles, otros son más lentos. Pero, bueno, como todas las personas cuando conducimos nuestros coches, unos somos de una manera y otros somos de otra. Si uno es más novel va un poco más lento... Siempre sin rebasar las velocidades máximas establecidas. Yo quejas no he tenido de ningún maquinista, yo concretamente. Si hubiera tenido alguna

no hubiera tenido ningún inconveniente en trasladarlo donde fuera posible y establecer otro tiempo. (...)Y, ¿cómo puedo saber yo si rebasan la velocidad? ¿O cualquier regulador del puesto de mando puede saber que rebasa la velocidad un tren? ¿Cómo lo podemos saber? ¿Eso ocurre? Yo no le puedo decir que sí, porque no lo sé. Es que no se lo puedo decir. Aunque usted no me crea, no se lo puedo decir porque nosotros no vemos la velocidad, en nuestras pantallas no nos marca a qué velocidad en kilómetros por hora va cada tren. Si nos lo marcara, le diría: «mire, sí, ese tren, entre tal sitio y tal sitio, ha ido a noventa por hora». Pero es que eso no viene en las pantallas. No viene en las pantallas. No sé si algún maquinista ha podido rebasar... Si lo dicen ellos, pues lo dicen. Han ido muchos maquinistas tanto aquí, como a sede judicial, pues que lo digan si tenían que rebasar la velocidad”

Es de destacar, además, que el señor Santos Ruiz matiza que él como responsable o jefe del puesto de mando, no mantenía contacto directo con los maquinistas, siendo esta función tarea de los reguladores:

“Vamos a ver, que yo sea el jefe del puesto de mando, quiero aclarar, yo no estoy en la sala, ¿vale? O sea, yo tengo..., están los reguladores del tráfico, que son los que están regulando el tráfico. Yo entro de vez en cuando y estoy con ellos, y hablo con ellos, hay un técnico, también, que es el jefe de sala. Pero yo no estoy allí. Yo no te puedo decir «oye, eran todos los trenes, era uno al día, eran cuatro al día». Yo no te lo puedo decir.”

Por otra parte, Santos Ruiz no llegó a negar saturación del puesto de mando:

“La saturación del puesto de mando. Pues, ya lo he dicho, depende. Depende de si hay..., la gente que quiera entrar a hablar con el puesto de mando. Nosotros hablamos..., tenga en cuenta que hablamos con los maquinistas, hablamos con las estaciones, hablamos con los supervisores, hablamos con los técnicos de línea, hablamos con todos. Si todo el mundo quiere llamar, pues, lógicamente, se satura un poquito.

Cabe tener en cuenta en este punto que nos encontramos con hojas de explotación que indican que el puesto de mando ignoraba algunas averías, aún estando en una situación de emergencia:

Hoja de explotación del día 01.01.2006: Al ver los fallos de comunicación el Regulador le dice al agente de estaciones de Jesús que esté atento a la circulación para en caso de necesidad coger el mando por emergencia del enclavamiento, a lo que responde que el mando local no puede cogerlo por no estar operativo el MICE de Jesús desde hace aproximadamente 10 días, esta avería es ignorada por el personal del Puesto de Mando.

El señor Santos Ruiz fue rotundo en afirmar de la importancia del reglamento de circulación a la hora de saber actuar: *“Que si es vital... El reglamento de circulación es totalmente vital, es nuestro vademécum. Nosotros trabajamos todos con el reglamento de circulación y el reglamento de circulación debemos de cumplirlo todo el mundo, es nuestra guía.”*

Sin embargo, cabe destacar que las actuaciones previstas por el Reglamento de Circulación de FGV (tanto en cuanto a señales, como circulación, bloqueo de los trenes, trabajos y trenes de trabajos, anomalías y accidentes, etc) generalmente pivotan alrededor del hecho de que el maquinista detecte alguna anomalía, incidencia o emergencia y se ponga en contacto con el puesto de mando, exactamente igual que el sistema operativo que se prevé en el Plan de Emergencia de FGV donde previamente a la transmisión de la información al puesto de mando, hay una detección del suceso por personal que no sea el puesto de mando, como en el caso del maquinista, por lo que sería interesante atender al hecho de que circunstancias no detectadas por personal en vía, difícilmente pudiesen ser conocidas por el puesto de mando.

En consonancia, la auditoría de prevención de riesgos laborales llevada a cabo por la empresa ENARILA en 2006 sobre FGV, donde se incluyeron entrevistas con el propio señor Santos Ruiz como responsable de puesto de mando, valoró como no satisfactorias con una tipificación de graves, las actuaciones en emergencias y el control de riesgos.

Por último, cabe tener en cuenta cómo el señor Santos Ruiz afirmó que se suprimían trenes por falta de material, si bien indicó *que “tampoco era una cosa exagerada”*.

Puesto de mando en el Plan de Emergencias.

A su vez, el Plan de Emergencia de FGV, define el Puesto de Mando como “el responsable y coordinador de las actuaciones por incidencias y especialmente en las emergencias”.

Según este plan, el puesto de mando está dotado del personal necesario para la cobertura del servicio las 24 horas al día. Dispone de un Responsable o Inspector, con los correspondientes Reguladores de Telemando de Tráfico y Sistemas de Comunicaciones, Subestaciones y Sistemas de Seguridad.

Los Inspectores de Puestos de Mando y Técnicos de Línea, tienen los conocimientos necesarios de material móvil y de las instalaciones fijas de la red, ya que una de sus funciones principales es, en caso de incidencia o emergencia, asesorar a los agentes para que realicen las operaciones oportunas.

Dispone de información y documentación detallada de las instalaciones de la red, (planos de la red, con la ubicación de los servicios de mantenimiento, talleres, estaciones, dependencias, ventiladores, CT, situación de extintores, armarios de emergencia, vías de evacuación, etc.) a fin de poder tomar decisiones a nivel operativo, controlando y coordinando las maniobras que se efectúen.

Según el Plan de emergencias, cuando se produce una emergencia, es el puesto de mando el responsable de dar aviso a los organismos o autoridades competentes centralizando toda la información y coordinando las actuaciones, siendo una de sus funciones la coordinación de las actuaciones de la emergencia con los organismos exteriores.

En base al acuerdo de colaboración firmado por FGV y la Dirección General del Interior de la Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas, hay instalado un equipo transmisor-receptor de la Red de Emergencias de la Generalitat

Valenciana, por lo que se consigue una comunicación rápida y eficaz con el Centro de Coordinación de Emergencias.

Sin embargo, cabe destacar que, la Conselleria de Justicia, Administración Pública, Reformas Democráticas y Libertades Públicas ha comunicado que no existe en el Registro de Convenios de la Generalitat ningún convenio suscrito entre FGV y la Dirección General de Interior para la Seguridad en el Metro, aún a pesar de que el Plan de Emergencias de FGV entienda este convenio como base de acuerdo para instalar un equipo transmisor-receptor de la Red de Emergencias de la Generalitat Valenciana, con el objetivo de conseguir una comunicación rápida y eficaz con el Centro de Coordinación de Emergencias.

El plan de Emergencia prevé de forma específica cómo actuar en casos de:

- Incendio.
- Agresiones ambientales y atmosféricas.
- Colisión con vehículo.
- Arrollamiento.
- Manifestaciones con corte de vía.
- Aviso de bomba.

Sin embargo, incluye también un apartado de “Incidencias generales de la explotación”, donde detalla cómo actuar en caso de otras incidencias o emergencias, incluyéndose desde descarrilamientos, hasta carriles rotos, averías en unidad, etc, no siendo una lista cerrada de casos e incluyendo cualquier incidencia o emergencia no entendida en los anteriores apartados.

Para estos casos, también se prevé que el personal desplazado al lugar de la incidencia esté permanentemente en contacto con el puesto de mando, a través de un coordinador, el cual será preferentemente personal de la Dirección de Operaciones. Igualmente, se prevé que cuando se produzcan una emergencia en la que intervengan ayudas externas, el Mando de éstas sea el responsable de la dirección de las actuaciones en el ámbito de sus competencias.

A pesar de ello, a través del relato del señor Santos Ruiz en la comisión del 19 de febrero de 2006, vemos como las decisiones descansaban en los maquinistas.

“Lo que me ha preguntado, la suspensión del bogie y del vagón, si se retira tal... No tengo ni idea de la suspensión del bogie. Creo que después de mí viene el jefe de taller, que tendrá muchísima más idea que yo. Yo no tengo ni idea de mecánica del tren. (Se sent una veu que diu: «...respecto a la retirada»).

Depende del maquinista. Nosotros, en el puesto de mando, no entendemos de mecánica. O sea, para nosotros, un maquinista nos dice eso y decimos: «¿Y eso qué es? », ¿vale? Es el maquinista, con sus cursos de formación que tiene y de la mecánica que tiene, el que tiene que decir: «¡Oye! , yo no puedo continuar así. » Entonces, si el maquinista dice que no se puede continuar, nosotros no decimos nada, no continúa, ¿vale?”

De igual forma, anteriormente había recalcado respecto de sus conocimientos:

“Sobre el informe Contreras sobre las unidades, la verdad es que ese informe yo nunca lo he visto. Sí que lo he oído, lo he oído aquí en esta comisión, que sí que parece que pedían... que si las unidades estaban... Yo no lo sé, yo no entiendo de material móvil, del motor del material móvil.”

Otra de las declaraciones del señor Santos Ruiz fue:

*“Es el maquinista, con sus cursos de formación que tiene y de la mecánica que tiene, el que tiene que decir: «¡Oye! , yo no puedo continuar así. » **Entonces, si el maquinista dice que no se puede continuar, nosotros no decimos nada, no continúa, ¿vale?”***

Sin embargo, el Plan de Emergencias de FGV establece la obligación por parte de los responsables de los puestos de mando de tener los conocimientos necesarios de material móvil (al igual que de instalaciones fijas de la red), al tener como una de sus funciones principales el asesorar a los agentes para que realicen las operaciones oportunas en caso de incidencias o emergencias.

En segundo lugar, como ya hemos indicado anteriormente, el señor Santos Ruiz relató la carencia de información directa por el Puesto de Mando:

“nosotros en el puesto de mando no vemos si los trenes corren más o menos (...) lo que sí les puedo decir es que los tiempos más o menos se cumplían”. Igualmente señaló que “Yo, según los gráficos que veíamos que rayaban los reguladores, no puedo decir que... Se cumplían los gráficos. ¿Qué rebasaban los límites de velocidad? ¿Cómo lo vamos a saber desde el puesto de mando? No podemos verlo si un tren corre más o menos, ¿vale?”

Nosotros vemos unos circuitos de vía, unas rayitas rojas que vemos cómo el tren va avanzando, pero no sabemos si va a 30, a 40 u 80, no lo sabemos.”

En relación a esto, podemos llegar a la conclusión de que la seguridad por parte del Puesto de Mando no estaba habilitado para evitar emergencias, o para saber actuar frente a una inminente emergencia vinculada al exceso de velocidad en la circulación en la vía: Su función sería manifiestamente mejorable si controlase las velocidades alcanzadas por los trenes.

En tercer lugar, el señor Santos Ruiz también indicó respecto a las informaciones que se podían transmitir desde el Puesto de Mando, lo siguientes:

“A lo mejor usted, su pregunta, va enfocada a que si a nosotros nos comunican... Creo que también lo he contestado antes a alguno de ustedes. Si nos comunican que hay un bache, nosotros lo que hacemos es comunicarlo al servicio de vías enseguida, para que vaya a verlo. Y ellos van y lo examinan y, en virtud de lo que ellos ven, pues, establecen una precaución si es necesario, ¿vale? Si dices: «Bueno, sí, hay un bache. Hay que establecer una precaución, a 10, a 20..., y esta noche se repara. » Ya está, es una cosa simple, ¿vale? O sea, que no...”

Ciertamente, en el Plan de Emergencias de FGV no se contempla, dentro de las funciones del puesto de mando, que este puesto de mando reciba una respuesta acerca de una incidencia que deba ser solucionada, siendo sus funciones:

- 1) Recibir información. 2) Valorar y analizar. 3) Informar a la Jefatura de la Línea afectada, del alcance de la misma, y de las decisiones adoptadas. 4) Organizar y ordenar la aplicación del Plan de Emergencia. 5) Advertir al Jefe de Estación, Jefe de Dependencia o Maquinista que comprueben si en la estación o tren, hay alguna persona de movilidad reducida, para solicitar la colaboración del personal propio o de los viajeros para su evacuación. 6) Ante una emergencia comunicarse con el 112 a través del terminal informático destinado a este fin, suponiendo un canal directo y prioritario con el CCE.
- 7) Coordinar las actuaciones de la emergencia con los organismos exteriores.
- 8) Coordinar la normalización de las líneas. 9) Transmitir la información.

En cuanto a este último punto (9), se indica en el Plan de Emergencias que la información que se transmita desde el puesto de mando a los demás servicios o áreas, se efectuará por el responsable; y al exterior de la empresa sólo transmitirán información los responsables de información y los puestos de mando, a las personas que, a criterio de la Dirección, se considere necesario informar.

Atendiendo a que una de las funciones del puesto de mando es disponer de información y documentación de las instalaciones de la red a fin de poder tomar decisiones a nivel operativo, controlando y coordinando las maniobras en casos de emergencias o de incidencias que se efectúen, cabe señalar, que aumentaría la eficacia de sus funciones.

Puesto de mando el día del accidente

El análisis en la forma de actuar por parte del puesto de mando en lo sucedido el 3 de julio en la línea 1 cobra especial relevancia cuando una de las funciones del puesto de mando establecido en el Plan de Emergencias es, una vez recibida la información, valorada y analizada, comunicarse con el 112.

Sin embargo, en este caso ocurrió al contrario: el puesto de mandó no fue capaz de detectar la emergencia hasta que no recibió una llamada del 112.

El señor Santos Ruiz relató al respecto:

“El tiempo de reacción del accidente. Mire, le voy a contar, porque lo recuerdo perfectamente. El servicio se estaba desarrollando normalmente. Y, de repente, nos dicen: «¡Oye! , nos hemos quedado sin tensión en el túnel. » Hasta cierto punto, eso podía ser una cosa no normal, pero, bueno, ocurre a veces que dices..., ¡oye! , porque ha saltado un feeder o porque ha saltado un disyuntor o porque ha habido un cortocircuito o lo que sea, y te quedas sin tensión. Llega el telemando y repone, y ya está todo solucionado, ¿no?

Nos quedamos sin tensión en el túnel. Después, si mal no recuerdo -eso no lo recuerdo bien-, me parece que nos quedamos con la pantalla que nos daba la..., el tramo de donde estaba la estación de Jesús se nos queda congelada. Y, en ese momento, recibimos una llamada de bomberos. La llamada de bomberos fue rapidísima, imagino que porque alguien llamaría al 112. Y nos habla de un descarrilo. Y nosotros decimos: «¿Descarrilo? No tenemos constancia de ningún descarrilo. No sabemos nada. » (Inintel-ligible) ... me dicen que en Plaza España, que si Jesús... Repito, el regulador. . . «¡Oye! , mirad a ver...». «No, aquí está todo normal. » Ya empezábamos a sospechar que estaba pasando algo, pero no sabíamos. Nosotros. . . Vamos a ver, no nos había dicho nadie nada, ¿vale? Entonces es cuando vimos... Hablando con los bomberos, vimos que hacia la estación de Jesús se dirigía humo o polvo, y es cuando se les indica a los bomberos: «¡Oye! , en la estación de Jesús hay humo o hay polvo. Dirigiros allí. » De hecho, es curioso porque, en un primer instante, creíamos que se había caído el techo del túnel por el polvo que había. «¿Qué ha pasado? ». No sabíamos nada. (...) No sé si con eso le contesto un poco a la reacción del tiempo, porque no sabíamos lo que había pasado, nosotros no lo sabíamos. Fueron antes los bomberos. La llamada de bomberos fue rapidísima, rapidísima. De hecho, yo, cuando avisé a mi jefe y tal, digo: «Bájate, porque algo está pasando y no sé qué, pero algo importante porque...». Claro, el enclavamiento se queda fuera de servicio, los enclavamientos se quedan fuera de servicio. Nos quedamos sin tensión. Los trenes se quedan parados. «Algo importante está pasando. » No sé si en eso le puedo contestar a la demora que tuvimos.”

De hecho, el señor Santos Ruiz indicó cómo tuvieron que pedirle a un maquinista su desplazamiento a la línea 1 para recabar más información:

“Había un tren parado en Jesús y, si mal no recuerdo, le dijimos al maquinista: «Acércate. Dinos algo, que no sabemos nada. » Porque, normalmente, cuando hay un descarrilo, me llama el maquinista y me dice: «¡Oye! , que he descarrilado. » (...) cuando ya vimos y nos dijo el maquinista que había cerca de allí que el tren estaba volcado, se nos cayó el mundo encima (...)

El maquinista que fue y nos informó de que había un tren detenido, lo que he dicho antes, es Agustín Rodríguez Ruiz. Maquinista de línea 3 y 5, que estaba en disposición de salir de la estación de Jesús hacia Ayora, y es el que un poco nos..., le dijimos «dinos algo de lo que ha pasado». Y creo recordar, creo recordar que se acercó por allí, ¿vale?”

Por otra parte, además de no existir una cámara que arrojase luz acerca de qué estaba ocurriendo dentro del túnel donde se había producido el accidente, las cámaras del CTC quedaron bloqueadas:

“Sobre la cámara paralizada que me ha dicho. No hablo de la cámara de visión de imágenes, hablo de la imagen que nos da la pantalla del CTC, del Control de Tráfico Centralizado, que es la que yo recuerdo que se nos quedó congelada. Al producirse la avería del enclavamiento se nos quedó congelado el sistema, no las cámaras de visión. ¿Vale? Las cámaras de circuito cerrado de televisión siguieron funcionando. La que se vio aparecer el humo era..., el humo o el polvo, era una cámara del circuito cerrado de televisión. Esas no tienen nada que ver con las imágenes que da el Control de Tráfico Centralizado. ¿Vale?”, indicó en su comparecencia el señor Ruiz Santos.

Las situaciones donde concurrían averías en los enclavamientos, falta de comunicaciones y situaciones de emergencia, no era algo que no hubiese ocurrido anteriormente en FGV y de lo que el puesto de mando no tuviese constancia. Un ejemplo es el incluido en la hoja de explotación anteriormente mencionada, del 01.01.2006, donde dentro del apartado “Incidencias” en

“Enclavamientos y FAP” de las incidencias en instalaciones fijas de la línea 1, venía recogido:

“Caída momentánea del CTC entre las 17:45 y 17:50 aproximadamente en toda la línea 1, se recupera el CTC entre V. Sud , Liria y Bétera, quedando el westrace de Jesús caído 3 o 4 min. más aproximadamente, cuando vuelve el CTC nos quedamos sin comunicación con los enclavamientos entre València Sud y V. de Castelló, se avisa al personal de Comunicaciones que logra restablecer todo menos Picassent que permanece sin comunicación del MICE con el Westrace hasta las 21:20 horas (las agujas se hacen a mano).

Al ver los fallos de comunicación el Regulador le dice al agente de estaciones de Jesús que esté atento a la circulación para en caso de necesidad coger el mando por emergencia del enclavamiento, a lo que responde que el mando local no puede cogerlo por no estar operativo el MICE de Jesús desde hace aproximadamente 10 días, esta avería es ignorada por el personal del Puesto de Mando.”

De la misma manera, la señora Ligorit Palmero, médica del SAMU que accedió al mismo tiempo que el cuerpo de bomberos a la vía para llevar a cabo las funciones de rescate y que compareció en comisión el 13.06.2016, relató cómo no hubo ningún tipo de coordinación en las funciones de los diferentes cuerpos que trabajan allí y que ni tan siquiera sabían si las mínimas medidas de seguridad estaban cubiertas para poder llevar a cabo sus funciones, advirtiendo incluso que la luz de uno de los vagones continuaba en marcha, por lo que sabían que ni tan siquiera la catenaria había estado cortada.

Por tanto, también hay que tener en cuenta cómo la coordinación por parte del puesto de mando fue deficiente, atendiendo la función que se le preestablece por parte del Plan de Emergencias de “Coordinar las actuaciones de la emergencia con los organismos exteriores”.

VII.- RECURSOS HUMANOS

El Departamento de Recursos Humanos dependía directamente de la DIRECTORA-GERENTE de FGV Marisa Gracia, de acuerdo con el organigrama aprobado por el Consejo de Administración de 30 de marzo 2005, modificado por el Consejo de Administración del 11 de noviembre del mismo año.

El Departamento de RECURSOS HUMANOS, estaba dirigido por Dionisio García de él dependían las unidades de:

1. Gestión y Administración de Personal
2. Estudios y Formación
3. Prevención
4. Relaciones Laborales
5. Organización y Provisión de Personal
6. Responsable de RRHH de Alicante

En este Dictamen nos limitaremos a analizar las unidades de Prevención, Estudios y formación.

A.- COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

SERVICIOS DE PREVENCIÓN.

De acuerdo con la legislación en materia de prevención de Riesgos Laborales la empresa debía contar con:

- **Servicio de prevención de Riesgos Laborales** (Capítulo IV de la ley 31/1995 de 8 de noviembre y RD 39/1997 de 17 de enero, Reglamento de los Servicios de Prevención).
- **Comité de Seguridad y Salud** (Capítulo V de la ley 31/1995 de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales).

El servicio de prevención de riesgos laborales

La empresa contaba con una organización preventiva ajustada a la legalidad, con un Servicio de Prevención propio que asumía las actividades de Seguridad en el trabajo, ergonomía y psicología aplicada y medicina.

Formado por tres técnicos de nivel superior con dedicación exclusiva y un técnico intermedio que realizaba tareas de apoyo técnico.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales tenía entre sus funciones proporcionar a la empresa el asesoramiento y apoyo en función de los tipos de riesgo en ella existente y en lo referente a:

“...a) El diseño, implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales que permita la integración de la prevención en la empresa. b) La evaluación de los factores de riesgo que puedan afectar a la seguridad y la salud de los trabajadores en los términos previstos en el artículo 16 de esta Ley. c) La planificación de la actividad preventiva y la determinación de las prioridades en la adopción de las medidas preventivas y la vigilancia de su eficacia. d) La información y formación de los trabajadores, en los términos previstos en los artículos 18 y 19 de esta Ley. e) La prestación de los primeros auxilios y planes de emergencia. f) La vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos derivados del trabajo.

ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN Y COMPARENCIAS

Del análisis de la documentación en poder de esta Comisión se desprende que FGV no contó con PLANES DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES durante los años 2005, 2006 y 2007, incumpliendo lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y la obligación de someterlo a la consideración del Comité de Seguridad y Salud.

Los incumplimientos en materia de Prevención de Riesgos Laborales fueron puestos de manifiesto por la empresa Auditora Entidad Auditora de Riesgos

Laborales S.L., a partir de ahora ENARILA, contratada por FGV para dar cumplimiento con lo dispuesto en el RD 39/97 que establece la obligatoriedad de someter los servicios de prevención a una Auditoría cada 4 años.

La Auditora emite Informe el 30 de abril de 2007 una vez revisada la documentación, girada visita a las instalaciones de FGV los días 19, 20, 21, y 22 de junio de 2006 un mes antes del accidente y tras verificar la aplicación de la medidas correctoras propuestas a la empresa.

Del citado Informe cabe extraer las siguientes conclusiones:

1. FGV **“No contaba con un Plan de Prevención aprobado por la Dirección y asumida por toda la estructura organizativa y en todos sus niveles. Aunque disponía de evaluación de riesgos, no existe en todos los puestos de trabajo y de todos los centros. Los riesgos ergonómicos y psicosociales y los riesgos higiénicos no han sido evaluados por un técnico en la materia”**. Incumplimiento del artículo 2 del RD 39/1997 y su posterior modificación en el RD 604/2006
El 22 de marzo de 2007 la Auditora verificó las acciones correctoras en esta materia después de su primer informe, constatando que GFV no había adoptado las medidas:
“En el momento de la auditoría, no se dispone del Plan de Prevención”
2. **“No existe planificación de la actividad preventiva para todos los puestos de trabajo, ni se ajusta su contenido a lo especificado en el artículo 9 del reglamento de los Servicios de Prevención. Ni se evidencia la efectiva ejecución de las actividades preventivas incluidas en la planificación”**. (Informe de 30 de abril de 2007)
3. La empresa FGV no contaba con una planificación de la actividad preventiva, ni cumplía con lo establecido en el artículo 9 del RD 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, al no incluirse los medios humanos y materiales necesarios, así como los recursos económicos precisos para su consecución.

4. No todos los trabajadores recibían información sobre los riesgos de su puesto de trabajo. Tampoco los trabajadores recibían información sobre las medidas de prevención u protección aplicables a los riesgos, ni las medidas aplicables en caso de emergencia, incumpliendo la normativa laboral. Incumplimiento de lo establecido en el artículo 2 del RD 39/1997 y su posterior modificación en el RD 604/2006
5. La planificación anual de 2006 no fue firmada ni por la empresa ni por los representantes de los trabajadores y las actividades en la especialidad de ergonomía y psicología aplicada únicamente se quedaban en propuestas.
6. FGV cumple con la obligación de entregar información de riesgos, pero no informa de la totalidad de las medidas preventivas correspondiente a todos los riesgos de las instalaciones de la empresa.
7. No todos los trabajadores temporales de FGV contaban con la formación general y específica en materia de prevención de riesgos laborales de su puesto de trabajo y de todos los riesgos existentes en él.
8. FGV no contemplaba los riesgos inherentes al trabajo a turnos y/o nocturnos en las actividades de riesgos de puestos de trabajo que se veían afectados. A fecha 22 de marzo de 2007 esta deficiencia no había sido subsanada.
9. Los simulacros que se llevan a cabo por el **departamento de seguridad de ferrocarriles** no contaban con el asesoramiento del Servicio de Prevención, que es quién tenía el conocimiento en materia de prevención de riesgos laborales. No existían planes de emergencia en todos los centros de trabajo.
Los simulacros no se llevan a cabo en todas las líneas. Solo consta que se llevaran a cabo en la Línea 3 y 5

“No se ha podido comprobar mediante registros que se haya proporcionado formación a los equipos de emergencia ni de aquellos trabajadores que puedan en algún momento permanecer solos en su puesto de trabajo hayan recibido ningún tipo de formación en emergencias”. Situación no resuelta tras su verificación por la Auditora el día 22 de marzo de 2007.

10.No se investigaba por parte del Servicio de Prevención todos los accidentes de trabajo con y sin baja ocurridos en la empresa. Incumpliendo lo dispuesto en el artículo 16.3 de la Ley 31/1995

11. Por último el Informe de auditoría concluye:

“El sistema de Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales de FERROCARRILES DE LA GENERALITAT VALENCIANA NO CUMPLE con los requerimientos de la Prevención de Riesgos Laborales y demás normativa aplicable”.

Algunas de las conclusiones a las que llega la empresa Auditora también fueron puestas de manifiesto por el Comité de Seguridad y Salud, que en distintas ocasiones denunció la falta de formación en materia de prevención de riesgos laborales.

En el Comité de fecha 26 de mayo de 2005 (Acta 2/2005) el Sindicato SIF.
“... propone que se imparta formación a los mando intermedios en materia de prevención por entender que en muchos casos se carece de los conocimientos necesarios.

También la Inspección de Trabajo dejó constancia en la visita girada los días 5 y 9 de noviembre de 2004 a FGV, la necesidad de incluir en el documento de Planificación de Riesgos Laborales que se cumpla la normativa y exige:

“..Incluir en el documento de planificación de la acción preventiva las prescripciones establecidas en los artículos 8 y 9 del RD 39/97 de 17 de enero”.

Transcribimos lo que dice la norma:

Artículo 8. Necesidad de Planificación. *Cuando el resultado de la evaluación pusiera de manifiesto situaciones de riesgo, el empresario planificará la actividad preventiva que proceda con objeto de eliminar o controlar y reducir dichos riesgos, conforme a un orden de prioridades en función de su magnitud y número de trabajadores expuestos a los mismos.*

En la planificación de esta actividad preventiva se tendrá en cuenta la existencia, en su caso, de disposiciones legales relativas a riesgos específicos, así como los principios de acción preventiva señalados en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Artículo 9. Contenido.

1. *La planificación de la actividad preventiva incluirá, en todo caso, los medios humanos y materiales necesarios, así como la asignación de los recursos económicos precisos para la consecución de los objetivos propuestos.*

2. *Igualmente habrán de ser objeto de integración en la planificación de la actividad preventiva las medidas de emergencia y la vigilancia de la salud previstas en los artículos 20 y 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, así como la información y la formación de los trabajadores en materia preventiva y la coordinación de todos estos aspectos.*

3. *La actividad preventiva deberá planificarse para un período determinado, estableciendo las fases y prioridades de su desarrollo en función de la magnitud de los riesgos y del número de trabajadores expuestos a los mismos, así como su seguimiento y control periódico. En el caso de que el período en que se desarrolle la actividad preventiva sea superior a un año, deberá establecerse un programa anual de actividades.*

El Responsable de Recursos Humanos y del Departamento de Prevención de Riesgos Laborales Dionisio García, en la Comisión celebrada el día 29 de enero de 2016 también reveló aspectos sobre el funcionamiento del Departamento de Prevención que es conveniente destacar, y que transcribimos textualmente:

“El departamento de prevención es un departamento cuando yo entro.... que necesita una reforma en profundidad, el departamento de prevención, tanto por la metodología como por el trabajo que se estaba desarrollando, como por los retrasos que había, como por la situación de desconexión que había con el resto de la casa, y el tema de prevención se quedaba un poco siempre como el hermano menor –digamos–; allí, el tema más fuerte que había era el tema del comité de seguridad en cuanto a la seguridad ferroviaria”.

El equipo Auditor en su informe de fecha 30 de abril de 2007, dejaba constancia de que no existía una política de prevención de riesgos laborales que estableciera los principios y compromisos en esta materia.

En opinión del Inspector de Trabajo que compareció en la Comisión de 11 de Abril de 2016 destaca la importancia de los Planes de Prevención:

“El plan de prevención estaría antes de todo esto porque existe una modificación legislativa y consideramos el plan de prevención, quizá, como el documento más importante. El plan de prevención vendría a ser como para una planta la semilla; de alguna forma ahí está todo”.

Igualmente la Coordinadora del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Begoña de Torre Crespo, en su comparecencia el día 6 de junio de 2016 y respecto a la elaboración de Planes de Prevención asegura:

“En 2006 no habían planes de prevención, sino programas anuales”

“El Plan de Prevención se hizo en el año 2008”

En cuanto a la obligatoriedad de contar con una Auditoria externa. Cabe destacar que los Sindicatos no contaron con el informe del Auditor hasta el año 2011 seis años después, pese haber sido reclamado por el Comité de Seguridad y Salud de 29 de diciembre de 2006.

Lo que corroboró Pedro García Caballero, Delegado de Prevención, en su comparecencia de 26 de febrero de 2016.

“La auditoría fue entregada en el 2011. Se tenía que haber entregado en el 2005...”.

Y confirmó la Coordinadora del Servicio de Prevención:

“La Auditoria se inició en junio de 2006...el informe final se entregó a FGV el 30 de abril de 2007...A los Sindicatos se les entregó en 2011”

La empresa en las Disposiciones Finales de su Informe ya advierte a FGV:

“...debe de ponerse a disposición de los representantes de los trabajadores con el fin de que puedan ser conocedores de los resultados de las gestión preventiva de la empresa reflejados en el mismo.”

FGV no cumplió con su obligación hasta 4 años después de ser emitido Informe por la empresa Auditora.

La obligación de informar a los delegados de prevención sobre el resultado de las Auditorías ya fue motivo de requerimiento por parte de la Inspección de Trabajo en el año 2004, en su visita los días 5 y 9 de noviembre requirió a la empresa para que cumpliera la obligación de:

“Informar , con toda amplitud necesaria a los Delegados de persona, sobre los resultados de la auditoría practicada a los servicios de prevención...”

COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD

La empresa contaba con un Comité de Seguridad y Salud, uno en Valencia con cinco Delegados de Prevención y otro en Alicante con tres Delegados de Prevención. Estaba formado por representantes de los trabajadores y por representantes de la Empresa.

El año en que se produce el accidente la empresa estaba representada en dicho Comité por: Dionisio García Gómez, Francisco García Sigüenza, José Miguel Santos, Begoña de Torres Crespo y Juan Luis Pérez-Martorell Gálvez.

Las reuniones de dicho Comité se realizaban periódicamente distribuidas entre reuniones ordinarias y un gran número de reuniones extraordinarias, dónde se examinaban temas exclusivos de prevención de riesgos laborales.

La Auditoria de ENARILA deja constancia que no se había comunicado a la Autoridad Laboral los Delegados de Prevención de Valencia: Pablo García y Rafael Mejías.

Tampoco se comunicó a la Autoridad Laboral los representantes de la empresa en el Comité de Seguridad y Salud de Alicante incumpliendo lo dispuesto en los artículos 18,33 y 34 de la Ley 31/19956.

EL PAPEL DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN LA INVESTIGACION DEL ACCIDENTE.

Competencias del Comité:

El artículo 39 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece las competencias y facultades del Comité de Seguridad y Salud, entre otras:

1. El Comité de Seguridad y Salud tendrá las siguientes competencias:

a) Participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención de riesgos de la empresa...; los proyectos en materia de planificación, organización del trabajo e introducción de nuevas tecnologías, organización y desarrollo de las actividades de protección y prevención a que se refiere el artículo 16 de esta Ley y proyecto y organización de la formación en materia preventiva.

b) Promover iniciativas sobre métodos y procedimientos para la efectiva prevención de los riesgos, proponiendo a la empresa la mejora de las condiciones o la corrección de las deficiencias existentes.

2. En el ejercicio de sus competencias, el Comité de Seguridad y Salud estará facultado para:

a) Conocer directamente la situación relativa a la prevención de riesgos en el centro de trabajo, realizando a tal efecto las visitas que estime oportunas.

b) Conocer cuántos documentos e informes relativos a las condiciones de trabajo sean necesarios para el cumplimiento de sus funciones, así como los procedentes de la actividad del servicio de prevención, en su caso.

c) Conocer y analizar los daños producidos en la salud o en la integridad física de los trabajadores, al objeto de valorar sus causas y proponer las medidas preventivas oportunas.

d) Conocer e informar la memoria y programación anual de servicios de prevención...”.

La Auditora puso de manifiesto **el incumplimiento** de lo dispuesto en el artículo 16.3 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, que establece la obligación de llevar a cabo la investigación de los accidentes.

“No se ha investigado por parte del Servicio de Prevención todos los accidentes de trabajo con o sin baja ocurridos en la empresa. En algunas ocasiones los accidentes son investigados por el responsable de sección e incluso por el propio trabajador”.”

La empresa verifico posteriormente si se había implantado medidas correctoras, comprobando el día 22 de marzo de 2007 que no se habían realizado, aunque se había elaborado un Protocolo de actuación, al que le falta su aprobación por el Comité de Seguridad y Salud y su posterior implantación en la empresa”.

De forma contraria Begoña de Torre, Coordinadora de los Servicios de Prevención en su comparecencia dice que: *“Las funciones del Comité de Seguridad y salud debe conocer los daños que se ha producido a los trabajadores. No dice que los tenga que investigar...La Ley dice el empresario”.* Existiendo por tanto una discrepancia. No obstante el Inspector de Trabajo desdice a la Coordinadora de Prevención en su comparecencia:

“Y, bueno, la investigación debe hacerse a través del Comité de Seguridad y Salud Laboral, debe hacerse también por el órgano responsable de la empresa, por los servicios de prevención, por el servicio de prevención, y conjuntamente con todos ellos se debe elaborar un informe único que resuma todos los demás”.

Los Planes de Prevención de los años 2002, 2003, 2004, como en la Memoria del 2005 contemplaban como acción: *“Coordinar el cumplimiento del Plan de Investigación de accidentes de Trabajo”.*

Sin embargo estas funciones no se cumplen por parte del Comité de Seguridad y Salud. En su reunión de fecha 10 de octubre de 2005 (Acta 4/05) se aprueba analizar el accidente de PAIPORTA-PINCANYA. Dicha investigación, nunca se llevó a cabo.

Así lo confirma el Sr. Díaz Caballero Delegado de Prevención, en su comparecencia de 26 de febrero de 2016:

“No participábamos los representantes de los trabajadores, porque resultamos incomodo, porque vemos más allá”.

En el Comité de Seguridad y Salud convocado con carácter extraordinario el 6 de julio de 2006, tres días después del accidente, se informa por la empresa de la apertura de una investigación interna cuyo instructor sería Noé Gutiérrez (Responsable de los servicios Jurídicos de FGV).

Se confirma que el Comité de Seguridad no participaba de acuerdo con lo establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en la investigación de los accidentes.

No realizó investigación alguna respecto del accidente de 3 de julio de 2006. De acuerdo con el Certificado expedido por la empresa y aportado a esta Comisión:

“La investigación interna la llevó a cabo un Subcomité del Comité de Seguridad en la Circulación creado expresamente al efecto, por tratarse de un accidente de circulación que, además, tuvo su correspondiente investigación judicial. Esta circunstancia se comunicó al Comité de Seguridad y Salud el 6 de julio de 2006 en reunión extraordinaria y también se informó de ello a la Inspección de Trabajo que no expuso objeción ninguna.”.

Los sindicatos, sin embargo habían propuesto el nombramiento de un miembro del Comité de Seguridad y Salud en la investigación, dentro del marco preventivo, aprobando nombrar **un enlace** entre el instructor de la investigación y los comités de Seguridad en la circulación y el propio Comité de Seguridad y salud.

FERROCARRILES DE LA GENERALITAT VALENCIANA, el 12 de julio de 2006 comunica, a la DIRECCIÓN TERRITORIAL DE LA INSPECCIÓN PROVINCIAL DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, el nombramiento de un coordinador instructor del proceso de investigación, con el fin de analizar los daños ocasionados desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales, para valorar sus causas y proponer las medidas preventivas que dicho órgano considere oportunas.

Begoña de Torre confirmó en la Comisión que el nombramiento nunca se hizo efectivo.

CONCLUSIONES

Que hubo incumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y de los Acuerdos del Comité (artículo 16.3 de la ley 31/95).

No se investigó el accidente ni simultáneamente ni con posterioridad, incumpliendo la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

No consta de la documentación examinada, ni se desprende del testimonio de los comparecientes que se nombrara ningún enlace.

El Responsable de RECURSOS HUMANOS Don Dionisio García reconoció en su comparecencia que desconocía los motivos por los que el enlace no intervino en la investigación, justificando este hecho con meras suposiciones:

“porque supongo que estarían suficientemente representados los sindicatos a través del comité de seguridad, que no habría ningún problema en ese punto. Si hubiera habido algún problema o hubiera habido alguna actuación..., yo no recuerdo como un problema que yo tuviera encima de la mesa ese punto. En ese sentido, no puedo darle más explicaciones, porque ni siquiera en estos momentos me acuerdo si se nombró o no se hizo efectivo eso. Pero si no se hizo efectivo, tengo que decirle que fue por unas situaciones de que había alguien que estaba llevando todo el proceso y que estaban conectados. Es

decir, dese cuenta que los que están representando en el comité de seguridad, en uno y otro comité, son los mismos sindicatos. Por lo tanto, no había una situación de..., digamos, que se taponara la comunicación entre ellos. Ese es el punto que...

Lo que revela el incumplimiento de las obligaciones inherentes al Comité.

Reconoció en su comparecencia como error no haber nombrado personas independientes en la investigación del accidente, así como las prisas en cerrar la investigación:

“...Yo sigo creyendo que a nosotros nos perjudicó una situación en la cual – como empresa estoy hablando– hubo una especie de premura en el tiempo por acabar un tema. Creo que nos perjudicó el hecho de que no hubiera, como digo, una persona independiente y ajena a la empresa, al poder político, que hubiera dirigido todo el tema de las investigaciones...”

LOS RIESGOS LABORALES. EL EXCESO DE VELOCIDAD.

Si bien es cierto que el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales no contemplo los excesos de velocidad como riesgo, también es cierto que en varias ocasiones se abordó en el Comité de Seguridad y Salud la existencia del mismo.

En el acta del Comité de fecha 26 de mayo de 2005 (Acta 2/2005 por el Sindicato CCOO “...se pone en conocimiento la problemática que existe con la entrada y salida de trenes a velocidades de los Talleres y **solicita que dicho riesgo sea evaluado** y se apliquen medidas correctoras pertinentes. Una de las soluciones podría ser utilizar los cursos anuales de reciclaje que se impartan a los maquinistas para solucionar el problema.”

En el acta 3/2005 de 15 de julio nuevamente se plantea por el Director Técnico de Prevención la excesiva velocidad en la entrada y Salida de Talleres.

A las preguntas de los portavoces de la Comisión al Inspector de Trabajo Juan Martín García Lloza (comparecencia del 11/04/20016) sobre la velocidad, concluye:

“Después de toda esta información, no he llegado a la conclusión de que hubieran actuaciones por parte de la empresa de excesos de velocidad”.

En otro momento de su comparecencia explica las conclusiones alcanzadas en el Informe elaborado por la Inspección y en relación a esta cuestión puntualiza:

“... no constan amonestaciones o expedientes Comissió d’investigació sobre l’accident de Metrovalencia sancionatorios a los trabajadores, aunque por otro lado no se ha podido comprobar documentalmente que la empresa haya realizado una actividad de control sobre esta materia. Solo se ha recibido la manifestación de la empresa que, de haberse producido esos excesos de velocidad, se hubieran tomado las medidas correctivas oportunas.

Sin embargo, a la Inspección de trabajo no se le facilitó por FGV los accidentes investigados por la DASE, que recogía tanto el rebase de señales y en algún caso exceso de velocidad como causa de accidente.

LA DASE había entrado en funcionamiento en Noviembre de 2005 y tenía entre sus funciones: el análisis de incidencias y la propuesta de medidas.

Consta en los expedientes abiertos por la DASE desde el 1 de enero a Julio de 2006, la existencia **de accidentes debido a rebases de señal y exceso de velocidad**, al menos en 4 de ellos, la sanción propuesta:

“Independientemente de las medidas disciplinarias que la Jefatura correspondiente haya podido adoptar, en estos casos de agentes cuyo comportamiento, por falta de atención, suponga un riesgo para la seguridad en la circulación, proponemos se estudie la participación, en cursos específicos, cuyo contenido suponga potenciar la atención y evitar el exceso de confianza” Con el visto Bueno del Director de Operaciones y el Director Técnico.

Esta información no consta que fuera remitida al Comité de Seguridad y Salud, ni fuera comunicada al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. (Los expedientes han sido analizados en otro apartado de este Dictamen).

FGV comunicó a esta comisión que no constan expedientes disciplinarios por exceso de velocidad.

No obstante, es necesario destacar que la reunión del Consejo de Administración de 19 de marzo de 2006, la Directora Gerente Marisa Gracia, ante los comentarios de uno de los consejeros acerca de la falta de protocolos por actuaciones como arrollamientos y accidentes, dice:

“Respecto a la falta de protocolos, que es algo que hay que mejorar, si bien la deficiencia existente al respecto, es consecuencia, en parte, de problemas en el funcionamiento del servicio de prevención, que está intentando resolver.”

A la pregunta sobre si la instalación de una baliza hubiera evitado el accidente, y si esta puede considerarse como una medida preventiva, el Inspector de Trabajo comenta:

“Sería una osadía por mi parte decir que debía de ponerse una baliza, respondiendo a la última de las preguntas. Me parece oportuno, me parece bien.... Es distinto decir: «Esto es obligatorio que lo debas poner.» O «como recomendación». Yo no lo podría decir porque no está en una norma. Es decir, la técnica, hasta qué punto vincula..., tenemos hoy en día la última tecnología en cualquier parte del mundo sobre muchas cuestiones. Realmente, yo no podría decir... Que me parece oportuno, la verdad es que sí. ¿Hubiera evitado el accidente? Sí, si hubiera funcionado correctamente, porque también había algún pequeño problema de funcionamiento con las ATP que no calculaban bien el tema de los excesos de velocidades –y no me quiero meter también en esto–, pero también, suponiendo que la técnica funcione”.

ACTUACIÓN DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN EL MISMO DÍA DEL ACCIDENTE:

El día 3 de Julio tanto Begoña de Torres Coordinadora del Servicio de Prevención como el Director de Recursos Humanos Dionisio García remiten a los Sindicatos distintas comunicaciones sobre el accidente que acaba de ocurrir y en concreto sobre el estado del maquinista Joaquín Pardo Tejedor y de la interventora Silvia Hidalgo López.

En la primera de las comunicaciones dirigida a los Sindicatos a las 16:52 trasladada:

“De la información que disponemos, pendiente de confirmar el trabajador Joaquín Pardo Tejedor maquinista de la unidad accidentada ha resultado herido y se encuentra en la lista de evacuados a hospitales. Asimismo a la hora de redactar este comunicado FGV sigue sin tener noticias de Silvia Hidalgo López Menchero, interventora del mismo tren. A las 16:52 horas del día de hoy, los datos del accidente se han puesto a disposición de la Dirección Territorial de la Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social”.

A la misma hora 16:52 se remite fax a la Dirección Territorial de la Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad informando en el mismo sentido.

A las 20:45 se informa a la Dirección Territorial de la Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad:

“DESCONOCEMOS TANTO EL PARADERO COMO EL ESTADO DE SALUD DE LOS DOS EMPLEADOS”. Fdo. Por Dionisio García.

El 4 de Julio a las 12:36 se informa nuevamente a la Dirección Territorial de la Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad que tanto el maquinista como la Interventora habían perdido la vida, *“sin que se tenga documentación oficial que se acredite”.*

La información refleja la descoordinación de la empresa.

B.- EL PAPEL DE LA INSPECCIÓN DE TRABAJO

El 18 de Julio de 2006 la Inspección Provincial de Trabajo con la finalidad de de efectuar informe sobre las circunstancias en que se produjo el accidente requiere a FGV para que aporte en el plazo de 15 días la siguiente documentación:

- a) Horario de trabajo del accidentado correspondiente al día en que sufrió el accidente.
- b) Copia del recibo salarial del trabajador correspondiente al mes anterior al del día en que se produjo el accidente.
- c) Fotocopia del libro de Familia.

El 12 de Septiembre Begoña de Torres (Coordinadora del Servicio de Prevención procede a remitirlo.

Del análisis de la documentación dispuesta por la Comisión se infiere:

1. Los datos solicitados por la Inspección tras el accidente era a todas luces insuficiente.
2. Un año después del accidente, en el mes de Junio de 2007, la Inspección requiere a **FVG** a fin de que aporte el régimen aplicable en materia de Jornada, descanso y trabajos nocturnos, todo ello referido al puesto de maquinista.
3. La inspección visita la empresa FGV el 26 de junio de 2007. Se reúne con los responsables para requerirles información que a su vez le había sido solicitada el Juzgado de Instrucción número 21 de Valencia que investiga el accidente.
4. Ex profeso el Comité elabora un Informe atendiendo a la petición de la Inspección de Trabajo efectuada el 26 de Junio de 2007, sobre Jornada Laboral, Trabajo a Turnos, Descanso semanal.

5. El informe incluye el acuerdo de GRÁFICOS DE MAQUINISTAS Y EL CUADRO DE SERVICIOS, de la línea 3 y 5 aprobado por Acuerdo del 28/03/2007
6. A esta Comisión le ha sido imposible averiguar, porque la información que se entrega a Inspección de Trabajo afecta a la línea 3 y 5 y no a la 1 que es objeto de investigación, y no se entrega el Gráfico vigente en el año 2006. Resulta muy complicado conocer si FGV cumplió estrictamente la normativa aplicable al maquinista que conducía las UTAS al no disponer de la documentación oportuna.
7. El 30 de Julio de 2006 la Inspección de Trabajo atendiendo el requerimiento del Juzgado de Instrucción número 21 traslada los informes elaborados por FVG. Dicho informe puntualiza:
 - a. Que no se han observado infracciones en materia de jornada, descanso y trabajos nocturnos.
 - b. Que el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo le ha trasladado que ***“Que no se tiene constancia que desde Ferrocarriles de la Generalitat Valenciana en el desarrollo de sus competencias, haya elaborado una normativa que regule los aspectos relativos a la seguridad de las infraestructuras en las que es competente, ni los requisitos de formación y habilitación obligatorios para el personal de conducción en ese ámbito o si, en su defectos, es de cumplimiento obligatorio la normativa correspondiente que se aplica al conjunto de la red Ferroviaria de Interés General”.***

La comparecencia del Inspector de Trabajo **Juan Martín García Alloza**, en su comparecencia del día 11 de Abril del 2016, no aclaró algunas cuestiones planteadas, y se limitó a explicar los dos momentos en los que intervino la Inspección en relación al accidente:

“Hay que decir que esta inspección de trabajo se ha realizado en dos tiempos, por así decir: una cuando se realizó el accidente, cuando ocurrió el accidente de trabajo, que ocupó a dos trabajadores. Y la otra de ellas, cuando se solicitó por el Juzgado de Instrucción número 21 de Valencia, para ampliar el informe de la inspección de trabajo, con lo cual, alguna de las cuestiones que se han planteado no se van a poder responder completamente, ya que la petición de informe versaba sobre determinadas cuestiones concretas y determinadas”.

Señaló al responsable en relación a las competencias en materia de prevención de riesgos laborales en el transporte del Metro de Valencia:

“Una empresa, si no tiene medios propios o suficientes, o según que la legislación le exija tener un servicio de prevención propio o ajeno, realmente lo hace el servicio de prevención.

Pero realmente luego la responsabilidad es siempre de la empresa. Entonces, la hace la empresa. A la inspección de trabajo le corresponde comprobar que la ha hecho, y existe también una comprobación... A ver, esto se trata de informes técnicos, y nosotros nos tenemos que fiar de los informes técnicos. Si existen errores manifiestos, de bulto o importantes, lógicamente se entra sobre los mismos”

Dijo desconocer la Auditoria de ENARILA, pese a ello manifestó:

“Y yo, por el conocimiento que tenía de anteriores actuaciones de la inspección de trabajo no consideré el empezar a revisar todo el sistema de gestión de la prevención porque tenía entendido que estaba bien, a falta de que en alguna auditoría pudieran haberse detectado algunas otras cuestiones”.

La vaguedad en sus respuestas y sobre todo el que sus palabras fueran precedidas de **“Yo tenía entendido”**, no clarificaron algunas cuestiones importantes.

A modo de ejemplo y volviendo a los incumplimientos revelados por la Auditora sobre la carencia de Planes de Prevención, el compareciente Inspector de Trabajo manifestó:

*“La auditora concluyó que FGV no tiene un plan de prevención y que no era conocido por los trabajadores, y me remito un poco a lo que he dicho anteriormente. A mí me sorprende porque yo sí que **tengo entendido** porque he tenido reunión con el comité de seguridad de salud laboral en la materia de investigar las causas y por peticiones muy concretas que yo tenía que investigar allí, pero yo nunca tuve la sensación de que aquello no se hubiera comunicado, transmitido, integrado.”*

Nota: Esta Comisión solo ha podido contar con el primer informe elaborado por la Inspección de Trabajo, desconociendo otro u otros informes que se hubiera podido emitir.

C.- ANÁLISIS SOBRE LA FORMACIÓN Y HABILITACIÓN DEL MAQUINISTA.

CONSIDERACIONES:

Joaquín Pardo Tejedor, (conductor de la Unidad siniestrada) ocupa la plaza temporalmente de Maquinista el día 6 de marzo de 2006, en el Centro de Valencia Sud, por acuerdo individual y por necesidades del servicio.

Hasta ese momento, su categoría era la de Agente de Estaciones, puesto que ocupaba desde su ingreso en Ferrocarriles el 24 de septiembre de 2001 pasando a fijo el 1 de diciembre de 2004.

Formación recibida:

Formación en materia de riesgos laborales, recibe 4 horas el día 9 de marzo de 2006.

De acuerdo con el programa de Formación consta que le fueron impartidas durante 14 días formación teórica, del 6 de marzo al 28 de marzo, y 15 días recibió formación práctica, del 29 de marzo al 21 de abril.

El día 22 de abril realizó la prueba de aptitud.

El 19 del mismo mes el Jefe de la Línea 1 comunica al Jefe de Administración y Gestión de Personal que Joaquín Pardo es APTO para la conducción de las unidades Series 3600 y 3700 de la Línea 1.

Dionisio García en su comparecencia afirmó que el maquinista de la Unidad siniestrada estaba formado:

“.. Yo sí que creo que esta persona estaba capacitada. Sí que lo creo, porque es que..., yo no lo conocía personalmente a Joaquín, que fue el maquinista que falleció, no lo conocía personalmente, pero no me cabe ninguna duda de que estaba perfectamente”.

Reconoce la existencia de un protocolo de formación, lo que confirma que no existía normativa ni desarrollo reglamentario sobre formación y habilitación, con todas las garantías como muy bien expuso.

“En primer lugar, sobre el tema de la formación de los maquinistas, había unos protocolos de formación de los maquinistas. Esos protocolos, por cierto, estaban en una situación que iniciamos una revisión, creo que fue a finales de 2004, principios de 2005. En esos protocolos, fundamentalmente, lo que había... Digamos que el sistema que había era una circular que se había..., convocatoria de maquinistas. En esa circular –ese proceso sí que lo hacíamos nosotros, desde recursos humanos– constaba, creo recordar, de un examen teórico. Una vez que se pasaba ese examen teórico, después, había toda una participación, había una publicación interna, una serie de requisitos de antigüedad, que venían determinados por una normativa, por normas internas de FGV. Y, después, lo que había era un proceso, que lo llevaba el departamento..., la parte de operaciones, que eran los técnicos lo que se dedicaban a dar las clases a los maquinistas, de

funcionamiento, etcétera. Y, después, había una parte práctica. Y, al final del proceso, eran los técnicos de las distintas líneas los que firmaban la habilitación de las personas. Quizás me he dejado un punto, y es que el examen teórico iba acompañado también de una parte de prueba psicofísica. **Ese es un poco el proceso que había. Era un proceso que necesitaba una cierta revisión. Y nos pusimos a trabajar en ese tema. Se quedó..., bueno, después ha evolucionado, parece ser, a un procedimiento más formalizado.** Esto es lo que le puedo decir respecto a la formación de los maquinistas y a la situación”.

A mayor abundamiento Dionisio García reconoce que los protocolos de formación no estaban formalizados:

“En realidad, los protocolos que había no estaban..., habría que conocer la empresa un poco dentro, pero no estaban de una manera formalizados, no estaba de una manera escrita todo el proceso de acceso a la profesión de maquinista o, por lo menos, yo no tengo, en esos momentos, conciencia de que eso estuviera así. Había una práctica, una práctica que supongo que venía acumulada por el paso de los tiempos, donde la formación del maquinista, ya, y como le decía ante..., venía dada por, fundamentalmente, las prácticas de los que pasaban, tanto las pruebas psicofísicas como la parte teórica, venían dadas por las líneas y eran los técnicos de la línea los que hacían las prácticas. Y, por lo que yo sé, en aquel momento había gente que necesitaba más prácticas, otros menos y algunos que eran rechazados. Ante esa situación, uno de los planteamientos que nosotros tuvimos en recursos humanos fue intentar formalizar eso e intentar racionalizarlo y darle un sentido.

Y termina ilustrando a la Comisión de los trabajos iniciados con la Universidad para adecuar la parte teórica y sobre todo para adecuar la parte psicofísica, dándole además el nombre de “profesiogramas”.

“Recuerdo...que empezamos unos trabajos, en contacto con la universidad, que hicimos con el INTRAS, creo recordar, con el instituto, sobre todo para adecuar algunos temas, para adecuar la parte teórica y, sobre todo, para adecuar la parte psicofísica y para establecer después un ajuste en este sentido..., lo que nosotros llamamos «los profesiogramas», que era el análisis de las actividades que realizaba sobre todo el personal que tenía ciertos riesgos, que llamábamos de seguridad. ... estábamos en contacto constantemente con los sindicatos para establecer las relaciones, las metodologías que estábamos utilizando y demás. Eso era un trabajo lento, era un trabajo, primero, porque había que convencer a todos los trabajadores. Ante estos cambios, los trabajadores tuvieron ciertos celos, ciertos miedos, ciertas oposiciones, porque una de las aspiraciones en gran parte de la empresa, fundamentalmente el maquinista era un oficio –digamos– prestigiado dentro de la empresa, y la gente quería ser maquinista. Entonces, lo que había que intentar es que fueran maquinistas las personas más adecuadas, en el sentido que había gente, por ejemplo, detectamos gente que no tiene ningún sentido del miedo. Entonces, asumía riesgos, y alguno de estos tuvimos que decirle que no. Había situaciones por lo tanto donde había muchos elementos que se estaban analizando, se tenían que analizar, y que hasta esa fecha no se habían tenido en cuenta. Estoy hablando de elementos de la capacidad de reflejo, la capacidad de reacción, el mantenimiento, el centro de la atención. Toda esa serie de circunstancias que había que parametrizar, que había que establecer por escrito y que después había que pasar a cada uno de los maquinistas, de los aspirantes a maquinistas, para ver si superaban las pruebas, evaluarlas y traducirlos en escalas...”

Juan Pérez-Martorell (Responsable de Recursos Humanos de Alicante) informa al Comité del 15 de Julio de 2005 que se están llevando a cabo un estudio de profesiograma para *“...determinar criterios de aptitud para el acceso de profesión de maquinista. Es un proyecto a largo plazo y estará en la línea de las nuevas normas ferroviarias y de las otras empresas ferroviarias”*.

Podemos concluir sobre la formación impartida a los Maquinistas para ser Habilitados, dos momentos:

Antes del accidente:

1. Además del trabajo que se había encargado a INTRAS sobre la formación de los maquinistas, corroborado por el responsable de Recursos Humanos Dionisio García, así como las manifestaciones vertidas por Juan Pérez-Martorell en el Comité de Seguridad, se venía trabajando por el **DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y ESTUDIOS** en un documento sobre procesos de habilitación.
2. El 31 de Mayo de 2006, dos meses antes del accidente, la empresa remite a los Sindicatos el borrador correspondiente al proceso de Habilitación en FGV. (El Borrador establecía una duración de 27 días el curso de capacitación).
3. Respecto de los requisitos de formación y habilitación para el personal de conducción los comparecientes dijeron contar con **“documento** de habilitación que integra distintos aspectos”- La utilización de la palabra documento corrobora que FGV no contaba con desarrollo normativo que regulara los procesos de habilitación para ocupar el puesto de Maquinista. Proceso al que se acogió el Maquinista para acceder a la plaza.

Después del accidente:

1. El Ministerio de Fomento dicta la Orden FOM/2520/2006, de 27 de julio, en la que se determinan las condiciones para la obtención de títulos y habilitaciones que permiten el ejercicio de las funciones del personal ferroviario relacionadas con la seguridad, así como el régimen de los centros de formación de dicho personal y de los de valoración de su

aptitud psicofísica (Vigente hasta el 11 de Enero de 2019). Endureciendo las exigencias. (No podemos determinar si fue como consecuencia del accidente)

2. FGV propone la creación de un Grupo de trabajo (Subcomité) derivado del Comité de Seguridad en la Circulación para establecer los procesos de capacitación técnica para la obtención de HABILITACIONES. Así consta en el acta de 28 de septiembre de 2006 del Comité de Seguridad.
3. El 20 de diciembre de 2006 se reúne el Grupo de Trabajo
“... para establecer los contenidos correspondientes a los procesos de capacitación técnica para la obtención de Habilitaciones”.
4. El 16 de mayo de 2007 vuelve a reunirse con un único punto del orden del día. “Procesos de Habilitación”.
5. El 5 de junio de 2007 se mantiene una reunión para el debate de los documentos.

Por primera vez se establece la Habilitación para Maquinista de la Línea 1 en función de la procedencia, hecho que no se tenía en cuenta con anterioridad.

La formación del Maquinista de la UTA siniestrada recibió una formación teórica y práctica de 225 horas (29 días) con el nuevo modelo de habilitación y dado que la procedencia del Maquinista D. Joaquín Pardo Tejedor procedía de personal de estación con circulación, la formación que hubiera recibido de estar en marcha los procedimientos de Habilitación hubiera sido de 315,5 horas durante 41 días.

6. El 12 de diciembre de 2014 mediante Circular la Gerencia se establece el Proceso de Habilitación anulando las anteriores Circulares.
7. Por primera vez, se ordena todo el PROCESO DE HABILITACIÓN DE CONDUCCIÓN de forma ordenada y sistematizada en el año 2014. Se regula la obtención de los Certificados de Aptitud Psicofísica. El acceso a la formación para obtener la Capacitación Técnica para la conducción con y sin viajeros. La Homologación de los formadores, así como los temarios.

FGV no contaba con una política definida en materia de Formación.

VIII. ANÁLISIS DEL ACCIDENTE

A.- ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DE TRANSPORTE Y VÍAS

a) Las unidades siniestradas UTA 3736-3714.

Las UTA siniestradas pertenecían a las series 3700 y 3600, las más antiguas con las que contaba FGV, y que estaban ya obsoletas y próximas al final de su vida útil, tal y como indica el informe del Sr. Contreras:

INFORME DE NECESIDAD ADQUISICIÓN 20 UNIDADES TIPO 3900, SERIE 4300.

“Los trenes de la serie 3700 – 40 unidades – que actualmente prestan servicio en la línea 1 de Metro Valencia, empezaron a circular el año 1986, por lo que están muy próximas al final de su vida útil.

La rama de tracción y, muy especialmente, el control de la misma es de tecnología ya obsoleta por lo que presenta grandes problemas en su mantenimiento, ya que resulta especialmente complicada la obtención de repuestos, siendo este problema especialmente grave en el caso de las tarjetas electrónicas y componentes de las mismas, por lo que FGV debe realizar el acopio de estos elementos, con el consiguiente incremento de costes.

Debido al clima de esta zona la corrosión en los elementos de caja es muy importante, por lo que se hace necesario el saneo de toda ella y, en el caso de los techos, la sustitución de los mismos debido al gran deterioro que padecen.

Así pues, consideramos necesaria la renovación de estos trenes, por lo que se ha procedido a realizar una estimación del posible coste. El importe estimado es de 1.700.000€/unidad.

Con esta actuación prolongaríamos la vida útil de estas unidades en 10 años.

El importe total estimado es, por consiguiente, 68.000.000€.

Estas unidades circulan, habitualmente, en composiciones dobles, por lo que en la práctica, equivaldrían a 20 unidades de tren de tres coches, con lo que las plazas ofertadas serían similares a las actuales.

Ante el elevado importe de esta reparación conviene considerar la posibilidad de compra de 20 unidades nuevas tipo 3900, que a los precios de mercado actuales representarían una inversión de 106.000.000€, lo que supone 5.300.000€ por unidad de tres coches MRM.(...)”.

La serie 3600 era más antigua todavía que la 3700, y FGV contaba con 10 unidades de esta serie (Babcock Wilcox), de las que solo se encontraban en servicio 4, que sumados a las 40 unidades de la serie 3700, daban un total de 44 unidades. Hay que tener en cuenta que habitualmente este tipo de UTA circula en composiciones dobles, dada la poca capacidad de este tipo de vagones, por tanto aunque fueran un total de 44 unidades, realmente eran 22 trenes para cubrir la totalidad del servicio. De estos, entre 2 trenes (4 UTA's) y 3 trenes (6 UTA's) se encontraban paralizados en talleres pendientes de reparar, tal y como muestra el libro del contraamaestre.

Además, según el Sr. José Jesús Valencia Valencia, oficial del Oficio en Valencia Sur en el momento del accidente:

“Si no hay trenes..., en aquella época en FGV había cuarenta UTA, diez Babcock Wilcox, que sí que estaban absolutamente obsoletas porque eran diseños de los años cincuenta, Babcock Wilcox, de las cuales no se ha hablado, eran cuarenta UTA y diez Babcock Wilcox, de las cuales cinco o seis ya no salían directamente porque de aquellas sí que no había repuestos ni había nada. Con decir que el asiento del conductor no tenía ni respaldo. Estamos hablando del año 2006, ¿eh? Diez Babcock Wilcox obsoletas y cuarenta UTA para renovar y hacerles trabajar al régimen que deben trabajar esas unidades.”

Las UTA 3700, eran modelos fabricados en los años 80, con licencia holandesa que respondían a un diseño de metro ligero, tren pesado, tren-tranvía, que estaba previsto para circulaciones suburbanas a velocidades que podían llegar a 80 kilómetros por hora pero no para una intensidad de circulación como la que exige un metro, con circulaciones continuas, tal y como relata Vicent Torres, en su comparecencia, presidente de la Plataforma del Ferrocarril del

País Valencià. El informe de Vicente Contreras, Director Adjunto de Explotación, pone de manifiesto que tras 20 años en uso, se debía tomar una decisión, o realizar una “actualización en profundidad” de las UTA descritas, que se habían quedado obsoletas y que aumentaría en 10 años más la vida útil de las mismas, o sustituirlas por nuevas UTA.

La decisión de la dirección, tal y como muestra el informe del Sr. Contreras, fue la sustitución de las mismas, pero el problema fue que desde el 15 de septiembre, fecha en que se realiza este informe, hasta el día 3 de julio de 2006, cuando se produce el accidente, no se compró ninguna UTA nueva ni tampoco se actualizó a fondo ninguna de las existentes, por lo que se continuaba trabajando con las UTA 3700 y las que quedaban de la 3600, con el gran problema que existía de recambios y material, y la falta de trenes suficientes para poder realizar el servicio con normalidad, resultando que de las 44 unidades disponibles, solo se quedaban una o dos de reserva para poder llegar a cumplir con el servicio, cosa que suponía el sometimiento del material móvil a un gran estrés continuado.

DENUNCIAS TRABAJADORES FGV SOBRE ESTADO UTA'S

Representantes sindicales, maquinistas y trabajadores de FGV, también llevaban tiempo denunciando el estado de las UTA, y la necesidad de renovación del parque móvil y la falta de condiciones en los trenes para poder salir y dar un correcto servicio:

- *“las UTA necesitaban un recambio, eso era evidente”*. Luis Jorge Álvarez Llanos (representante sindical SIF).
- *“No es podia traure el servei endavant, no n’hi havia trens suficients. Comunicació de si falta material, el tren tal ha d’eixir en Wilcox; si falta material, l’altre tren en UTA; si falta l’altre es suprimeix este...”*. Juan García López. (excap de l’estació de València Sud).
- *“Y la falta de inversión, se nota, es decir, hasta el accidente faltó inversión, y a partir del accidente, sí que se hizo mucha inversión, tanto en la colocación y protección de todas las curvas, unidades nuevas y el sistema ATP en el tramo Torrente a Empalme.”(...)*“En general el

problema era que no había presupuesto". Francisco Machado León. Maquinista, (representante sindical CCOO).

Por otra parte, desde la Plataforma del Ferrocarril del País Valencià, ya denunciaron esta situación el 1 de octubre de 2005, mediante un artículo, que publicaron tras el accidente de Picanya, donde entre otras cosas denunciaban que la Línea 1 era la que se mantenía a un nivel más obsoleto, que la modernización de los ferrocarriles autonómicos iba demasiado lenta, y que el esfuerzo inversor de la Generalitat seguía priorizando una apuesta suicida por la carretera. Inciden también en que Los ferrocarriles de la Generalitat padecen además un déficit crónico de material rodante, escaso, con un mantenimiento reducido al límite mínimo para hacer circular el máximo de trenes. Además, denuncian la escasez de personal en talleres, hecho que explica, en parte, la cantidad de averías que entorpecen la circulación y degradan el servicio.

En su comparecencia también inciden en que *"Al crear nuevas líneas y alargar las existentes, sin adquirir nuevos trenes, se ha provocado una escasez de material móvil, que obliga a mantener prácticamente todo el parque en circulación, reduciendo esos trabajos de mantenimiento."*

"Y el material, por lo tanto, seguramente no era suficiente o resistente.

¿Podía seguir circulando? Podía seguir circulando pero extremando las medidas de seguridad, evidentemente, pero sobre todo extremando el mantenimiento y la reparación con la intensidad y con la frecuencia que tocaba.

Y, claro, ahí nos encontramos con que, debido al aumento de servicios –lo cual estaba muy bien– pero con mismo material y que encima no era el adecuado, pues resulta que en vez de aumentar las medidas de mantenimiento se van reduciendo, se van prolongando en el tiempo, hay menos unidades en mantenimiento."

"Entonces, concluimos que el ritmo de inversiones y de movilización era insuficiente, que el mantenimiento era insuficiente y que el uso del sistema ferroviario pues no sé cómo calificarlo, de «temerario», porque –digamos– forzaba mucho el material, forzaba mucho la red, forzaba mucho las

frecuencias y, evidentemente, esto también llevaba a accidentes, a problemas, en fin, y a cosas como las que pasaron.”

EXPLICACIÓN OBSOLESCENCIA DESDE LA DIRECCIÓN Y JEFATURA FGV

Desde la dirección y jefaturas de FGV, explican que la obsolescencia simplemente quiere decir que necesita unas modificaciones para poder continuar, y que si económicamente no compensan la adquisición de unidades nuevas, se puede optar por esta segunda opción, que es lo que claramente explica el Informe del sr. Contreras.

Luis Miguel Domingo Alepuz. Jefe taller FGV de Valencia Sur.

“En FGV hoy mismo están circulando trenes llevando viajeros con 50 años de antigüedad, porque han sufrido diferentes modificaciones para ir actualizando los equipos que van quedándose obsoletos. Para nosotros OBSOLETOS es que llega un momento en que el mantenimiento no ayuda a mejorar la fiabilidad y entonces se hace una modificación.”

“Todas las modificaciones se hicieron con los fabricantes de los equipos, en compañía, hablando con ellos y, después con CAF hicimos 3 modificaciones: los soportes de chopper porque por un defecto de soldadura, se nos cayeron dos soportes; también por un defecto de diseño pues aparecieron grietas y se tuvieron que modificar; y también por defecto soldadura apareció grieta en la platabanda trasera y también tuvieron que modificarlo. Entonces como eso sí que formaba parte de la estructura de la caja y era de CAF, sí. Siempre que era modificación se recurre el fabricante del equipo.”

La cuestión está, en que como la opción que se eligió fue la de renovación de la flota, es evidente que no se realizó esta modificación necesaria para dejar los trenes en correcto funcionamiento, y poder continuar con su uso y explotación unos años más. Esta actualización, que según dicen desde jefatura de FGV se ha realizado algunas veces en otras flotas, o incluso en esta flota por algunos problemas con el chopper y en la estructura de la caja en su día si que se realizó con CAF, pero sin embargo, a partir del informe de Contreras, a las UTA 3700 y 3600 no se les realizó ningún tipo de actualización y se siguió circulando con ellas.

HISTORIAL ENTRADAS A TALLER UTA 3736:

AVERIAS Y REVISIONES PROGRAMADAS

Tras consultar el libro del contraamaestre y los documentos (53.1) *“Listado de todas las entradas del material móvil correspondientes a la línea 1, tanto por trabajos programados/planificados por la oficina técnica de Valencia Sud, como retiros por avería hechos por maquinistas (OAM)”*, el *“Listado de todas las revisiones planificadas/programas a la UTA 3736 desde la oficina técnica, así como las intervenciones detectadas al realizar dichas revisiones”* (doc 8.1.) y las *“actas compulsadas de las revisiones realizadas los años 2005 y 2006 respectivamente a las unidades 3736 y 3714 en las modalidades P1, P2, P3 y P4”* (doc 36.1.), obtenemos el siguiente listado donde se refleja:

Todas las reparaciones por averías o revisiones programadas realizadas en taller a la UTA 3736 los días comprendidos entre el 01-01-2006 y el 03-06-2006:

Entrada: 01-01-2006. Salida: 01-01-2006. Cristal ventana sala viajeros tipo A. Roto.

Entrada: 04-01-2006. Salida: 04-01-2006. Avería cerradura cabina A y asientos rotos.

Entrada: 09-01-2006. Salida: 09-01-2006. **Revisión P3 Unidad. 46,75 h.**
Reparar Bogie motor.
09-01-2006. Cambio aceite compresor principal.
09-01-2006. Manómetro doble cabina A, marca mal.

Entrada: 17-01-2006. Salida: 18-01-2006. **Avería convertidor estático y limpia B.**

Entrada: 18-01-2006. Salida: 19-01-2006. **Cambio ejes y ruedas bogie portante**

Entrada: 18-01-2006. Salida: 20-01-2006. Cristal frontal coche A roto.

Entrada: 19-01-2006. Salida: 19-01-2006. **Tope lateral traviesa bailadora B izquierda.**

Entrada: 21-01-2006. Salida: 22-01-2006. **Avería convertidor estático.**

Entrada: 21-01-2006. Salida: 22-01-2006. Montar sonda FAP.

Entrada: 23-01-2006. Salida: 23-01-2006. Proyector testero A sucio y limpia.

Entrada: 27-01-2006. Salida: 27-01-2006. Avería limpia parabrisas cab. B.

Entrada: 09-02-2006. Salida: 09-02-2006. **Revisión P2 Unidad. 26,25 h.**
(Cambiar/sustituir distribución neumática)

Entrada: 14-02-2006. Salida: 21-02-2006. **Avería bogie B (ruido en 6º reductor).**
14-02-2006. Salida: 21-02-2006. Partículas metálicas en reductor 6ª posición.
14-02-2006. Salida: 17-02-2006. Cambiar corona orientación bogie portante.
17-02-2006. Reengrase corona de orientación bogie B.
14-02-2006. Salida: 21-02-2006. Levante unidad cambio reductor 6ª posición.
NOTA: Esta misma avería la había sufrido ya la UTA el 25-10-2005.

Entrada: 22-02-2006. Salida: 22-02-2006. **Avería freno bogie P (está frenado).**

Entrada: 27-02-2006. Salida: 27-02-2006. Avería equipo megafonía A.

Entrada: 01-03-2006. Salida: 01-03-2006. Avería espejo retrovisor cab B derecha.

Entrada: 17-03-2006. Salida: 17-03-2006. **Revisión P2 Unidad. 27,25 h.**
(Cambiar/sustituir bogie motor)

Entrada: 30-03-2006. Salida: 30-03-2006. Avería equipo FAP cabina B.
30-03-2006. Comprobar con/des convertidor cabina.

Entrada: 02-04-2006. Salida: 02-04-2006. Cristales (2) ventanas viajeros roto.

Entrada: 03-04-2006. Salida: 03-04-2006. Unidad exteriormente muy sucia.

Entrada: 06-04-2006. Salida: 06-04-2006. Avería espejo retrovisor cabina A.

Entrada: 07-04-2006. Salida: 07-04-2006. Avería cierre de puertas viajeros.

Entrada: 08-04-2006. Salida: 08-04-2006. Avería cierre de puertas viajeros tipo 3ª der.

Entrada: 11-04-2006. Salida: 11-04-2006. Avería pulsador autorización puertas B.

Entrada: 16-04-2006. Salida: 16-04-2006. Avería tope fusionada con UT 3734.

Entrada: 17-04-2006. Salida: 17-04-2006. **Avería de tracción "Tirones".**

Entrada: 20-04-2006. Salida: 21-04-2006. **Revisión P4 Unidad. 71,40 h.**
(Cambiar/sustituir bogie motor, cableado y

aparellaje AT, bogie remolque)

21-04-2006. Cambio aceite a reductores hurth.

Entrada: 22-04-2006. Salida: 22-04-2006. Avería compresor principal.

Entrada: 28-04-2006. Salida: 03-05-2006. Torneado de bogies motores y portante.

Entrada: 05-05-2006. Salida: 05-05-2006. Avería a tracción (falla en ++).

Entrada: 11-05-2006. Salida: 11-05-2006. Avería indicador de destino frontal B, no va.

Entrada: 13-05-2006. Salida: 13-05-2006. Avería mando indicador destino.

Entrada: 16-05-2006. Salida: 16-05-2006. Avería enganche automático B.

Entrada: 17-05-2006. Salida: 17-05-2006. Avería indicadores destino enganchados.

Entrada: 20-05-2006. Salida: 20-05-2006. Cristal ventana sale viajeros tipo A roto.

Entrada: 21-05-2006. Salida: 22-05-2006. Avería pulsador indicador destino.

Entrada: 23-05-2006. Salida: 25-05-2006. Avería mando indicador destino.

Entrada: 30-05-2006. Salida: 30-05-2006. Reparar fuga aire por puerta tipo 2A.

Entrada: 31-05-2006. Salida: 31-05-2006. **Revisión P2 Unidad. 23,40 h.**
(Cambiar/sustituir bogie motor, bogie remolque, motor de tracción.)

Entrada: 10-06-2006. Salida: 11-06-2006. Graffiti frontal A exterior.

Entrada: 18-06-2006. Salida: 18-06-2006. Avería equipo megafonía A, no va.

Entrada: 27-06-2006. Salida: 27-06-2006. **Revisión P2 Unidad. 26,85 h.**
(Cambiar/sustituir bogie remolque y motor de tracción)

27-06-2006. Cambio aceite compresor principal.

(Llama la atención que la revisión P4 se realice en un solo día, y que poco después siga teniendo problemas con los bogies y la tracción.)

En la comparecencia de Luis Miguel Domingo Alepuz, jefe taller FGV de Valencia Sur, explica las revisiones de la unidad 3736:

“Revisiones unidad 36. Última revisión P2 el 27 de junio de 2006. La última revisión R de BOGIES la había tenido el 10 de junio de 2003. Respecto a lo que es retorneado de ruedas, el último retorneado de ruedas para reperfilear las ruedas había sido el 3 de mayo de 2006, concretamente tanto la unidad 3.714 que había sido revisada también concretamente el 23 de junio, y había sido retorneada el 9 de septiembre de 2005, los diámetros de rueda y los espesores de pestaña estaban dentro de la inspección técnica de homologación que salió el 26 de noviembre de 2015”

En cuanto a la revisión tipo R2 que se le realiza, donde se inspeccionan los BOGIES con más profundidad dice lo siguiente:

” Los diámetros de rueda y los espesores de pestaña eran los correctos –digo-, en 2006 con arreglo a la inspección... que se vieron en 2009 y en 2015, o sea, eran correctas y así lo determina también el perito en el primer informe pericial del 2007”.

Sin embargo no dice nada de una inspección con rayos X para poder comprobar el estado interior de la sección de acero, único punto de unión entre el bogie y el chasis del vagón.

CONCLUSIONES DE LAS ENTRADAS A TALLER UTA 3736:

La UTA 3736 pasaba unos diez días al mes de media, de enero a junio de 2006, en los talleres por averías diversas. Cosa que demuestra el sometimiento a continuo estrés del material, la falta de unidades listas para salir, como denuncian la mayoría de trabajadores de FGV.

Sin embargo, era la práctica y el funcionamiento habitual en talleres. De hecho en las comparencias del personal de talleres y maquinistas, denuncian que salían unidades sin reparar, entraban y volvían a salir cuando había que cubrir el servicio y siempre que la reparación que se le tuviera que realizar no imposibilitaba la conducción o significara un riesgo para la circulación, pero era necesario sacarlas para cubrir el servicio, y cuando se podía, se volvían a meter en el taller para reparar la avería (poco relevante) que pudieran tener.

Desde la Plataforma del Ferrocarril del País Valencià, también denuncian el hecho de que no se aplicaran rayos equis a algunas piezas para ver si realmente tenían fracturas internas que pudieran provocar la rotura:

“no se tomaban precauciones como la de aplicar rayos equis a algunas de las piezas para ver si realmente tenían fracturas internas que pudieran provocar una rotura. Esto era lo que se hacía.

Por lo tanto, el problema ya no era tanto el material que había sino el uso que se hacía del material, que era un uso muy estresante, desde el punto de vista de los materiales, y con un mantenimiento que iba en declive". Vicent Torres Castejón (presidente de la Plataforma del Ferrocarril del País Valencià).

Varios representantes sindicales de los maquinistas, también denuncian la falta de material y de repuestos en los talleres:

Francisco Machado León, maquinista, representante del sindicato de CCOO en el Comité de Seguridad:

"referente a las unidades, cuando se avisa de que tiene una avería realmente se retiraba, es decir, si era una avería que el maquinista consideraba para retirarla, lo decía y se retiraba, si era una avería menor (megafonía, problema de indicadores...) no, porque el problema también era que había falta de material, entonces, pues, dependiendo. Pero si era una avería que el maquinista decía de retirarla, pues se retiraba automáticamente, por eso se comunicaba al puesto de mando."

Luis Jorge Álvarez Llanos, Representante sindical SIF:

"Yo vi llantas rígidas, pero no recuerdo si todas eran rígidas, porque había bogies que llevaban mezcladas. Había BOGIES con llantas rígidas y había otros bogies, en el mismo tren, ¿eh?, que llevaban llantas elásticas. O sea, se instalaba lo que se tenía, porque la edad de las UTA hacía que tuviésemos los repuestos también ajustados. Y, entonces, se fueron cambiando, a raíz de los accidentes de la llanta, se fueron cambiando de elásticas a rígidas, pero no puedo concretar que en el accidente todas fuesen elásticas. Yo sí que he visto llantas rígidas, pero no puedo decírtelo ahora mismo."

HISTORIAL EMPLEO BOGIES UTA 3736:

A pesar de que en las revisiones que aparecen como P2, P3 y P4, conste el cambio o sustitución de los bogies, este cambio no se produce porque tal y como muestra el informe de FGV sobre el Historial de lista de empleos de los bogies montados en la unidad 3736 (doc. 70.1.), tenemos que:

“Los bogies montados en la unidad 3736 con fecha 3-7-06 eran:

Nº serie 3737-A: *bogie motor montado en la posición A y con nº de identificación en SAP 301956.*

Como se puede ver en el volcado adjunto este bogie estaba montado en la unidad 3734 en el año 2000, con fecha 1-4-03 se desmonta de esta unidad (este movimiento aparece en SAP como M-S-EQDA) después con fecha 7-7-03 el bogie pasa al estado M-S-EQDR que significa que el bogie está reparado/revisado y disponible para ser montado.

Finalmente este bogie pasa a montarse en la unidad 3736 con fecha 9-7-03.

- nº serie 3737-B: *bogie motor montado en la posición B y con nº de identificación en SAP 301972.*

Mismos movimientos que el bogie anterior, como se puede ver en el volcado adjunto este bogie estaba montado en la unidad 3734 en el año 2000, con fecha 1-4-03 se desmonta de esta unidad (este movimiento aparece en SAP como M-S-EQDA) después con fecha 7-7-03 el bogie pasa al estado M-S-EQDR que significa que el bogie está

Reparado/revisado y disponible para ser montado.

Finalmente este bogie pasa a montarse en la unidad 3736 con fecha 9-7-03.

- nº serie 3734-P: *bogie portante montado en la posición P y con nº de identificación en SAP 302046*

Este bogie no tuvo ningún movimiento desde el año 2000 hasta fecha de 3-7-06.”

Llama la atención que la fecha coincide con el último descarrilo sufrido por la UTA 3736 antes del fatídico accidente del 3 de julio de 2006:

RELACIÓN ACCIDENTES UTA 3736:

Según la recopilación de accidentes realizada por la Dirección de Transportes de FGV, y los datos aportados, por el servicio de mantenimiento de material móvil. La UTA 3736 desde su puesta en servicio el 23 de Enero de 1991 hasta el 3 de Julio de 2006, se vio involucrada en los siguientes accidentes.

- **Descarrilamiento entre Villanueva de Castellón y Alberique**
 - **Fecha:** 19-09-1992 a las 13:15 horas
 - **Ubicación:** En plena vía entre las estaciones de Villanueva de Castellón y Alberique.
 - **Composición:** 3736-3724
 - **Observaciones:** Descarrila uno de los bogies motores de la UTA 3736. No consta en el archivo la causa específica del mismo.
 - **Consecuencias:** No hubo que lamentar desgracias personales.

- **Colisión con turismo en Paso a Nivel**
 - **Fecha:** 26-02-1993 a las 15:43 horas
 - **Ubicación:** Paso a Nivel entre los apeaderos de Realón y Colegio el Vedat.
 - **Composición:** 3736-3739
 - **Observaciones:** El turismo V-8090-BF, cruza el Paso a Nivel de derecha a izquierda sin respetar la señalización.
 - **Consecuencias:** Resulta herido grave el conductor del turismo.

- **Descarrilamiento entre Massarajos y Montcada**
 - **Fecha:** 05-11-1994 a las 13:30 horas
 - **Ubicación:** En plena vía entre Massarajos y Montcada.
 - **Composición:** 3736
 - **Observaciones:** Descarrila el Bogie motor 3736A debido a la rotura del bandaje de una de las ruedas del eje 1º.
 - **Consecuencias:** No hubo que lamentar desgracias personales.

Arrollamiento entre Liria y Benaguacil

- **Fecha:** 26-11-1995 a las 19:09 horas
- **Ubicación:** En plena vía entre Liria y Benaguacil
- **Composición:** 3736-3731
- **Observaciones:** La víctima sale de detrás de un poste y es golpeado por el tren.
- **Consecuencias:** La víctima resultó herida leve.

Arrollamiento en Paso a Nivel P-3

- **Fecha:** 23-09-1997 a las 12:08 horas
- **Ubicación:** Paso a Nivel P-3 entre Campamento y Paterna
- **Composición:** 3736-3730
- **Observaciones:** La víctima sale por el lado derecho, lanzándose de cabeza cuando el tren estaba a poca distancia, siendo golpeado y despedido fuera de la vía.
- **Consecuencias:** La víctima falleció.

Arrollamiento en Estación Burjasot-Godella

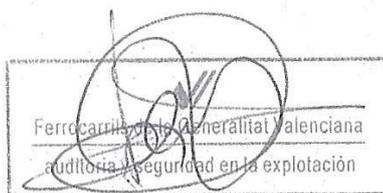
- **Fecha:** 28-05-2003 a las 19:46 horas
- **Ubicación:** Estación Burjasot-Godella
- **Composición:** 3736-3714
- **Observaciones:** La cruza por el paso peatonal de izquierda a derecha, siendo golpeada por el tren que se encontraba muy próximo.
- **Consecuencias:** La víctima resultó herida grave.

Descarrilamiento a la entrada de Realón

- **Fecha:** 30-06-2003 a las 14:44 horas
- **Ubicación:** A la entrada Realón
- **Composición:** 3736-3721
- **Observaciones:** Descarrila el Bogie motor 3734B debido a la rotura del bandaje de una de las ruedas del eje 6º.
- **Consecuencias:** No hubo que lamentar desgracias personales.

Descarrilamiento entre Plaza España y Jesus

- **Fecha:** 03-07-2006 a las 13:02 horas
- **Ubicación:** Entre Plaza de España y Jesus en la curva de entrada a Jesus.
- **Composición:** 3736-3714
- **Observaciones:** El tren descarrila por vuelco hacia su lado izquierdo, debido a un exceso de velocidad, y deslizándose posteriormente sobre las vías, quedando descarrilados los 3 bogies (3737A, 3734P, 3737B) de la unidad.
- **Consecuencias:** Resultaron fallecidos el conductor, la interventora y 41 viajeros, y 47 viajeros heridos graves.



CONCLUSIONES HISTORIAL EMPLEO BOGIES, REVISIONES “A FONDO” Y ACCIDENTES PREVIOS DE LA UTA.

Por tanto, como podemos observar en el informe, la UTA 3736 tuvo 3 descarrilamientos anteriores al 3 de julio de 2006, el 19-07-1992, el tren formado por las UTA 3736-3724, descarrila uno de los bogies motores de la UTA 3736, no consta la causa específica del mismo; el 05-11-1994, el tren formado únicamente por la UTA 3736, descarrila el Bogie motor 3736A debido a la rotura del bandaje de una de las ruedas del eje 1º; el 30-06-2003, el tren formado por las UTA 3736-3721 descarrila el Bogie motor 3734B debido a la rotura del bandaje de una de las ruedas del eje 6º.

Tras el descarrilo, a la UTA 3736 se le realiza el cambio de 2 de sus bogies, y se le montan los bogies con nº de serie 3737-A y 3737B, que fueron desmontados ambos de la unidad 3734 y estaban en el taller reparados/revisados y disponibles para ser montados (M-S-EQDR), pasando a montarse en la unidad 3736 con fecha 9-7-2003. El bogie con nº de serie 3734-P, tras el descarrilo del 2003 no debió sufrir ningún incidente puesto que no consta ningún movimiento desde el año 2000, y tampoco consta que tras el descarrilo se le realice las pruebas y comprobaciones necesarias para pasar al estado M-S-EQDR que significa que *“el bogie está reparado/revisado y*

disponible para ser montado”, por tanto, estos dos informes demuestran claramente que los bogies no pasaban ningún tipo de “revisión a fondo” desde el año 2003, 2 de ellos, y el tercero, el 3734-P, que estaba en la unión entre los dos trenes, desde el año 2000.

Esto certifica que los bogies no se desmontaron de las UTA 3736 desde el 09-07-2003, ni se les realizaba las pruebas y comprobaciones necesarias para pasar al estado M-S-EQDR que significa que *“el bogie está reparado/revisado y disponible para ser montado”*.

Además, solo se realizó la “revisión a fondo” a 2 de los 3 bogies que llevaba la UTA.

Por otra parte, al recuperar el bogie de otra unidad, este ya cuenta con unos kilómetros hechos, sin embargo se le coloca a una UTA con menos kilómetros, y ya las revisiones se le hacen en función de los kilómetros de esa UTA, no en función de los kilómetros recorridos por ese BOGIE. Por ejemplo, tiene 10.000 kilómetros pero a lo mejor el bogie tiene 70.000, porque se ha ido recuperando, es una estructura que se recupera y se recicla para otras UTA.

Tampoco se le realizaron ningún tipo de prueba de rayos X para comprobar el estado de la pieza de acero que realiza la unión al chasis del vagón, tal y como ha dejado constancia varios comparecientes, ni siquiera en esa “revisión a fondo”:

Vicent Torres Castejón. Presidente de la Plataforma del Ferrocarril del País Valencià.

“Entonces, el tema de los rayos X es porque, claro, la preocupación es por si una pieza que ha sufrido alguna avería tiene más daños estructurales dentro. Entonces, la interpretación más plausible que hemos seguido de cómo se produjo el accidente, que fue por la rotura de la conexión del bogie, pues hace pensar que alguna pieza podía tener, digamos, debilidad o poca resistencia. Y eso a simple vista no se aprecia, y máxime cuando el tren entra..., perdón, sale como ha entrado, para plantear que algo hemos mejorado. Efectivamente,

ahora, por lo que sabemos, la gente que conocemos en talleres, hay algunas piezas de recambio y actualmente, cuando entra un convoy para reparación por algún tema que pueda afectar a bogie, pues hay bogies nuevos, nuevos, donde la caja se desmonta, se instala una nueva y sale como mínimo con los bogies nuevos. Y son los viejos los que se analizan a fondo para ver si se pueden reparar.

Esa es una práctica normal, una práctica adecuada. Y no es lo que se hacía hasta el año 2006. A eso nos referíamos cuando hablábamos de que el mantenimiento y la seguridad de las piezas que seguían los trenes pues eran dudosas”.

Jesús Martínez Tejedor. Ingeniero Ferroviarios Experto en Señalización C.

“¿Cuál es el problema? El problema es que un tren..., esta serie creo que tenía quince o veinte años, si no recuerdo mal, todos los materiales de material rodante sufren fatiga, sobre todo los componentes mecánicos. Esta fatiga es difícil de medir, pero se puede hacer, pero yo no sé si estaba haciendo. Entonces, los ejes de un bogie pueden tener fisuras internas, que se miden con láser, con ultrasonidos, etcétera, y no saberlo. Eso hace que, pasado el tiempo, esos ejes y ese bogie tengan cada vez menos elasticidad y menos resistencia a la fatiga. Y puede llegar un momento en que a una velocidad que en la curva pasaban correctamente antes ya no la soporten, vale, y llegue el vuelco.”

ESTADO DE LA UTA SINIESTRADA:

Tras el accidente, el Técnico del Departamento de Auditoría y Seguridad de la Explotación, D. Juan R. Torres Escudero, junto al Contramaestre del Taller de Valencia Sud, D. Vicente Civera García, realizan el siguiente informe:

Informe del estado en que se encuentran las UTA 3736 y UTA 3714 después del accidente/descarrilo del 03-07-2006:

“Aclaraciones previas

Este informe se elabora con la información disponible al día de la fecha, haciendo constar que las cajas y el bogie 3737-B así como los elementos principales están precintados por el juzgado y por tanto no son accesibles a los técnicos de este taller.

No obstante lo anterior, de la manipulación inmediatamente posterior al accidente y con motivo de las labores de despeje del túnel y traslado al Taller de Valencia Sud se documenta lo que se ha podido observar del estado del material que se detalla más adelante.

La unidad U.T.A. numero 3736 está compuesta por las cajas 3736A-3736B y los bogies 3737-A 3734-P y 3737-8, encontrándose volcada en su lado izquierdo en el sentido de la marcha.

La unidad U.T.A. numero 3714 está compuesta por las cajas 3714A-3714B, encontrándose en su vía con el bogie 3714-A descarrilado.

Detalle del material en el lugar del accidente/descarrilo:

b) Bogies

BOGIE 3737-A

El Bogie 3737-A se encontraba girado al sentido de la marcha, estando la parte dirección Jesús mirando a Plaza España y metido entre la vía, separado de la caja de la unidad, arrancado de cuajo de la traviesa bailadora y la corona. Los amortiguadores, sacados por la mitad, debido probablemente al estiramiento sufrido, quedando una parte en la caja y la otra el bogie, sin romperse los tornillos de sujeción ni los alambres de seguridad. El motoventilador del motor del coche A y su canalización de ventilación se encontraban arrancados de su ubicación, encontrándose el motoventilador en la parte superior del bogie.

De las dos Valonas que dispone el bogie y que configuran la suspensión secundaria, una se encontraba situada junto al bogie, en el suelo y la otra detrás de la unidad 3714, a unos cuatro metros en dirección Plaza España. Los calderines de aire, de la suspensión secundaria, se encontraban unidos al bogie a través de sus tuberías y fuera de su emplazamiento.

La traviesa bailadora está situada en el chasis del tren, con un giro de aproximadamente 80 grados de su posición original.

Las barras de tracción se encontraron dobladas y fuera de su alojamiento de la traviesa, encontrándose dos de los ocho tornillos fuera de su ubicación, estirados.

En el bogie se aprecia un fuerte golpe en la esquina inferior izquierda, según el sentido de la marcha, del tren en su posición original, junto al cajón del arenero y engrase de pestana, apreciándose también, roces de hierro con hierro.

Las ruedas son enterizas, no encontrándose roturas en las mismas y teniendo la banda de rodadura en buen estado así como las pestanas.

En los discos de freno, zapatas de freno y guarniciones no se apreciaron señales de golpes ni roturas.

Las barras portapatines, patines, bulones, muelles de suspensión primaria y de todo el conjunto “catamarán” se encontraba en buen estado, así como las bieletas, balancines, bulones, garras dentadas, unas de amarre traviesa bogie, etc.

Para el traslado del Bogie a los talleres de Valencia Sud, fue desplazado estirando con la dresina comety para separarlo de la caja y poder encarrilarlo con gatos. Una vez encarrilado se trasladó, rodando por la vía, remolcado con la dresina comety a los mencionados talleres.

BOGIE 3734-P

El Bogie 3734-P se encontraba en su sitio, acoplado y cogido al chasis de la unidad, en la intercomunicación, volcado sobre la parte izquierda al igual que toda la UTA. La intercomunicación abrochada y el fuelle en su sitio, estando la parte izquierda de este comprimida y más cerrada que la derecha.

El pantógrafo arrancado de los aisladores del techo de la unidad estaba situado entre la pantalla y el carril más próximo a la vía ascendente, vía contraria a la que circulaba, a unos seis metros del armario de Bomberos en dirección a Plaza España.

El bogie presenta un aspecto correcto, no apreciándose roturas importantes, la traviesa, la corona, los cuernos guía, el tubo de unión coche-coche, las bridas y eslingas de seguridad se encontraron en su sitio en buen estado, así como las ruedas enterizas, los discos de freno, los cilindros de freno, las zapatas y las guarniciones.

Para poder efectuar la evacuación de los heridos los bomberos le pusieron al bogie dos puntales extensibles sujetándolo, como medida preventiva, pues por detrás había que pasar con las camillas y estaba muy justo el paso entre el bogie y la pared del túnel.

Para poder sacar la unidad del túnel se tuvo que desabrochar la intercomunicación de los coches A y B teniendo, en algunos casos, que cortar con radiales y sopletes lo que no se pudo desabrochar manualmente, fuelle, corona, traviesa, bielas arrastre, barras tracción, bridas cuernos unión, eslingas de seguridad coche-coche, latiguillos aire, cables alta-baja, etc.

Una vez conseguido, por medio de las grúas en la calle, soltar el, bogie y dejarlo en el suelo, se cargó en la plataforma y se transportó a los talleres, dejando así separado el coche A del B.

BOGIE 3737-B

El Bogie 3737-B se encontraba en su sitio, acoplado y cogido al chasis de la unidad, volcado sobre la parte izquierda al igual que toda la UTA, caía aceite de los reductores por los laberintos de cierre al estar tumbados lateralmente.

El estado del bogie presentaba un aspecto correcto, no apreciándose roturas importantes, la traviesa, la corona y las bridas de seguridad se encontraron en su sitio en aparente buen estado, así como las ruedas enterizas, los discos de freno, los cilindros de freno, las zapatas, los patines electromagnéticos y las guarniciones.

Este bogie no fue necesario soltarlo de la caja para transportarlo al taller, encontrándose en estos momentos en la misma posición del descarrilo.

Detalle del material en el taller de Valencia Sud:

BOGIE 3737-A

Las ruedas del bogie 3737-A están en buen estado, apreciándose en ellas las rayas del último torneado de las mismas. Este se efectuó hace dos meses.

Una vez medidos los diámetros de rueda con el calibre TALGO por sagita se obtiene como resultado las siguientes medidas:

Eje 10823 mm.

Eje 2° 822 mm.

Los discos de freno y zapatas de freno, lo mismo que las guarniciones, patines y todo su conjunto, “catamarán”, muelles, tornillería, bulonaje, se encuentran en buen estado, en su sitio y sin roturas aparentes.

Las cajas de grasa, brazos bielast, silentblocs y muelles de la suspensión primaria se encuentran en buen estado a excepción del muelle 10 izquierda

que se encuentra comprimido por golpear esa parte del chasis del bogie con el suelo y doblarse.

La suspensión secundaria, valonas, fuera de sus alojamientos y desmontadas, pero no se les aprecian grietas ni roturas a las mismas.

Los calderines de aire están arrancados así como las tuberías de aire.

El motor reductor, las bieletas y silentblocs se encuentran en su sitio.

Las válvulas engrase pestana en su sitio encontrándose la del eje primero doblada y los cajones de arenero parte izquierda chafados.

BOGIE 3734-P

Las ruedas del bogie 3734-P se comprueban y miden estando bien, con el desgaste normal en rodadura después los 2 meses del reperfilado.

Una vez medidos los diámetros de rueda con el calibre TALGO por ságita se obtiene como resultado las siguientes medidas:

Eje 3° 853 mm.

Eje 4° 858 mm.

Los discos freno en buen estado.

El conjunto catamarán en buen estado.

Los patines y barras portapatines en buen estado.

Los amortiguadores, cilindros de freno con estacionamiento en buen estado.

Los tiradores de desbloqueo manual de frenos de estacionamiento en buen estado.

Los calderines de suspensión secundaria de valonas en buen estado.

Las guarniciones de freno y zapatas de freno en buen estado.

La suspensión primaria y cajas grasa en buen estado.

Las garras dentadas cortadas algunas a soplete.

La traviesa bailadora, los tornillos de sujeción y bielas de arrastre en buen estado, a excepción de la parte cortada por nosotros a soplete.

La corona y tornillos cortados por nosotros a soplete.

Las bielas de arrastre cortadas por nosotros a soplete.

Parte de una de las valonas de la suspensión secundaria, cortada por nosotros, la otra valona de suspensión secundaria en buen estado.

En general el bogie está en buen estado, excepto lo cortado a soplete por nosotros, para separarlo de la caja, pues no sufrió al volcar al no golpear aparentemente contra nada, ya que fue por el aire.

BOGIE 3737-B

El bogie 3737-B al estar tapado todo con toldos y precintado por la policía no se ha podido efectuar una inspección más detallada.

La inspección ocular a los coches se realiza en los talleres de Valencia Sud con las unidades precintadas por la policía y prácticamente tapadas, con un toldo que las cubre.

COCHE 3736-A

En el lateral izquierdo de la unidad 3736A, lateral tumbado en el suelo, se observa que todos los alojamientos donde deben estar ubicados los cristales están vacíos, sin cristales y los marcos de las ventanas donde estaban sujetos estos se encuentran curvados hacia el interior del coche.

Las puertas del coche están en su sitio, cerradas y sin cristales.

Los asientos se encuentran en su sitio, no teniendo danos aparentes así como las mamparas de separación entre las puertas, encontrándose estos cristales en buen estado.

El cristal de frontis de la cabina se encuentra roto, al parecer, cortado por los bomberos para poder acceder al interior de la unidad.

Los cristales del lateral derecho de la unidad están en buen estado, a excepción de dos de ellos que fueron rotos para poder levantar la unidad con la grúa y efectuar el traslado a los talleres.

En el techo de la caja se observa que el proyector esta chafado y el equipo del aire acondicionado dañado con muestras de haber rozado con la pared del túnel.

COCHE 3736-B

En el lateral izquierdo de la unidad 37368, lateral tumbado en el suelo, se observa que todos los alojamientos donde deben estar ubicados los cristales están vacíos, sin cristales y los marcos de las ventanas donde estaban sujetos estos se encuentran curvados hacia el interior del coche.

Las puertas del coche están en su sitio, cerradas y sin cristales.

Los asientos se encuentran en su sitio, no teniendo danos aparentes así como las mamparas de separación entre las puertas, encontrándose estos cristales en buen estado.

El cristal de frontis de la cabina parece encontrarse en buen estado.

Los cristales del lateral derecho de la unidad están en buen estado, a excepción de dos de ellos que fueron rotos para poder levantar la unidad con la grúa y efectuar el traslado a los talleres.

ENGANCHES AUTOMATICOS

3714-A

I SERIE

- *muelles aparato, choque y tracción rotos*
- *ballesta rota*

La cabeza de enganche acoplada con 3736

- *. botonera mal*
- *bieletas botonera mal*

3736-B

II SERIE

- *fusible, choque tracción roto*
- *parte trasera enganche rota*
- *eje roto*

La cabeza enganche acoplada con 3714

- *disco ganchado acoplado*
- *botoneras mal*
- *bieletas botonera mal*

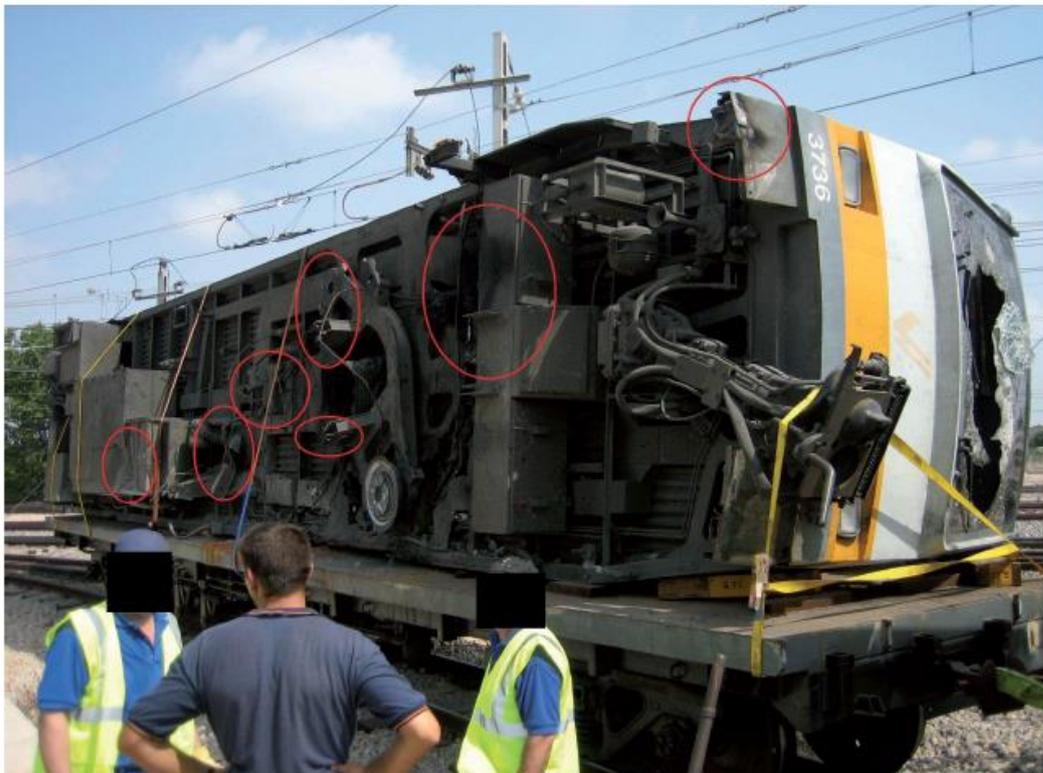
El enganche automático no se llegó a desenganchar al volcar la UTA 3736 rompiendo por torsión el eje del enganche automático de la UTA 3736. El bogie de la UTA 3714A descarriló, rompiendo las válvulas de arenero, los areneros, los patines, la tornillería de los patines y las barras en general del catamarán, dañando también la plancha del frontis bajo el faro izquierdo, el pantógrafo dañado y en su emplazamiento.”

Es curioso el hecho de que en la descripción del COCHE 3736-A no dice absolutamente nada de la parte inferior del chasis del vagón, cuando en las fotos adjuntas se puede observar perfectamente la cantidad de golpes con que cuenta en su parte inferior el primer vagón, justo en las proximidades del bogie delantero, que solo se pueden haber producido, bien por golpear el propio bogie contra el chasis del tren, o bien por salir este despedido y entonces

arrastrar contra el suelo la parte inferior del tren, al perder el bogie con anterioridad. No es posible físicamente que se golpeará la parte de abajo del chasis una vez volcado ya el tren.

Pero sin embargo, el informe sí que especifica que al no desengancharse automáticamente las dos unidades entre sí, rompió la unión por torsión y se produjo el descarrilo del bogie delantero de la UTA 3714, produciendo varias roturas y también dañando la plancha del frontis bajo el faro izquierdo.

Imágenes con los daños en los bajos del vagón de la UTA 3736A





COMPORTAMIENTO BOGIES UTA 3736:

De las declaraciones de los distintos comparecientes a los que se les pregunta por los bogies y su posible influencia en el accidente, o sobre el estado en que se encuentran estos tras el accidente tenemos opiniones enfrentadas:

Por una parte, tanto Vicente Sebastián, el jefe de equipo de mantenimiento, como Luis Miguel Domingo, jefe de taller de FGV y José Jesús Valencia, oficial de oficio de Valencia Sur, explican que la unión entre el chasis del tren y el bogie, al tratarse de una articulación y no ir clavado, es fácil que se desprenda en un siniestro de estas características, comportamiento que también encuentra “normal” el perito, Andrés Cortabitarte, llegando a decir que tras el accidente el bogie estaba en “perfectas condiciones”:

Luis Miguel Domingo Alepuz. Jefe taller FGV de Valencia Sur.

“Los bogies se habían revisado y estaban en funcionamiento, habían recorrido seis kilómetros, y lo digo yo y lo dice el informe pericial del señor Cortabitarte que estaban en perfectas condiciones”.

Vicente Sebastián Portolés, Jefe de Equipo de Mantenimiento.

“Sujeción a los bogies, es muy muy leve, o sea..., o prácticamente ninguna. Lleva una especie de bulón grande donde se aloja la caja y se hunde por su peso y no lleva ya, prácticamente, ningún tornillo más. O sea, que se aguanta por su peso. ... unas trencillas de acero, por si salta mucho, para que no llegue a salirse. Pero la sujeción es por su peso encima del bogie”.

José Jesús Valencia Valencia. Oficial de Oficio en València Sud.

“Sobre eso va puesta la caja del tren, la traviesa bailadora, que es lo que permite que la caja se mueva. Y la corona. El tren no va sujeto por tantas cosas en la caja, el bogie. Lo curioso es que no va hipersujeto, no va clavado. Tiene articulaciones. Por lo tanto, es fácil que se desprenda un bogie en un siniestro. No es fácil que se desprenda en ninguna otra circunstancia.”

*El bogie y la valona pueden aparecer en el momento que vuelca el tren, **el bogie se rompe** porque lleva dos bridas de levante que lo sujetan, y dos bielas*

de arrastre para que el tren circule. Y lo demás está metido a presión. No es un tren hecho para volar, permíteme la obviedad. Está hecho para ir con mucho peso, si no, no tracciona, sobre una vía. Entonces, no se debe desplazar hacia arriba y no se debe salir. Pero solo lleva los pernos de la traviesa bailadora, los bogies, la valona y las suspensiones. Van sujetos de alguna manera, de un modo que no es conocido.

*Es una tecnología ferroviaria característica, peculiar, que funciona perfectamente en circunstancias normales y que en un siniestro o en un accidente estamos acostumbrados a ir a descarrilamientos, por maniobras y demás, no ocurre nunca nada. El bogie se queda en el sitio. Pero cuando una unidad vuelca y da la vuelta, ese primer bogie puede salir perfectamente desprendido, hasta que se **rompan las articulaciones** que he mencionado”.*

“Creo, considero que en un accidente de esas características es posible que se desprendiera el bogie y la valona perfectamente, porque la sacamos con dos palancas, cuando las vamos a cambiar. Con lo cual, no es fácil, pero se saca con dos palancas y ponemos otras cuando se cambian. Es fácil que se desprenda si el tren ha volcado. O es posible que se desprenda”.

Andrés Cortabitarte Muñoz. Perito.

“Vamos a ver, cuando hacemos un reconocimiento de la unidad, cuando se nos llama a posteriori del accidente, creo que fue por el mes de noviembre, estuvimos viendo lo que es la cabina. Evidentemente estructuralmente aquello era muy poco construible, porque estaba completamente destrozada. Pero sí que de alguna forma vimos que lo que era la integridad de las ruedas, de los bogies, estaba dentro de los parámetros correctos. De alguna forma, los órganos del freno, dentro de lo que nosotros vimos, estaban dentro de los parámetros correctos”



Sin embargo, tal y como muestra el informe sobre el estado de los mismos al llegar al taller, la cabeza de acero se secciona, literalmente, y se separa totalmente el bogie del chasis del tren.

Juan José Gimeno Barbera, Director d'Auditoria i Anàlisi de la Seguretat en l'Explotació FGV (DAASE), admite que solo se puede separar físicamente el bogie o carretón de la traviesa bailadora por rotura:

“En cuanto a la actuación de los frenos, usted tiene toda la razón, los frenos actúan directamente sobre discos instalados en los ejes o adosados a las propias ruedas de los bogies. La unión entre lo que es el bogie y la traviesa bailadora es a través, como usted muy bien dice, de las valonas, de las suspensiones secundarias, pero las valonas de las suspensiones secundarias interiormente llevan un alma de acero. Es decir, que aunque revienten las valonas, aunque reviente el alma..., la cobertura neumática, de goma, el interior lleva un muñón de acero que evitaría, que es el BOGIE o el carretón, se separa de la traviesa bailadora. Por lo tanto, eso que usted ha definido no puede darse, es decir, no puede separarse físicamente el carretón de la

travesía bailadora, **solamente por rotura**. No estaban rotas, perdón, es decir... Usted ha preguntado por si fue un defecto..., o lo he entendido mal, por si había un defecto en la actuación del freno, o algo ha comentado del freno.”

Eugenio Montilla Lorenzo. Tècnic de línia de FGV.

“Golpes en la parte de abajo del tren: Bueno, al no tener su apoyo natural es lógico que, incluso, con el propio bogie si se ha roto en los primeros golpes y le van dando debajo hasta que se expulsa pues va haciendo ese daño. No lo sé no se que más puede haber pasado.”

Vicent Torres Castejón. Presidente de la Plataforma del Ferrocarril del País Valencià.

“No fue un descarrilamiento al uso, en el cual generalmente la máquina que se pega a la vía no es la que descarrila, sino que son los vagones de cola; fue una rotura de la sujeción de la caja con el BOGIE, y el que volcó no fue el tren entero. El que volcó fue la caja del ferrocarril, la caja que se salió del itinerario normal, volcó y se arrastró. No fue un descarrilamiento al uso. Claro, el factor velocidad lo que provocó fue la rotura de la sujeción del BOGIE, por el efecto garrote que se producía en esta curva. Era un problema de material, era un problema de estado de la línea, y era un problema de mantenimiento.

Y este salto brusco fue el que provocó seguramente la rotura de la sujeción. Esto no se llegó a averiguar porque se destruyeron las pruebas, se destruyó el material, e incluso se destruyó el libro de averías.”

“Yo no he dicho que se rompiera el bogie; yo he dicho que se rompió la conexión entre la caja y el bogie, lo cual es evidente, porque la caja se desprendió y fue la caja la que volcó, no el bogie. (Remors) No, perdón. Digo que el accidente consistió en que la caja se desprendió del bogie, y eso no fue por azar, fue por un golpe, un choque, un salto. Y que este desprendimiento de la caja hizo que la caja fue..., no el bogie, la caja fue la que siguió circulando, seguramente por esto todos los golpes que tenía abajo, hasta que volcó. Y el bogie siguió circulando. Luego, no fue el convoy entero íntegro el que volcó, no fue un vuelco... Ni fue un descarrilamiento ni fue un vuelco todo el convoy. Fue un desprendimiento de la caja, evidentemente, por una rotura.

¿Cómo se va a desprender –he dicho– la caja del bogie? Pues por una rotura de los pernios de conexión. Punto. En eso consiste el desprendimiento o la rotura de la conexión. Y es lo que pasó. El porqué... Podemos discutir sobre el porqué o hasta qué punto..., por qué pasó eso. Pero físicamente fue lo que pasó. En el vuelco del convoy no estaba el bogie. Entonces, eso es lo que he dicho, que se rompió la conexión de la caja con el bogie, y fue la caja la que siguió golpeando con el piso hasta que volcó. Y eso creo que es sencillamente lo que las fotos muestran.”

CONCLUSIONES COMPORTAMIENTO BOGIE 3736-A

Se produjo la rotura de esa alma de acero que une el bogie a la traviesa bailadora, y se separó completamente el bogie del chasis del tren. En el informe sobre el estado en que se encuentran las UTA tras el accidente, lo explica claramente: **“El Bogie 3737-A se encontraba girado al sentido de la marcha, estando la parte dirección Jesús mirando a Plaza España y metido entre la vía, separado de la caja de la unidad, arrancado de cuajo de la traviesa bailadora y la corona”**

Llama la atención también el comportamiento distinto entre el primer bogie y el resto, por lo golpeado que está, porque se separa de la caja, es arrancado de cuajo de la traviesa bailadora y la corona y termina en dirección contraria.... se gira...

En ninguno de los informes de simulación del accidente se tiene en cuenta esto, de hecho en las imágenes observamos como vuelca por igual con el mismo comportamiento de todos los bogies, y sin que se descuelgue ninguno.

Posteriormente, se destruye la UTA a petición de la representación de la letrada de la Abogacía de la Generalitat Valenciana, pese de que el archivo del proceso estaba pendiente de recursos

c) Balonas

El único informe que existe realizado por FGV sobre el estado de los muelles neumáticos del bogie A de la UTA 3736, y que firma Luis Domingo, Jefe de Taller de Valencia Sud, dice lo siguiente:

1. *Los muelles neumáticos Continental, tras su recogida del túnel y traslado a Talleres Valencia Sud por el Contramaestre Vicente Civera, fueron inspeccionados visualmente tanto por el Contramaestre como por el Jefe de Equipo de Bogies, Tomás Miralles Navarro, y por mí mismo antes de proceder a su almacenamiento por orden judicial.*
2. *De la citada inspección, no se aprecian indicios de fallo de ningún tipo en los muelles neumáticos, es decir, no se aprecian grietas ni roturas en el compuesto de caucho.*

Al preguntar a los comparecientes por las valonas y su posible incidencia en el accidente, contestaron:

Luis Jorge Álvarez Llanos, maquinista, representante sindical de SIF.

“Y con respecto a la valona, pudo tener incidencia en el accidente, sí. Porque la valona es un sistema que apoya sobre una válvula de carga variable en la que le da aire comprimido, el compresor a la valona para que se hinche más o se hinche menos, en función de la carga de viajeros que tiene.”

Luis Miguel Domingo Alepuz. Jefe taller FGV de Valencia Sur.

“Las valonas, forman parte del conjunto de suspensión secundaria. La valona no es lo que une la caja y el bogie, el bogie está cogido a la caja por medio de la corona de articulación que, a su vez, está cogida a la traviesa bailadora, y la traviesa bailadora es lo que tiene..., uno de los elementos de los que lleva la suspensión secundaria es la valona. Pero, vamos a ver, la suspensión secundaria está cogida por la valona y, además, unos amortiguadores aparte, más, aparte, lleva una suspensión primaria entre lo que es el bastidor del bogie y los ejes.”

“La valona tiene un protocolo de mantenimiento muy sencillo. Lo que dice simplemente es que, si hay una grieta, no hay que cambiarla hasta que la grieta dé la vuelta completa a la valona. Entonces, las valonas se probaron y

tal. Y, en caso de que la valona colisionara con algún elemento, por ejemplo, a veces sí que ha pasado que la valona, pues, a lo mejor, ha tenido una colisión en un paso a nivel y ha rozado contra un coche y una furgoneta, si la valona..., en el momento en que se ve la trama textil que lleva dentro, automáticamente hay que cambiarla. Y eso se hace siempre así.”

“Y las valonas de este tren se examinaron por el perito y estaban correctas.”

No está de acuerdo con las declaraciones de Jorge Álvarez Llanos respecto a si pudo influir la valona en el accidente: *“El primer tren con suspensión secundaria fue este, y no nos fiabámos por lo que exigimos a CAF una prueba, in situ. Lo que hicieron fue provocar una descarga brutal de una valona, en una válvula de gran caudal, y vimos que el tren se equilibraba inmediatamente. No dio tiempo ni a poner el cronómetro en marcha.”*

“El tren lo que lleva es una válvula compensadora. La válvula niveladora simplemente mantiene el nivel. La válvula compensadora de una a otra, que si una, por ejemplo, pierde aire en una curva, pues compensa una a otra para que siempre haya un equilibrio. Y la presión media es la que transmite el equipo de freno el peso que lleva la unidad, para que siempre frene igual, vaya cargado o vaya vacío. El protocolo de prueba ya he explicado antes que vaya cargado toneladas o vacío, el tren frena en los mismos metros.”

“Las valonas del bogie cuando se inspeccionaron estaban correctas, en la última revisión. Y el golpe al que usted se refiere al bogie A, no lo sé muy bien. El bogie A es el que al volcar se desprende, pero las valonas se inspeccionaron después, las inspeccionó el perito Andrés Cortabitarte y según dice en su informe estaban correctamente, en el primer informe y en el segundo.”

José Jesús Valencia Valencia. Oficial de Oficio en València Sud.

“Yo creo que una valona, aunque reventara, no sería suficiente ni muchísimo menos, para descarrilar un tren. Es imposible. Un bogie pesa 3.700 kilos. Un tren debe pesar no sé cuántos miles de kilos, una barbaridad”

En cuanto a las valonas, la mayoría de comparecientes coinciden en que estaban correctas, y no reventó ninguna de ellas, aunque algunos sí que afirman que hubiera podido influir en la desestabilización del tren en caso de que hubieran reventado o no hubieran realizado bien su función de amortiguación.

“Una valona, como su nombre indica, es un flotador de playa de los que utilizamos, muchísimo más denso, muchísimo más intenso y con muchísima más capacidad. Pero un flotador, con un agujerito en medio. Ni más ni menos.

d) Ventanas

Los dos vagones que conformaban la UTA 3736 quedaron volcados sobre su costado izquierdo, y es en ese lateral donde los marcos de las ventanas se encontraron curvados hacia dentro y los cristales no estaban. De hecho, el compareciente **Montero Rodríguez**, extrabajador de Med Seguridad y excoordinador del Puesto de Mando de Seguridad de Metrovalencia afirma en su comparecencia de 19.2.2016 respecto al estado de la UTA siniestrada 3736 a su llegada a las instalaciones a FGV que *“No tenía ni cristales ni nada. No tenía nada. Absolutamente lo que era el hierro en sí.”*

El informe elaborado por los Talleres de Valencia Sud tras el accidente señala que los cristales del lado izquierdo no están y que *“los marcos de las ventanas donde estaban sujetos estos se encuentran curvados hacia el interior del coche”*.

La única apreciación que contiene el informe pericial de fecha 23 de febrero de 2007 sobre los cristales es la siguiente:

“...si bien con respecto al primer coche de la UTA 3736 se observa la falta de los marcos y ventanas del lado izquierdo”.

Existe consenso sobre el hecho de que la gran mortalidad del accidente se debió precisamente a que, ante la desaparición de los cristales, los pasajeros caían por los huecos de las ventanas al pavimento o vías, siendo sus cuerpos

mutilados por la propia unidad, y así lo recoge el Acta del Informe de Inspección Técnico Policial V2561T06.

La doctora del SAMU, que acudió a la zona de impacto, compareció en fecha 13.6.2016 **Carolina Ligorit Palmero** afirmó que *“aquellas ventanas acabaron con la vida de 41 personas”*.

El forense del IML **Manuel Velázquez Miranda**, que compareció en fecha 13.6.2016, afirmó que entre los restos sobre los que practicaron las autopsias había cristales.

Según se observa en las fotografías del vagón siniestrado, los cristales de las ventanas se desprendieron. La sujeción prevista a través de la goma no estaba, y en algunas fotografías se ve esa goma en tierra totalmente suelta.

Ni los cristales ni los marcos que en 2006 tenían instalados las UTA eran los mismos que puso el fabricante de la empresa CAF en el diseño original. En concreto fueron modificados los años 1997 y 1998. Cuestión ésta que genera las dudas sobre si la empresa fabricante de las unidades CAF debió ser informada de este cambio para ofrecer las indicaciones necesarias, incluso para manifestarse sobre la conveniencia del cambio, sobre la compatibilidad entre el modelo de vagón y los nuevos cristales del doble de grosor y sus implicaciones en el proceso de instalación, en definitiva, las dudas sobre si se siguieron las pautas necesarias para su modificación y si la instalación de los nuevos cristales era adecuada para garantizar la protección de los viajeros, todo ello dado que la modificación operada es sustancial: se duplicó el grosor de los cristales pasando a ser de 4,8 mm a 9,52 mm de espesor, incorporando una capa intermedia de Butiral, y en consecuencia también los marcos de sujeción debieron ser cambiados para abarcar el nuevo grosor. Según la documentación facilitada tras el accidente al Comité de Seguridad en la Circulación en su reunión de 16 de agosto de 2006 *“los nuevos cristales se piden con la especificación Norma UNE 10813, parte II Cat. A.”*, que al parecer se refiere a la Norma UNE 108-131-86 parte 2, destinada a la Resistencia al Ataque Manual. Esto es, tal y como fue reiterado en las comparencias, el cambio de cristales obedecía a la necesidad de evitar que la rotura de los

cristales implicara que los trozos entraran en el vagón y pudieran dañar a los viajeros. No consta que se valorara la sujeción como elemento para determinar la compra del nuevo modelo de cristales.

En su comparecencia de 19.2.2016 **Domingo Alepuz**, Jefe de Taller de FGV, indica que si bien la empresa CAF es quien les formó sobre la colocación de los cristales (de hecho constan las indicaciones en su manual) no eran los fabricantes de los mismos y sobre el poliuretano utilizado, a diferencia de los empleados del taller que comparecieron, este compareciente no le otorga relevancia. Eso sí, el mecanismo de colocación que se seguía de las ventanas era el mismo que les había indicado la empresa CAF, sin que la alteración del modelo hubiera supuesto replanteamiento alguno sobre el mecanismo de sujeción. En concreto afirma que:

“el mantenimiento de las ventanas siempre ha sido el mismo; nosotros recibimos el cursillo de formación de CAF y siempre hemos montado las ventanas de la misma forma, ¿eh?, lo que es el procedimiento de sellado y todo esto.

Yo no sé de dónde ha salido la decisión esta de no sellar, nosotros siempre hemos sellado las ventanas conforme dice el protocolo. El protocolo dice muy claramente que, primero, nosotros cogemos el cristal y se monta sobre el marco de goma y ***al marco de goma se pega con sellador de poliuretano con diferentes marcas***. Quizás, como pidieron la documentación, creo que ahí les pone que es marca Bostik, pero, bueno, Bostik es una marca comercial, ahí puede ser Bostik, puede ser Sika, puede ser Loctite, puede ser Teroson, hay muchas marcas comerciales. Pero lo que sí que tiene que ser es ***sellador de poliuretano***. Lo que se hace es que el cristal se pega al marco de goma con sellador de poliuretano, ¿vale? y, después, ya el marco con el conjunto ventana, o sea, el marco cristal para nosotros es ventana, se coloca sobre la caja con un sistema ya indicado por el fabricante y ***lo que hace la fijación a la caja es el junquillo de goma que lleva, y el junquillo de goma, después de montado, lo que se hace es que al marco se aplica un sellador de silicona, o sea, este sellador..., lo que fija el marco a la caja del tren es el junquillo***

de goma y lo que se hace luego es sellar con silicona acética, que es la que tenemos aquí .

Y, entonces, pues bueno, la decisión de no sellar..., **nosotros nunca hemos decidido no sellar**; al contrario, siempre hemos sellado.

Y el tema de la silicona inadecuada supongo que habrá salido por una información que dio aquí el señor Álvarez Llanos, (ininteligible). . ., pues el señor Álvarez Llanos yo lo que yo sepa, no ha montado nunca ninguna ventana, con lo cual es imposible que sepa cómo se hace.

Y la silicona inadecuada, que también lo dijo él, pues bueno, yo no sé qué silicona inadecuada, qué entiende por silicona inadecuada. Yo lo que puedo tener..., tengo aquí una relación, que me ha pasado el almacén, de todos los selladores que se usaron un año antes del accidente, concretamente la cuenta..., tengo aquí todos los selladores que se usaron, concretamente el coste de selladores en aquel periodo fue de 3 .089,68 euros, y todos los selladores que hay aquí son los selladores que usamos siempre, silicona..., la que le he dicho, silicona transparente acética, sellador Sikaflex, sellador Teroson... porque a veces..., porque **nosotros pedimos sellador de poliuretano, no exigimos una marca, ni tenemos por qué, porque todos son...**, con que tengan la calidad correspondiente sobra .

(...)

(Algú diu: «Varió el procedimiento.») ¿Eh? (Algú diu: «Si varió el procedimiento.») No, nunca. **El procedimiento es el del fabricante, es el que se sigue y nunca se ha cambiado el procedimiento.** Es que no hay otro. Es que tampoco hay otra forma de hacerlo. Es un procedimiento muy sencillo, está explicado ahí en el manual que se les facilitó y es que no hay otro. El más sencillo de hacer es el que dice el fabricante. No hay otro, es que no hay otro.”

Y más adelante responde:

“Entonces... a ver, el tema de la modificación de las ventanas. Las ventanas..., **nosotros para modificar las ventanas, evidentemente, contamos con el fabricante de las ventanas.** El fabricante de las ventanas **no era CAF.** Vamos

a ver, CAF, las ventanas las compra y las monta. No las fabrica. No tienen fabricación de ventanas. Concretamente, los marcos los fabricaba la empresa Rials y las ventanas las fabricaba la empresa Ariño Duglass. Se llamaba entonces industrias Ariño, ahora creo que se llama Ariño Duglass, y después..., ha cambiado de nombre, pero, en fin, es una empresa de Zaragoza, fabrica prácticamente todos los cristales de los trenes de España y, también, para automóvil.

(...)No, **el procedimiento de montaje nunca se ha cambiado**. Lo que se hace en su día..., vamos a ver, nosotros llegamos y empezamos a tener problemas, problemas por apedreamientos, tal como sí que lo dijo aquí alguien que estuvo antes que yo, empezamos a tener problemas porque el cristal original era un cristal templado –para que se hagan una idea de un cristal templado, un cristal templado es como si fuera el típico vaso de Duralux, que al romperse estalla en mil pedacitos– y, de hecho, estos cristales, que también los incorporaba la industria del automóvil, fueron ya prácticamente al final de los setenta retirados porque, por desgracia, un impacto sobre el cristal producía al conductor graves lesiones oculares . De hecho, conozco algún caso, por desgracia me pilló cerca. Entonces, poco a poco, se eliminaron de los automóviles.

(...)Entonces, cuando llegaron las 3900 ya nos advirtió el fabricante que traía unos cristales que eran buenos para esto. Entonces, los vimos, vimos que cumplían la norma UNE, la que estaba en aquella época en vigor, la 108-131, y entonces contactamos con el fabricante y proveedor tanto del cristal como del marco. Y entonces nos dijeron que sí, que era posible montarlo en nuestra caja. Y entonces se hizo una adquisición.

Y el cristal original concretamente la medida, templado, era 4,8 más -2. Porque puede ser de 5 a 4,6. **Y aquí pasamos a dos láminas laminadas, o sea, no templadas, sino laminadas,** porque cuando se lamina, si es laminado no hay ese astillamiento que puede (ininteligible) ... los viajeros, dos placas laminadas, **y además en medio lleva una lámina de polivinilo de butiral de 1,5, con lo cual pasamos de 5 a 9,5** . Vale, entonces para eso se modificó el marco, se tiraron los que había y se pusieron marcos nuevos con el

junquillo adecuado para soportar el nuevo cristal y el nuevo marco a la estructura de la caja. Y esto fue lo que se hizo en su día.

*Y, por supuesto, se conservó y **se respetó el sistema de montaje de CAF de la ventana en la estructura de la caja. Esto es lo que se hizo en su día.***

Los empleados de CAF que comparecieron en fecha 5.2.2016 afirmaron en reiteradas ocasiones, tal y como lo habían hecho ya en sede judicial, que CAF nunca fue notificada del cambio de ventanas por un cristal de doble grosor y de los marcos en los que se alojaban las lunas. Asimismo afirman que el informe remitido al juzgado corresponde a la instalación de las ventanas del modelo original diseñado por su empresa, no a las que había en el momento del accidente sobre las que no opinan por desconocimiento. Y ofrecieron estas respuestas:

Marticorena Intxarburu contestó que:

“La unidad se vendió con un sistema de cristales determinado, que es un poco del que estáis hablando. Es una luna que va encajada dentro de un marco de caucho, neumático, y que va dentro de lo que es el alojamiento de la caja del vehículo. Ese sistema cumple todos los requisitos que puedan aparecer en pliegos. El pliego lo cumplía. Y además, es un sistema que es empleado desde ya el 1986, estamos hablando, incluso hoy en día se está empleando ese sistema. (Se sent una veu que diu: «¿Sobresale?)

Sobresale, ¿qué quieres decir? Yo, que conozco el sistema, efectivamente lo que es la pestaña de la goma inferior sobresale sobre lo que es la banda lateral del vehículo. Entonces, sobre ese sistema, yo te digo que lo conozco.

*Las siguientes preguntas son sobre un sistema que desconozco. (Veus) **Se cambió de vidrios.***

*(...)Entonces, me permitirás que no opine sobre algo que no conozco en detalle. **CAF no fue informada de ese cambio.** No conocemos realmente, salvo unas descripciones de planos geométricos que hemos visto, el sistema al que fue cambiado esa ventana. Entonces, no puedo valorar ese sistema. Ese sistema es desconocido para mí.*

*También has hablado de un informe que yo desconozco. **CAF no ha pasado ningún informe, que yo conozca.** De este tema, del tema de las ventanas, estoy hablando, es el que entiendo.”*

Irigoyen Eizmendi toma el relevo en las respuestas:

“Tengo aquí una pequeña cronología de datos que hemos podido recoger. El 30 de enero del 2014 el juzgado de Valencia comunica a CAF una petición de información de ventanas que suministramos, ¿de acuerdo? Los planos nuestros. A continuación, unas cuantas semanas más tarde, creo que nos envía la información de FGV, pidiéndonos a ver si... En concreto, lo que nos dicen exactamente, lo que nos preguntan exactamente, porque esto yo creo que merece la pena decir exactamente lo que nos preguntan... Fecha en la que nos entregan los planos de FGV...”

Luego, aprovechando esta pequeña pausa, cuando nos pregunta si contestamos o no contestamos, yo estaría encantado de contestarle cómo diseñamos. Nosotros diseñamos allí en los ochenta un tren, y lo entregamos. Por mi parte, yo que soy miembro del equipo de diseño de CAF en Beasain, puedo decir cómo diseñamos, cómo trabajamos. A ese respecto no tengo ningún problema.

Bueno, esto es la notificación al fabricante, es a través de esa comunicación. Los planos nos llegan vía el juzgado de Valencia.”

El señor Marticorena Intxarburu continúa:

“El juzgado número 21 de Valencia nos pasa una... (Veus) Y nos pide, en este caso, en esta comunicación, que informe CAF a este juzgado sobre las características técnicas de las ventanas y marcos de la UTA 3736, así como de las características de sujeción de las mismas a dicha unidad siniestrada. Este es el informe al que te estabas refiriendo. Bueno, pues perdona, efectivamente yo no le llamo informe a esto. Bueno, es igual. Y bueno, informamos efectivamente de las características técnicas de los cristales originales de la unidad, con el manual, supongo que el manual, lo que serían los planos, el manual descriptivo, y creo que he visto en algún sitio que también informamos de los manuales de mantenimiento que llevaban estas ventanas.

Hay otras peticiones donde... En la siguiente petición nos piden si tuvieron conocimiento del cambio de ventanas de la UTA 3736 siniestrada en el accidente de tal fecha, al que se refiere alguno de los testigos de sus respectivas declaraciones, y que implica la colocación de un cristal de prácticamente el doble de grosor y demás. Esto, nos pidieron opinión, igual que habéis pedido ahora sobre esto, y dijimos que nosotros no teníamos conocimiento de ese cambio, que es lo que podíamos decir.

El señor Irigoyen Eizmendi expone:

Únicamente tenemos información de este cambio a través de la comunicación que hemos citado.

Luego, nos preguntan por la homologación. En el año ochenta y tantos no existía ninguna norma técnica de homologación”

Respecto a la formación de la colocación de las ventanas Irigoyen Eizmendi aclaró lo siguiente:

*“Estaba el tema de los manuales. **Nosotros normalmente damos instrucciones de cómo cambiar ventanas.** Es una práctica habitual. Desconocemos el grado de vandalismo, pero cuando damos un manual decimos cómo se cambia la ventana, sin más.”*

En el **Manual de Mantenimiento de CAF** que contiene las Normas de Mantenimiento de Equipos de Cajas de las UTA, el punto 3 está dedicado a las “ventanas”, especificando tanto las características de las mismas como su montaje. En cuanto al sellado refiere “*silicona o Bostik 2639*”. Evidentemente las indicaciones se refieren al modelo original, no al que lucían las UTA a la fecha del accidente.

Llama la atención el hecho de que el perito judicial **Andrés Cortabitarte**, en su comparecencia de 18.4.2016, afirme respecto a la documentación que obra en su poder sobre las ventanas que “*todo se hace, evidentemente, con el beneplácito tanto de CAF como de FGV, esos procedimientos*”, y luego incide que el cambio al doble de grosor “*figura en, evidentemente, con, digamos, también el control de CAF*”. Y ello a pesar de que tanto el Jefe de Taller como

la empresa CAF han manifestado que nunca se notificó a la empresa el cambio de modelo de ventanas.

Sobre el sellado de los cristales y por tanto su sujeción, **Álvarez Llanos**, exmaquinista de la Línea 1 y exmiembro del SIF, en su comparecencia de fecha 12.2.2016 relata cómo encontró los cristales: enrollados como una manta, y lo achaca tanto a la leve sujeción como a la alteración que se hizo de los mismos. También valora el hecho de que donde había puertas de fibra de vidrio y o cristales no hubo fallecidos. Afirma lo siguiente:

“Con respecto a los cristales, sí que tengo que decir que fue concluyente el que los cristales no estuviesen bien sellados a la carcasa de la unidad ya que cuando yo entré en el túnel los cristales estaban en el suelo, estaban enrollados como si fuesen mantas debido a que los cristales al romperse continuamente por los apedreamientos y actos vandálicos que se producían en la línea en algunas ocasiones –yo cuando era maquinista fui objeto de un apedreamiento entre La Cañada y Paterna con resultado de viajeros heridos por la entrada de piedras dentro de la unidad– y se optó por blindar los cristales con unas placas de plástico que se sobreponían sobre el cristal. Esa lámina de plástico que impedía que entrasen las piedras fue lo que hizo que el cristal se enrollase como una manta, por lo cual estaban allí como si fuese una manta cualquiera que la enrollas o una alfombra enrollada.

*Eso, ¿qué ocurre? Pues que si hubiese estado bien sellado el cristal se hubiese mantenido con la lámina de plástico pero dentro del chasis de la unidad, con lo cual los viajeros al caer sobre los huecos de los cristales no hubiesen sido absorbidos por la unidad, perdón, por la vía, porque el desplazamiento de la unidad sobre los carriles lo que hacía cuando un viajero metía la mano o se apoyaba en un punto donde no tenía sitio, o sea, no tenía apoyo porque no había cristal le cogía, la placa de hormigón o el carril lo succionaba y lo arrastraba hacia dentro con lo cual, bueno, todo el mundo sabe que los viajeros fueron prácticamente triturados. **Los cristales eran una pieza fundamental para mantener la seguridad y la integridad de los viajeros.***

(...)Por lo tanto, la cifra de personas fallecidas en este accidente es considerable debido a que los cristales y la estructura de la unidad no aguantaron.(...)

*Es bien cierto que **los cristales se caían**. Muchos compañeros, cuando iban en la cabina, los interventores se sentaban a hablar con nosotros, se apoyaban sobre la electrónica del tren y una caja que había allí, se apoyaban sobre el cristal y algunos cristales se cayeron en determinado momento porque estaban..., no estaban bien fijados. Quiero decir que las UTA necesitaban un recambio, eso era evidente.”*

Trigo Verdú, exvocal del SIF en el Comité de Seguridad y exmaquinista, respecto a las gomas de sujeción, manifestó que al sobresalir éstas el roce implicaba el desprendimiento de las ventanas. También hizo hincapié en la falta de sujeción de las ventanas llegando a afirmar:

“Yo he ido con un interventor, el interventor apoyó en la ventana y caerse la ventana. Con eso ya...” .

En el mismo sentido se pronunció el maquinista, Delegado de Turnos y Gráficos y miembro de la ejecutiva del SIF, **Francisco Viva Úbeda**, en su comparecencia de 7.3.2016, en la que contó cómo se caían las ventanas por el mero apoyo:

“Y la ventana se cedió hacia fuera. No se llegó a caer, pero vamos no se cayó él y no se cayó la bolsa porque no se cayeron, y ya está. Pero a mí particularmente sí se me abrió una ventana, yendo el interventor, cuando estaba allí con la bolsa viendo eso, y además habían ventanas allí.

Y, conforme al tema de las ventanas... Yo es que no soy de talleres, ¿no? Pero..., o sea, es que no es normal, no es normal lo que pasó con las ventanas, ¿no? No es ni mucho menos normal, ¿no? O sea que..., eso, si ya se cayó... La ventana esta que yo hablo es de la cabina, ¿eh?, dentro de la cabina del maquinista. Pero que, igual que se cae esa, se caían otras.”

José Jesús Valencia Valencia, Oficial de Oficio de Talleres de Valencia Sud, en su comparecencia de 7.3.2016 incidió en la falta de sujeción suficiente de los cristales:

“...es evidente que la fijación de los cristales tuvo mucho que ver con la elevada mortandad del accidente. Si los cristales no hubieran estado diseñados, esas unidades no hubieran estado diseñadas como lo estaban, –yo no soy ingeniero, como es obvio–, pero las ventanas eran un..., no tenían una pestaña para sujetar los cristales y pegarlos. La pestaña, me refiero, el marco de la ventana y un reborde que es una escuadra donde tú pegas con Sikaflex el cristal, lo que llevan ahora mismo las unidades actuales. Eran marcos lisos, completamente lisos, es decir, no había obstáculo alguno por ningún lado. Los cristales se metían con una goma, según los sistemas antiguos de los autobuses o de los coches antiguos, con un junquillo que abría la goma, y procuraba que tuviera estanqueidad y no se cayeran.

*Se utilizaba silicona de la normal, doméstica, para rellenar los huecos que quedaban porque era imposible que la goma ocupara la totalidad del perímetro de la ventana, **sobre todo para que no entrara agua**, para lograr una estanqueidad. Como nunca había pasado nada, es lo que yo quiero entender, pues lógicamente no le dieron importancia a ese hecho. Pero sí nos llamaba la atención que, por ejemplo, en Fallas, algunas veces, cuando había una aglomeración de gente importante dentro del tren, algunas ventanas de una esquina, en concreto –eso lo he visto yo– venían para reparar porque se habían salido del marco. Lógicamente, si vemos una fotografía, no sé si me puedo extender o tengo... (Algú diu: «Sí, sí, sí, claro.») (Soroll de papers) Si vemos una fotografía de prensa de la unidad siniestrada, vemos algo que llama muchísimo la atención. Esta es la que se publicó en El País de la Comunidad Valenciana, vemos la unidad tumbada..., –es para que entendamos bien lo de los cristales–. Este es el cristal de la cabina del conductor. Este sí que se pegaba con pasta Sikaflex, este no se despegaba nunca por los bordes y no iba cogido igual, porque primero tenía un impacto muy superior, se procuraba que... También había veces que colgaban piedras de los puentes (ininteligible) ... Ese cristal, si lo vemos bien, está roto a mazazos, seguramente por los*

bomberos, pero el cristal no se ha desprendido, está pegado. Además, era un cristal doble que lleva una lámina intermedia.

Los otros cristales eran de seguridad, llevaban la lámina intermedia pero iban cogidos con el marco de goma. Es evidente que si a esta unidad le hubiéramos dado la vuelta, es seguro que no había ni un solo cristal en su sitio. Todos se desprendieron, seguro. Lo afirmo de un modo..., no puedo decirlo categóricamente puesto que no realicé esa operación, pero es mi experiencia como oficial. **Distinto..., los frontales de las unidades, que se pegaban con la pasta Sikaflex, llevaban otro sistema, con pestaña, a los laterales que iban con goma y junquillo.** Este no se desprendió, estos se desprendieron, los huecos eran muy grandes, eran ventanas bastante amplias, no tengo que relatar qué es lo que sucedió ahí, porque es evidente.

Me ha parecido importante enseñar eso porque es un detalle bastante... Es verdad, hubiera podido ocurrir el descarrilamiento pero **la mortandad no hubiera sido tan elevada**, porque fue muy superior a lo que suele ocurrir en un descarrilamiento normal.”

Y más adelante relata lo siguiente:

“El protocolo de los cristales. **El protocolo de los cristales a mí personalmente no se me dio por escrito.** Cuando llegamos allí, se me explicó cómo se cambiaban los cristales, porque yo estaba en la brigada de atención permanente. Me lo dijo el contramaestre que atendía mi turno, y me dijo cómo se hacía, porque empezamos a hacerlo, y lo vi y nos lo dijo: «Bueno, esto se pega así.» Había un útil para quitar el cristal, le pegábamos con una especie de maza, como esa que llevan la policía que entra por la noche a las casas, con una maza enorme y le pega a la puerta y la derriba, pero a menudo no era necesario, con una patada..., no una patada, porque no somos tan brutos, **haciendo presión, quitabas el junquillo y, haciendo presión, cedía el marco de goma y el cristal caía.**

Lo teníamos que coger porque estaba roto. **Se rompían muchísimos cristales**, por fuera, nunca entraba la piedra, porque hay costumbre de apedrearlos los trenes de FGV. No sé por qué. Hay una costumbre. Se

cambian cientos o miles de cristales, ¿eh?, la brigada de atención permanente. Igual que hacer grafitis. Por los cristales, nunca entra la piedra dentro, pero se rompen, y quedan cuarteados y hay que cambiarlos. Constantemente se cambiaban.

Yo no tenía ningún protocolo escrito, porque nadie fijaba qué tipo de silicona tenías que poner. Simplemente íbamos a las estanterías y ponía «silicona ventanillas laterales», cogías la silicona de las ventanillas laterales, que **era Fischer**, como la que yo compro para mi cuarto de baño cuando empieza a salirle el moho, de color negro. Y **Sikaflex creo que era la marca que se utilizaba para las ventanillas de los conductores**; como hemos dicho, **los frontales**. Esos no los cambiábamos ya nosotros. Venía el jefe de equipo de confort –estaba en la brigada de atención permanente– y él, dirigiendo a un equipo, cambiaba el cristal. Porque eso iba pegado como los cristales de los coches modernos, no puedes quitarlo a patadas, lo tienes que cortar con una cuchilla electroneumática. Es complicado arrancar ese cristal. Has de cortarlo y reponerlo otra vez. Era una tarea que duraba..., que llevaba ocho o diez horas. Era complicado, para hacerlo bien hecho y se debía hacer muy bien hecho, como se hace en la actualidad con las unidades que se rompen los cristales, **las 4.300, van pegadas con Sikaflex** –es una pasta indestructible o antidestructible y de una seguridad elevada–. Es muy difícil que por ahí entre nada a un cristal o se caiga dentro del tren, pero no teníamos un protocolo escrito que dijera exactamente qué producto teníamos que poner. Sí teníamos, como estas transparencias que yo tengo, unas normas, las normas técnicas, en los armarios del taller, donde nosotros consultábamos las dudas cuando no estaba el contramaestre, en las guardias de los fines de semana, antes de hablar con ellos, por no haber el ridículo, entre otras cosas, y por pundonor profesional, quería saber cómo funcionaba, y consultábamos ahí las dudas que podíamos tener respecto de algunos servicios. Tal vez en alguna de esas transparencias estuviera puesto cuál era el protocolo, pero no nos lo dieron personalmente y yo no tengo constancia de haberlo visto directamente. Sí que sé..., y yo puse lo mismo que me indicaron, la silicona habitual para tapar y que no entrara agua en los (ininteligible)... en los trenes.”

Y sobre la fijación reiteró lo siguiente además de insistir en cuestionar el diseño de las ventanas:

*“Me sorprende lo que dice. Indudablemente creo en lo que dicen los informes de la policía, que no pudieron entrar por el otro lado, porque las ventanas no cedían. Me sorprende mucho. Es posible que no pudieran entrar, pero ignoro por qué. Lo que estoy es absolutamente seguro que **si uno se pone encima de la ventana y empieza a pegar patadas, se cuele para adentro**. Seguro. Probablemente por eso no lo hicieron. Si no tenían el medio adecuado, y estás arriba del tren volcado, si te pones encima de la ventana, te vas a caer para adentro.”*

Motilla Lorenzo también relató que el sistema de sellado estaba destinado a que no hubiera filtraciones de agua, que la silicona tenía esta finalidad. Sobre la lámina de plástico que se colocó al parecer como consecuencia del elevado vandalismo que padecían las ventanas, el Técnico de Línea de FGV, afirmó:

“No queda ningún cristal que pueda ser un peligro para clavarse uno y quedarse ahí. No, se hace todo añicos. Entonces, para evitar que los apedreamientos que desgraciadamente tenemos entren dentro del tren, que pueda pasar una piedra o un cristal a un ojo de alguien, lo que sea, se puso este tipo de plástico laminado, transparente, adhesivo.

Cuando se cuartea, si se cae entero, claro, eso hace de manta, se enrolla, está todo roto y se queda ahí enrollado. ¿Qué pasa si no se enrolla? Se rompe igual. No hay más peligro si está enrollado que si está hecho añicos. No tiene nada que ver.”

Por su parte, **Gimeno Barberá**, exdirector de Auditoría y Seguridad en la Explotación de FGV afirma que:

*“En cuanto a las ventanas, yo creo que las ventanas, la fisonomía de las ventanas no tiene ninguna incidencia en (ininteligible) ... al accidente. Es decir, hubieran sido esos cristales, hubieran sido otros... Pienso, realmente, que **el problema, digamos, del desmontaje de las ventanas era el sistema de fijación que tenían. Los marcos sobresalían de la carrocería y, por lo tanto, cuando apareció un deslizamiento entre la carrocería del tren sobre***

los raíles, este deslizamiento produjo que los marcos se achicaran y que, por lo tanto, hicieran saltar los cristales. Creo que ninguna incidencia tuvo sobre el desmontaje de los cristales el que los cristales fueran de un tipo o fueran de otro; de hecho, los cristales que iban montados en ese momento tenían una mayor resistencia al impacto. Pero los cristales que llevaban de fábrica hubieran desaparecido exactamente igual o, probablemente, algunas décimas de segundo antes, pero hubieran dado el mismo resultado.

Es decir, yo no creo que tuvieran... Aunque, efectivamente, el que se cayeran los cristales aumentó las consecuencias. Pero ninguna relación tuvo con el cambio de cristales, eso es lo que quiero decir.”

El compareciente Sebastián Portolés, Jefe de Equipo de Mantenimiento, ofreció una versión diferente en su comparecencia de 7.3.2016 respecto a la caída de los cristales afirmando “no creo que cayera ninguno”, para después matizar:

“¿Considera que al bolcar l’UTA i caure una persona damunt la finestra aquella es podia desapegar? Sí, sí. Sí, és aixina de clar.”

Respecto a la fijación manifestó lo siguiente:

*“¿Estaven mal apegades? Eixes finestres no van apegades de ninguna manera. Se ficava, el que hem dit, **silicona en els quatre cantons, bàsicament perquè no entrara auia.** Però el sistema que porten no van apegades, en absolut. Duen, per la part exterior, un tipus de rivet, un tipus de rivet, que és el que per a llevar la finestra, el vidre, se lleva el rivet i ix el vidre molt fàcilment.*

Se munta el vidre nou amb el motllura..., la mateixa o una altra nova, se fica el rivet i, en alguns cantons, se ficava silicona normal i corrent perquè no entrara auia. Ni més ni menys. No s’apegava..., (inintel·ligible) ... el vidre a la goma, a la carrosseria.”.

También señaló “Una vegada llevat el rivet, amb una simple patada eixia el vidre, simplement. No feia falta cap extractor ni res”.

En su comparecencia de 29.1.2016 el maquinista **Francisco Machado** expone el problema del vandalismo consistente en apedrear las ventanas.

En su comparecencia de 5.2.2016 **Javier Golf Sánchez**, exvocal del SIF en el Comité de Seguridad de FGV y actual miembro de la DAASE cuestionó el diseño, en concreto la moldura que al estar en relieve hacia fuera considera que supuso que los cristales desaparecieran, siendo en su opinión irrelevante la marca de silicona utilizada e insiste en que en la actualidad se ha modificado el diseño estando ahora en línea, sin relieve:

“Sobre los cristales de las ventanas. Bueno, dice que, claro, tras el descarrilar y colisionar la unidad de cuarenta y seis toneladas a 80 kilómetros por hora contra el muro, volcar, arrastrarse, « ¿le parece normal que se rompieran los cristales del lado izquierdo por el que volcó?» Sí. No solo es normal, sino que es que es imposible que no sucediera. Pero es debido al diseño. En estas unidades, y lo vais a entender enseguida, porque ocurre lo mismo que los coches. En un coche, ¿a veces no llevan una tirita de goma, un paragolpes pequeñito en los laterales, una moldurita? Esa moldurita evidentemente está en relieve sobre el coche. La carrocería y hay una moldurita.

Claro, precisamente está en relieve para impedir que (ininteligible) ... O cuando uno abre la puerta del... de al lado, el tío que... pam, le da a la moldurita y no... Bien, pues entonces la sujeción de las ventanas, esa goma era exactamente igual. Si el aspecto era el mismo que una moldura de un coche. Era una junta de goma en relieve, sobresaliendo de la carrocería. Si yo vuelco y lo arrastro, pues normal, eso desapareció. Normal. Vamos a ver, si hubiera estado remachada, y lo digo ya por la siguiente pregunta, los cristales, bueno, que no pudieron romperlos y tuvieron que esperar, lo de la colocación famosa...

Lo leo, lo leo: «qué valoración me merece que, tras estas colisiones, los cristales del lado derecho de la UTA estuvieran en perfecto estado tras el accidente, que era muy difícil de romper ni para pasajeros ni policía, y que tuvieran que esperar a los bomberos para poder romper». Claro, cuando vuelca, se refiere a los que quedan arriba. Bien. «¿Cree que podía tener defectos en la colocación?» Bueno, los cristales están hechos para que no se puedan romper, excepto el que es de socorro. Lo que pasa que todo el mundo luego se empeña en romper el que no es de socorro, pero bueno, bien, vale. Bien. Es lo que estoy diciendo.

*Es decir, aunque lo hubieran remachado, las juntas, aunque hubiesen sido... Hablan de la silicona, que si... Ya, sé de qué están hablando, ¿vale? Bien. Yo, lo que digo es: aunque hubiera estado remachado, con clavos, con tornillos, vamos a ver, eso desaparece. Porque está en relieve. Es que **es un defecto de diseño**. Si tú lo tienes en relieve y vuelcas y arrastras, es normal que eso desaparezca. Los cristales deberían de estar en bajorrelieve, o en línea, como están ahora. Pero incluso un poquito en bajorrelieve. Es que vamos. Lo raro es que se hubiera quedado alguno. Eso hubiese sido un milagro. Pero es por el diseño de este tren.*

*Claro, al volcar, apoyan precisamente sobre esa goma. Imaginaos, un coche, es lo mismo. La moldura. Y ahora vuelca, si te arrastras, esa moldura desaparece. Pues resulta que los cristales eran sujetos por esa moldura. **Pero por un problema de diseño inicial de la propia fábrica.***

FGV manifestó por escrito ante el Juzgado que las nuevas incorporaciones a taller recibían la formación sobre la colocación de los cristales por los mandos intermedios, sin embargo, los comparecientes relataron que simplemente veían a los compañeros realizar la tarea y así aprendían, sin que tuviera gran complejidad, dada la facilidad de retirada y colocación de los cristales. También se dice en el mismo documento que las instrucciones de montaje eran las mismas que dio CAF en su día y que no había exigencias de homologación legal de las ventanas.

En la relación de averías reparadas desde el año 2000 al 2006 remitida por FGV se observa gran cantidad de reparaciones de los vidrios, tanto por rotura como por caídas, incluso *“por empujón desde el interior”*.

El Sargento de Bomberos del Ayuntamiento de Valencia **Alberto F. Puchalt** manifestó en su comparecencia de fecha 11.4.2016 la inquietud por colocar unas ventanas superresistentes en caso de incendio, sin valorar que con la colocación de las ventanas de emergencia dicho problema quedaría resuelto. Igualmente afirmó que *“esas ventanas sabemos que tenían que ser diseñadas de otra manera, pero lo sabemos a raíz del servicio este”*, y más adelante manifestó *“La causa directa son las ventanas”*, explicando que nadie había

imaginado lo que ocurrió y nadie había previsto que las ventanas tuvieran que *“aguantar el peso lateral en descarrilamiento”*.

De lo expuesto cabe concluir que el modelo de ventanas y su leve sujeción fueron clave para la elevada mortalidad del accidente ante su desprendimiento. A diferencia del trato que se le otorgaba al cristal frontal, las ventanas laterales sólo iban sujetas por la goma, y la silicona no tenía como finalidad la sujeción, sino que evitar la entrada de agua. Tanto el relieve como la leve sujeción favorecieron que las ventanas se desprendieran y las personas que iban dentro del vagón siniestrado cayeran a la vía, multiplicando enormemente el número de personas fallecidas. A pesar de que la falta de sujeción era un problema evidente, al parecer nunca formó parte de las preocupaciones de la empresa las consecuencias que ello pudiera tener para la seguridad de los viajeros, pues nada se hizo al respecto.









e) El Sistema de Seguridad en las unidades y en las vías

SISTEMAS DE FRENADO EN LAS UNIDADES

En la cabina del maquinista está la palanca del manipulador que sirve tanto para acelerar el tren si se lleva hacia adelante, como para frenarlo si se acciona en sentido contrario. Éste es el **Freno de Servicio**, que si se acciona totalmente activa el Freno de Urgencia.

El Freno de Urgencia también puede ser activado tanto por un pasajero que pulsa el botón de alarma, como por una señal enviada a distancia por una baliza instalada en la vía, como se explica más adelante.

También está el **Freno de Emergencia** que es muy efectivo por su frenado; se activa por un botón independiente conocido como “la seta” por su forma.

Por último está el sistema de “**hombre muerto**”. Se trata de un sistema de seguridad que como define el perito Judicial D. Andrés Cortabitarte en su comparecencia del 18 de abril de 2016:

“El hombre muerto es un dispositivo que tú le tienes que seguir..., tienes que hacer una secuencia de pisado –es decir, pisas, levantas, pisas, levantas– en una determinada secuencia de tiempo (cada 30 segundos). Si de alguna forma uno se desvanece, esa secuencia de tiempo se rompe y automáticamente se produce el frenado de emergencia del tren. Eso existe ahora en todos los ferrocarriles; no solamente en FGV, en todos los sitios.

En el caso de las UTAs de la serie 3700 se trata de un pedal que el maquinista debe pisar cada 30 segundos.

“Eso es cómo se controla de alguna forma el desvanecimiento del maquinista. (...) Pero, hoy por hoy, lo que tenemos ahora para suplir lo que es el desvanecimiento de un maquinista es eso, es decir, el hombre muerto, ya sea en sus diversas técnicas, agarrar con la mano o con la secuencia de pies. Es lo que tenemos..., “

Como en el apartado de análisis de las cajas registradoras de eventos se indican los distintos accionamientos o contactos que tenían cada una de las dos UTAS y su reflejo en la lectura de las cajas registradoras de eventos, mientras la UTA 3714 llevaba el “hombre muerto” desconectado, y así quedaba reflejado en el encabezamiento de la lectura de la WKR, la UTA 3736 sí debería llevarlo activo pero no hay constancia de ello; la lectura de la Teloc 2200 no refleja ni un sólo accionamiento del contacto “hombre muerto” lo que sólo es posible por no haber sido activado por los maquinistas en todos los trayectos, por estar desactivado, lo cual es un grave riesgo sobre todo en caso de despiste o de desvanecimiento del maquinista, o porque la caja registradora de eventos no recogía o no reflejaba esos accionamientos del “hombre muerto”.

SISTEMAS DE FRENADO EN LA VÍA. BALIZAS, FAP.

Si antaño toda la responsabilidad de la seguridad en la conducción recaía en los maquinistas, durante las últimas décadas se han ido desarrollando sistemas que suplen posibles errores, despistes o problemas que puedan tener los conductores. El sistema ASFA ha sido el más usado en RENFE durante décadas, y tiene su equivalente en el transporte metropolitano en el Sistema FAP. Más recientemente se ha ido generalizando los sistemas ATP y ATO, que tienen un control continuo sobre los vehículos y son idóneos para frecuencias de paso elevadas como las de los suburbanos.

D. José R. Cabello Núñez, Jefe del Servicio de Eléctricos y Comunicaciones explicó el 26-02-2016 la diferencia entre el sistema de frenado puntual FAP existente en la Línea 1 de Metrovalencia y el ATP, ya que este último se considera más seguro:

“(...) el FAP es «frenado automático puntual». Es un nombre comercial, podíamos decir, pero es un ATP puntual. Quiere decir que sólo el tren recibe una orden cuando pasa por la baliza. El resto de itinerario no tiene ninguna orden. El ATP recibe órdenes continuamente, nunca deja de recibir órdenes, continuamente le va marcando al maquinista códigos de velocidad. Esa es la diferencia.

¿Diferencia de balizas FAP, balizas ATP, cómo funcionan?. Bueno, el sistema funciona, el tren es siempre receptor de una señal. En el momento que pasa por encima de una baliza, la baliza le transmite una señal que le indica que corresponde a un código que corresponde a una determinada orden, ya sea de frenado, de control de velocidad, que le obliga de alguna manera a cumplir ese control de velocidad, y tiene esas dos cosas: control de velocidad y frenado si se pasa de ahí. Eso es FAP.

ATP tiene unas balizas también, pero son unas balizas que se llaman APR, que son unas balizas de posicionamiento del tren. En el ATP el tren no se puede perder. Quiero decir, el ATP podíamos decir que pasa a ir sin conductor, el tren tiene que ir guiado. Entonces, no podemos tener el error de que no esté posicionado para conocer geoméricamente la vía. Tiene que ir siempre como si fuese un GPS, posicionado continuamente, saber dónde está. Y él, de acuerdo al mapa que lleva, va cumpliendo unas órdenes continuamente.

Sobre la idoneidad y correcta instalación del FAP en la Línea 1 de Metrovalencia el Sr. Cortabitarte López, técnico de ADIF, en su comparecencia del 11 de abril de 2016 indicó el criterio de FGV:

“... cuando se diseñó el sistema FAP, en aquel momento, ¿cuál era lo más perentorio o lo que más incidencia tenía en la circulación? Paso por andenes, paso por agujas, rebase de señales en rojo y pasos a nivel, ¿no?”

Las limitaciones de la infraestructura, estaban en esos momentos suficientemente protegidos por la señalización convencional. La señalización convencional evidentemente es un panel. Es un cartel con la indicación de una limitación con un cierto valor y una señal anterior que te anuncia ese criterio.

Los cuatro controles, velocidad máxima, paso por andenes, paso por desvíos y rebase de señales y pasos a nivel, pues eso es lo que se programó en esas balizas. Una velocidad máxima, que era la de la línea a ochenta kilómetros por hora, y lo que eran las infraestructuras limitaciones de velocidad no venía al caso en aquel momento. (...)

Pero en aquel momento, en el año 1989, evidentemente nadie dijo: «Bueno, pues vamos a poner un telegrama, vamos a programa para que, aparte de estas cuatro cosas, estos cuatro criterios que yo estoy diciendo, se ponga uno más.» En setiembre del año en curso, cuando hubo el accidente, ya se tuvo ese criterio. Otro criterio, evidentemente. Eso es así. Sí.”

Preguntado sobre el responsable de la programación de balizas describió D. Andrés Cortabitarte, técnico de ADIF, en su comparecencia del 11 de abril de 2016:

“Vamos a ver, ¿cuál es la persona responsable de...? No la programación, yo le voy a puntualizar un poco, permítame que se lo diga, la definición de a qué velocidad tiene que ir en cada momento y qué velocidad tengo yo que controlar para que esa programación que va dentro sea la correcta. Evidentemente, pues, el departamento de explotación de FGV”.

Y más adelante contesta a si una baliza hubiera evitado el accidente:

“Con una baliza se hubiera evitado? No, e incluso con las que hay. Se tomó la solución de que se pusieron dos balizas. Bueno, se puso alguna más. Una solución técnica, que todas tienen cabida. Pero, sí se hubiera evitado, claro que sí. Las balizas.”

Y también contesta sobre la velocidad del trayecto:

“La velocidad del trayecto. La velocidad máxima de protección del sistema FAP era de ochenta kilómetros por hora, que era la velocidad máxima de la línea. Pues se protegió la velocidad máxima de la línea, no la velocidad máxima del tramo ese que había evidentemente entre Plaza de España y Jesús (y que era de 60 km/h). (...)

Si hubiera estado ese telegrama, evidentemente se hubiera acomodado la velocidad a ese trayecto, porque al maquinista le hubiera cantado. Le hubiera cantado, no, le hubiera puesto evidentemente las alarmas suficientes.”

Y sobre si había incidencias en la curva del accidente;

“Bueno, pues las incidencias, vulnerar de alguna forma la velocidad de itinerarios que tienen en determinados trayectos, no se tenía. Es más, no se tenía ni las denuncias. Si no tienen ni las denuncias ni la velocidad de itinerario, pues no pusieron el telegrama. ¿Que si se hubiera puesto ese telegrama, se hubiera evitado? Evidentemente”

El Sr. Cortabitarte no conocía en Informe Golf, en el que se pedían balizas para todas las limitaciones de velocidad permanentes, caso del túnel a 60 km/h y de la curva a 40 km/h, y que no había revisado la información de las cajas negras, de lo contrario habría encontrado incidencias suficientes para proteger la curva de Jesús, pues los rebasamientos de velocidad en FGV eran una constante como se ha demostrado en el apartado referente a las cajas negras o cajas registradoras de eventos, así como las quejas por el mal estado de las vías en

la curva que habían denunciado reiteradamente los maquinistas y que se tratan en el apartado VIII.A.e.

CONCLUSIONES

Ya quedó claro en 2006 que una baliza de 3500 € hubiera evitado el accidente: ERA EVITABLE. Ahora lo han admitido casi todos los comparecientes; y también que programando la baliza 1680 a 60 km/h se hubiera evitado el accidente, pues era esa la velocidad máxima en ese tramo subterráneo.

El Informe Golf, las quejas de los maquinistas y los avisos de la Plataforma pel Ferrocarril del PV (formada por Ecologistas, Sindicatos, plataformas Anti-AVE...) alertaron del deterioro progresivo de la infraestructura y de las unidades, y de la necesidad de mejorar la seguridad; ERA PREVISIBLE.

En el Informe Golf se solicita colocar balizas en las limitaciones de velocidad existentes por debajo de la velocidad máxima de circulación; en septiembre de 2006 se colocaron esas 14 balizas.

Sin embargo, el anuncio de inversiones hecho público por el President de la Generalitat en el "*Plan Horizonte 2010*", en el que se preveía una inversión en seguridad de la circulación, infraestructuras y material móvil en la Línea 1, no se empezó a ejecutar –en cuanto a la instalación del Automatic Train Operation" o sistema de seguridad automática ATO- hasta el 30 de abril de 2008, fecha de licitación de más de 800 balizas en los 25,3 km de tramos subterráneos de las Líneas 1, 3 y 5 de la inversión de 30 millones de euros; la cual fue inaugurada el 26 de marzo de 2011, a dos meses de las elecciones de 2011.

COMPARATIVA DE LOS DATOS OBTENIDOS Y ANÁLISIS DE LAS LECTURAS DE LAS CAJAS REGISTRADORAS DE EVENTOS DE LAS UTA 3736 Y 3714, EN LAS COMISIONES DE INVESTIGACIÓN DE 2006 Y 2015.

LECTURAS DE LAS CAJAS REGISTRADORAS DE EVENTOS DE LAS UTA 3736 Y 3714

Los registros de las de cajas registradoras de eventos (las mal llamadas cajas negras) son los únicos elementos que se conservan del ACCIDENTE DE LA LÍNEA 1 DE METROVALENCIA DEL 3 DE JULIO DE 2006, además del registro fotográfico pues la unidad siniestrada UTA 3736 así como los restos del accidente fueron destruidos por orden judicial en 2008.

Se describe a continuación toda la información obtenida de los cuatro documentos proporcionados por FGV -que son distintos para cada caja registradora de eventos en 2006 y en los aportados en 2015- y de un quinto documento que es el incluido en el Informe (de 23 de febrero de 2007) del perito judicial D. Andrés Cortabitarte, en su Anexo 5: “Datos aportados por el juzgado de instrucción nº 21 de Valencia”.

TIPOS DE CAJAS REGISTRADORAS DE EVENTOS Y LA INFORMACIÓN QUE OFRECEN

Las cajas registradoras de eventos, pese a pertenecer al mismo modelo de tren (Unidad de Tren Articulada serie 3700) son de marcas y modelos distintos:

- Hasler Teloc 2200 (TELOC UAS Versión 2.32) en la UTA 3736
- KWR (V 3.0E) en la UTA 3714

Las primeras 30 UTAs que se adquirieron llevaban instalada la KWR mientras las 10 últimas las Hasler Teloc 2200.

Los dos tipos de cajas registradoras de eventos también ofrecen datos distintos, algunos de ellos difícilmente comparables. La Teloc recoge la hora (en hh:mm:ss), la distancia entre paradas (en km), la velocidad puntual (km/h), la aceleración (m/s) y contactos ó accionamientos de 7 elementos del tren; la KWR recoge datos de velocidad (km/h), distancia recorrida total desde el inicio del trayecto (en metros) y accionamientos de 8 elementos del tren.

Los PARÁMETROS reflejados en las lecturas disponibles, en los que sólo son comparables las velocidades, son los reflejados en la siguiente tabla:

Parámetro reflejado	TELOC (UTA 3736)	KWR (UTA 3714)
VELOCIDAD PUNTUAL (km/h)	SÍ	SÍ
GRÁFICO DE VELOCIDAD	NO	SÍ
DISTANCIA entre paradas (en km)	SÍ	NO
DISTANCIA desde el inicio del trayecto (en metros)	NO	SÍ
HORA (hh:mm:ss)	SÍ	NO
ACELERACIÓN (m/s)	SÍ	NO

Los contactos o accionamientos de los elementos de cada UTA reflejados en las lecturas de las cajas registradoras de eventos también son distintos y obedecen a lo indicado en la siguiente tabla con la grafía que se utiliza en las lecturas de cada tipo de caja registradora de eventos:

CONTACTO reflejado	TELOC (UTA 3736)	KWR (UTA 3714)
FRENO	<i>B</i>	
FRENO DE URGENCIA	<i>C</i>	<i>1</i>
FRENO DE EMERGENCIA	<i>D</i>	<i>2</i>
TRACCIÓN	<i>A</i>	<i>3</i>
FRENO DE SERVICIO	<i>G</i>	<i>4</i>
DISPARO DE DISYUNTOR		<i>5</i>
HOMBRE MUERTO	<i>E</i>	6 (desconectado)
SILBATO	<i>F</i>	<i>7</i>
PUERTAS AUTORIZADAS		<i>8</i>

En la tabla se indican en negrilla y cursiva los Contactos que aparecen en las lecturas de las cajas registradoras de eventos; el resto no aparece en ninguna de las 5 lecturas disponibles. A reseñar que el Freno de la Teloc equivale al Freno de Servicio de la KWR, pues ambos suelen aparecer accionados al mismo tiempo.

En la cabecera de las dos lecturas de la la KWR de la UTA 3714 figura el sistema “Hombre Muerto” (6) como Desactivado, lo cual es lógico pues el conductor va en la UTA 3736. Pero es significativo que en la Teloc durante toda la jornada laboral desde las 06:17:59 hasta las 13:11:00 el sistema “Hombre Muerto” (E) o no se activa o no se refleja su activación, pues no aparece ninguna señal en todo el recorrido.

Además, en las versiones de 2006 de la lectura de la Teloc 2200 aparece una octava columna en la que se indica la Estación cuando el tren está parado, columna que no aparece en la lectura de 2016 de la Teloc 2200.

Todo ello deja bien claro que los datos de las cajas registradoras de eventos han sido procesados por FGV y seleccionados con distintos criterios para cada una de las cinco lecturas analizadas pues contienen datos distintos.

En el punto 4 se desarrolla esta información y se adjuntan distintas imágenes que la acreditan.

LA PRIMERA LECTURA DE LA CAJA REGISTRADORA DE EVENTOS TELOC 2200.

En la página siguiente se adjunta copia del acta de la primera lectura de la caja registradora de eventos Teloc 2200 nº90080564 realizada el 4 de julio de 2006 a las 04:50 h en los talleres de FGV de Valencia Sud.

Según relató D. Luis Miguel Domingo Alepuz, Jefe de Talleres de FGV, en su comparecencia del 19-02-2016 en esta Comisión de Investigación, el acta se redactó a petición del policía judicial según se describe en el último párrafo de la pág. 382 del *Diari de Sessions* de esta Comisión.

Sin embargo el acta no coincide con lo que sucedió en el proceso de volcado de datos.


Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana

Se extiende la presente acta en Valencia a, 4 de julio de 2006 siendo las 4 horas y 50 minutos en las Oficinas de Valencia Sud, actuando como responsables:

Por F.G.V.
Marisa Gràcia, Directora Gerente de F.G.V.
Juan José Jimeno Barberá Director de Auditoria y Seguridad en la Explotación
Luis Domingo Jefe de Taller de Valencia Sud

Y actuando como secretario Juan R. Torres Escudero Técnico de Auditoria y Seguridad en la Explotación.

Certifican:

Siendo recogida la denominada Caja registradora de eventos Teloc 2200 con número 90080564 de la unidad de tren 3736 de la estación de Jesús que descarrilo a las 13 horas y 2 minutos se procede a su lectura en los Talleres de Valencia sud.

Dicha Caja registradora de eventos Teloc 2200 dispone de fecha 4 de julio del año 1996, al ser un equipo antiguo y no soportar el año 2000, los abajo firmantes confirman que la fecha real es la del 4 de Julio del 2006 y la hora del equipo tiene un adelanto de 10 minutos.

Efectuada dicha lectura se procede a la representación gráfica de los datos en el ordenador y programa a tal efecto verificando lo siguiente:

La lectura corresponde al día 3 de julio de 2006.
A las 13:10:12,0 la unidad esta detenida en la estación de Plaza España.
A las 13:10:56,3 la unidad circula a 80 km/h y se deja de traicionar.
A las 13:10:56,7 se actúa sobre el freno.
A las 13:10:57,5 se aplica freno de urgencia
A las 13:11:00 la velocidad es 0 Km/h.


T. de MARISA GRACIA


J J Jimeno Barberá


Luis M. Domingo


Juan R. Torres

El primer aspecto que no coincide son las personas presentes, pues mientras en el acta aparecen Marisa Gracia, Juan José Jimeno Barberá y Luis Domingo, actuando como secretario Juan R. Torres Escudero, la realidad es que sólo estaban presentes el policía judicial, José Brisa y Luis Domingo. Lo describe así el Sr. Domingo Alepuz (tercer párrafo de la pág. 383):

“(...) yo puedo decir que estamos presentes tres personas. Estaba José Brisa, que es oficial electrónico montando y desmontando, estaba yo ayudándole para volcar el dato, y después el policía siempre estuvo a nuestro lado. (...) dice que estuvo con la caja en todo momento, desde que se la entregaron a la salida del metro de Jesús hasta el volcado de datos».

Por tanto no estuvieron presentes en el volcado de datos ni D^a Marisa Gracia, ni D. Juan José Jimeno Barberá, ni el que actúa como secretario redactando el acta el técnico de FGV D. Juan R. Torres Escudero, hecho que reconoció el propio Sr. Torres en su comparecencia en sede parlamentaria el 25-04-2016.

DESCRIPCIÓN DEL VOLCADO, MODIFICACIÓN Y BORRADO DE DATOS REFLEJADO EN EL INFORME DE LA POLICÍA CIENTÍFICA

El **Informe Técnico Policial: V2576T06** elaborado por el **Grupo Básico de Actuación en Grandes Catástrofes - Grupo de Inspecciones Técnico-Policiales** (DEVI) de la Brigada Provincial de Valencia de la Policía Científica para el Juzgado de Instrucción nº 21 de Valencia y fechado el 18 de julio de 2006, en sus págs. 8 a 10 describe porqué se extrajeron de la UTA 3736 la Teloc 2200 nº 90080564 y el equipo FAP móvil nº 01-03760, los motivos por los que estos equipos se trasladaron a los talleres de FGV de Valencia Sud para su lectura, y contiene las explicaciones técnicas al respecto del Jefe de Taller de FGV D. Luis M. **Domingo Alepuz**.

Y en el inicio de la página 10 se indica:

“La transferencia de datos de los sistemas referidos, según manifiesta el Sr. Domingo, ha conllevado, por cuestiones técnicas propias de estos aparatos, el borrado de los mismos de las cajas extraídas de la unidad siniestrada, careciendo de datos de su memoria interna según el funcionario de Ferrocarriles.”

Preguntado el 19-02-2016 en esta Comisión sobre porqué se realizó el borrado, asegura que (pág. 386):

“Entonces, yo tengo aquí el procedimiento del volcado que, como pueden ver, se lo puedo aportar, está mecanografiado, porque todavía usábamos tal. Y hemos usado siempre este procedimiento para el volcado, siempre.”

Y más adelante concreta el procedimiento:

*“Entonces, el procedimiento que nos dio en su día Sánchez Ramos y Simonetta (empresa que suministró las cajas a CAF, fabricante de las UTAs) era el siguiente: una vez ya volcados los datos y todo esto, hay un apartado que nos daba la opción de pulsar... –es que está todo en inglés, pero lo tenemos traducido– «¿borrar los datos de base?» Entonces resulta que **aparecía una opción que ponía «borrar los datos de base» y teníamos que poner sí o no.** Entonces, lo que nos recomendaban era que pulsáramos que sí y los borrábamos. Y después aparecía otro valor que decía: «Quiere usted borrar los datos estadísticos» y siempre poníamos que no, nunca los borrábamos porque eso les servía a ellos, si les mandábamos la caja a reparar, para tener datos estadísticos. Y así es como siempre hemos funcionado. El tema del borrado, del borrado, se hacía porque en caso de no hacerlo, en caso de no hacerlo, el problema es que la caja registradora de eventos cuando va girando la sonda a veces resulta que puede emitir algún mensaje de error. Entonces, lo que ocurre es que si alguna vez... El mensaje de error es un mensaje simplemente mensaje de error, no es un error. El mensaje de error quiere decir simplemente que algún bit por ejemplo, digamos, lo recoge diferente.”*

Por tanto el Sr. Domingo Alepuz procedió al borrado sin consultar al miembro de la Policía Judicial que estaba presente, pese a tratarse de una prueba de indudable valor. Y más adelante añade:

“El procedimiento de volcado, la juez me lo preguntó, yo lo aporté y, bueno, así hasta hoy. Y así es como lo llevábamos haciendo diecisiete años. No teníamos ninguna instrucción de hacerlo en contrario.”

A la pregunta de si: *“¿es modificable el contenido de esa información dentro del volcado del ordenador portátil?”* contesta:

*“¿Si se puede modificar? No, **no se pueden modificar**. Si yo le entrego a la policía el volcado de datos, lo vuelque cuando lo vuelque le da siempre los mismos datos, no le dará cada vez unos, siempre le dará los mismos. ¿Se podía modificar? No.”*

Tampoco coincide lo anterior con la realidad pues **ha habido al menos 4 versiones de la lectura de la Teloc 2200 de 47, 115, 351 y 411 págs., en las que se introducen cambios en la cabecera del documento, en encabezamientos y pies de página, y se añade o no la columna donde se especifican las estaciones.**

En las páginas siguientes se reproducen las cabeceras de las distintas versiones de la lectura de datos. Las dos primeras son las versiones proporcionadas en 2016 a esta Comisión de Investigación y se indica que la *“Selected start”* o selección del inicio de datos es el 2 de julio de 1996 a las 04:30:00, presumiblemente antes de iniciar el servicio ese día.

Por tanto **no sólo se corrige el efecto 2000** que dice el Acta de la primera lectura en los talleres de Valencia Sud, **sino que se adelanta también un día, pasando del 2 de julio de 1996 al 3 de julio de 2006**, que es la fecha que refleja el tercer cuadro de las páginas siguientes.

De hecho, en el tercer cuadro también aparece la fecha corregida de 3 de julio de 2006 sólo que la selección del inicio de datos es a las 10:56:00 que es el momento en el que las UTAs salen de la estación Torrent Avda. tal y como se indica en **la columna añadida de estaciones que tampoco aparece en las dos versiones de 2016.**

La otra fecha que aparece en la cabecera del tercer documento es **el momento (día y hora) de la primera lectura**, una vez corregido el efecto 2000, que coincide con el momento que aparece en el Acta de la primera lectura, o sea, **04-jul-06 04:50.**

En las otras dos cabeceras en su lugar aparece 04-jul-96 14:32, y aplicando la corrección del efecto 2000 y el día adicional nos encontramos con un **presumible momento de volcado de los datos de estos dos documentos de 05-jul-06 14:32.**

En los dos cuadros siguientes se muestran los datos de las cabeceras de las lecturas que se han proporcionado a presente Comisión, que a priori son los que ofrece el volcado de los datos sin procesado (sólo cambia el tipo de letra):

```

Hasler AG T E L O C - U A S Version 2.32 Page 1
Long term data Valencia UTA_EMU 1 04-Jul-96 14:32
Time Dist Vitesse Acceler ABCDEFG
-----A-----A-----D-----
02-Jul-96
Moving
Selected start at 02-Jul-96 04:30:00
Moving
06:17:59 .0000 .00 .0001 .....
06:18:00 .0000 .00 .0000
06:18:01 .0000 .00 .0000
06:18:02 .0000 .00 .0000
06:18:03 .0000 .00 .0000
06:18:04 .0000 .00 .0000 .....F.

```

```

Hasler AG T E L O C - U A S Version 2.32 Page 1
Long term data Valencia UTA_EMU 1 04-Jul-96 14:32
Time Dist Vitesse Acceler ABCDEFG
-----A-----A-----D-----
02-Jul-96
Moving
Selected start at 02-Jul-96 04:30:00
Moving
06:17:59 .0000 .00 .0001 .....
06:18:00 .0000 .00 .0000
06:18:01 .0000 .00 .0000
06:18:02 .0000 .00 .0000

```

```
06:18:03 .0000 .00 .0000
06:18:04 .0000 .00 .0000 .....F.
```

Y en el cuadro siguiente se muestran los datos la cabecera de las lecturas que se proporcionaron a la Comisión de 2006, con todas las modificaciones posteriores realizadas y descritas en la página anterior:

Lectura Teloc 2200 U.T.A. 3736											
Hasler AG		TELOC - UAS		Version 2.32							
Long term data		Valencia		UTA_EMU		1	04-Jul-06 04:50				
Selected start at 03-Jul-06 10:56:00											
Tiempo	Distancia	Velocidad	Aceleración	A	B	C	D	E	F	G	Estación
hh:mm:ss	en Km.	en Km/h	en m/s								
10:56:00	0,0371	18,53	0								Torrent Avda.
10:56:01	0,0418	18,53	0								
10:56:02	0,0465	18,53	0								
10:56:03	0,0535	24,84	1,7518								
10:56:04	0,0604	31,14	-								

Queda suficientemente contrastado que **los datos volcados de la Teloc 2200 que llevaba la UTA 3736 fueron modificados al menos en su cabecera y formato. y no se borraban por cuestiones técnicas propias de estos aparatos.**

Esta manipulación fue tratada en el Consejo de Administración de FGV; en el *ACTA DE LA SESIÓN DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DE LA ENTIDAD FERROCARRILS DE LA GENERALITAT VALENCIANA, CELEBRADA EL DÍA 18 DE JULIO DE 2006*, incluida en el documento 57.1 EXPEDIENTE INTERNO (Pág. 45 de 225 y siguientes), se cita literalmente:

“Ante alusiones del (consejero) Sr. Coronado respecto a la manipulación de la caja registradora de eventos, la Sra. Directora Gerente manifiesta que no es cierto que ella haya manipulado la caja registradora de eventos, y que si alguien quiere imputarle tal actitud, adoptará las medidas legales oportunas.

Insiste el Sr. Coronado en que sí que puede tener alguna responsabilidad, pues estuvieron manejando la caja registradora de eventos a las tres de la mañana, haciendo una lectura de la misma que no reunía las condiciones debidas”.

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS OFRECIDOS POR FGV A LAS COMISIONES DE INVESTIGACIÓN DE LES CORTS VALENCIANES Y AL JUZGADO Nº 21 DE VALENCIA

Las lecturas de la KWR (UTA 3714) entregadas a esta Comisión por FGV en 2006 y 2016 difieren en los siguientes aspectos

1.- Ambas están fechadas en su cabecera el 30.11.88 (presumiblemente debido al efecto 2000 de los equipos informáticos del pasado siglo, dato que no se corrigió como sí se hizo en la transcripción de la Teloc 2200), y con idénticos datos en el encabezamiento pero difieren en lo siguiente:

Documento de 2006: DOC_28

Fichero: U1430706 Texto: Accidente 030706 UTA 3714 en JESUS

Documento de 2016: 28.01 KWR-3714

Fichero: U143706 Texto: 56

2.- Además, todas las páginas de la versión de 2016 tienen un encabezamiento que indica KWR-3714.txt y un doble pie de página donde se indica la página de que se trata, y debajo el mismo número de página y “de 80” (ejemplo: “Página 1” y debajo “Página 1 de 80”). **Estos encabezamientos y pies de página no aparecen en el documento de 2006.**

3.- La lectura de 2006 de la KWR (UTA 3714), de 21 páginas, tan sólo refleja los últimos 5.056 m de recorrido. Se inicia en el punto 8.627,2 situado entre las estaciones de Empalme y Beniferri y pasa por otras 4 estaciones hasta el punto 13.683,2 en que se para definitivamente.

La lectura de 2016 de la KWR (UTA 3714), de 80 páginas, refleja los últimos 13.696,6 m de recorrido, desde el punto 3,3 m poco antes de llegar a la estación de La Canyada, y tras pasar por otras 13 estaciones hasta el punto 13.683,2 m en que el tren se para definitivamente tras el accidente. Los datos que reflejan los últimos 5.056 m de recorrido son idénticos

4.- También se cambió TODA la tipología de la letra de un documento a otro.

En resumen, FGV a partir de la lectura original de la caja registradora de eventos KWR que iba montada en la UTA 3714,

- **En el documento aportado en la Comisión de 2006 se eliminaron los datos** correspondientes a los 8,6 km del trayecto en superficie, **pasando de 80 a 21 páginas** el documento entregado a la Comisión de Investigación de 2006, documento de 21 páginas en el que **sólo se reflejaban los últimos 5,1 km del trayecto, todos subterráneos.**
- **En el documento aportado en la Comisión de 2015, la cabecera del documento aportado en 2006 fue modificado tal y como se indica en el punto 1 anterior, añadió los encabezamientos y pies de página y por tanto el formato de página como se indica en el punto 2 y el tipo de letra en todo el documento.**

LAS LECTURAS DE LA KWR (UTA 3714) ENTREGADAS POR FGV en 2006 y 2015 REVELAN CONSTANTES SUPERACIONES DE LA VELOCIDAD DE ITINERARIO Y DE LAS MÁXIMAS AUTORIZADAS.

Las UTAs de la serie 3700 fueron fabricadas por CAF (Construcciones y Auxiliar de Ferrocarriles S.A.) y están diseñadas para una velocidad máxima de 80 km/h, tal como se indica en la pág. 2 punto 2.4 del DOC_15 “Características principales del tren siniestrado” entregado a la Comisión de Investigación de 2006.

Las velocidades de itinerario y máxima para la Línea 1 de Metrovalencia estaban recogidas en la página 65 del DOC_35 LLIBRE D’ITINERARIS, entregado en la Comisión de Investigación de 2006 y que entró en vigor el 15 de septiembre de 2003 según se indica en la pág. 3 de dicho documento.

La lectura de la KWR (UTA 3714) entregada a la Comisión de Investigación de 2006, contiene 21 páginas, tan sólo refleja los últimos 5.056 m de recorrido, todos ellos subterráneos. Se inicia en el punto 8.627,2 situado entre las estaciones de Empalme y Beniferri y pasa por otras 4 estaciones hasta el punto 13.683,2 en que se para definitivamente tras el accidente muy cerca de la estación de Jesús.

En el tramo subterráneo la velocidad máxima es de 70 km/h entre Empalme y Pza. España, y de 60 km/h de Pza. España a Jesús. En el trayecto entre Empalme y el punto del accidente se superó, en el día del accidente, la velocidad máxima autorizada en los tramos indicados en la siguiente tabla:

Estación anterior y posterior	Inicio y final de la superación de 80 km/h	Metros recorridos a más de 80 km/h	Velocidad máxima alcanzada
Empalme-Beniferri	9.048,6 – 9.096,0	47,4	75 km/h
Beniferri-Campanar	10.015,0 -10.028,3	13,3	71 km/h
Beniferri-Campanar	10.071,8 – 10.125,3	53,5	71 km/h
Campanar-Turia	10.961,3 – 11.108,4	147,1	72 km/h
Pza. España-Jesús	13.057,9 - 13.539,4	481,5	88 km/h

Se alcanza una velocidad máxima de 88 km/h en el punto 13.455,8 m, en el 13.485,9 m se activa el freno de servicio (4), y sólo 16,3 m más adelante en el punto 13.502,6 m se activa el freno de urgencia (1) momento en el que se inicia el descenso progresivo de velocidad hasta que se para. Se superan los 60 km/h durante 481,5 m de lectura.

Hay que destacar que en julio de 2006 las balizas del sistema FAP en la Línea 1 de Metrovalencia estaban programadas para proteger la entrada a los andenes a un máximo de 40 km/h, y no para impedir rebasar la velocidad máxima autorizada.

El informe de la lectura de la KWR (UTA 3714) aportada a esta Comisión en 2015 consta de 80 páginas, refleja los últimos 13.696,6 m de recorrido, desde el punto 3,3 m poco antes de llegar a la estación de La Canyonada, y tras pasar por otras 13 estaciones hasta el punto 13.683,2 m en que el tren se para definitivamente cerca de la estación de Jesús. No hay ninguna referencia ni tiene explicación el hecho de que el inicio de las lecturas de esta caja registradora de eventos se produzca en un punto aleatorio entre La Vallesa y La Canyonada. Lo más significativo es que, el propio día del accidente, se supera la velocidad máxima en los 10 tramos que refleja la siguiente tabla:

Estación anterior y posterior	Inicio y final de la superación de velocidad máxima	Metros recorridos por encima de la velocidad máxima	Velocidad máxima autorizada	Velocidad máxima alcanzada	Vmax aplicando coef.corrector
Canyonada-Fuente Jarro	642,0 - 1.013,2	371,2	80 km/h	91 km/h	84,63
Canyonada-Fuente Jarro	1.243,9 – 1.611,8	367,9	80 km/h	91 km/h	84,63
Fuente Jarro-Sta. Rita	2.594,9 – 2.778,8	183,9	80 km/h	83 km/h	78,02
Sta. Rita-Paterna	3.591,3 – 4.056,1	464,8	80 km/h	88 km/h	82,28
Campanto.-Carolines	5.801,7 - 6.032,4	230,7	80 km/h	87 km/h	81,34
Canterería-Empalme	8.062,1 – 8.175,8	113,7	80 km/h	82 km/h	77,08
Empalme-Beniferri	9.048,6 – 9.096,0	47,4	70 km/h	75 km/h	69,75
Beniferri-Campanar	10.015,0 -10.028,3	13,3	70 km/h	71 km/h	66,03
Beniferri-Campanar	10.071,8 – 10.125,3	53,5	70 km/h	71 km/h	66,03
Campanar-Turia	10.961,3 – 11.108,4	147,1	70 km/h	72 km/h	66,96
Pza. España-Jesús	13.057,9 - 13.539,4	481,5	60 km/h	88 km/h	82,28

La Tabla refleja los datos de los 10 tramos en los que se superó la velocidad máxima de 80, 70 ó 60 km/h según los casos, y que recogió la caja registradora de eventos de la UTA 3714 en el último recorrido en superficie entre las estaciones de La Canyonada y Jesús.

En la última columna se refleja la velocidad si se aplican los coeficientes correctores del documento 67. Actas Caja Negra 3714 y 3736.

Sin aplicar dichos coeficientes correctores, el tren circuló en superficie 1.732,2 m a más de 80 km/h, en un trayecto de 8.664 m, o sea, durante el 20 % del recorrido, y circuló en subterráneo 742,8 m por encima de la velocidad máxima, en un trayecto de 5.056 m, o sea, durante el 14,7 % del recorrido.

LAS LECTURAS DE LA TELOC 2200 (UTA 3736) DE 3 DE JULIO DE 2006 FUERON ENTREGADAS POR FGV en 2006 y 2015. Y LA QUE SE ENTREGÓ A LOS JUZGADOS (Y aparece en el Anexo 5 del Informe de 23/02/2007 del Perito d. Andrés Cortabitarte)

En la siguiente tabla se comparan la hora de inicio y las páginas de cada uno de los 4 documentos que reflejan los datos de la unidad siniestrada en 2006:

Documento y origen	Hora inicio datos	Páginas	Otros datos
DOC_1 (FGV a Com. Investigación 2006)	10:56:00	115/115	Columna con estaciones. Inicio Torrent Avda
01.01 Registrador y FAP 3736 (FGV a Com. Investigación 2016)	06:17:59	351/400	Contiene 49 págs. de lectura Balizas FAP (total 400 págs.)
28.02 3736TOT (FGV a Com. Investigación 2016)	06:17:59	411/411	
Anexo 5 Informe 23/02/2007: Datos aportados por el Juzgado Instrucción nº 21 Valencia al Perito A. Cortabitarte	12:25:40	47/47	Columna con estaciones. Inicio Lliria

Sólo en los documentos de 2016 se pueden comparar las **velocidades de paso** (en km/h) **por distintos puntos del túnel** entre Pza. España y Jesús, **con las velocidades máximas autorizadas** en esos puntos; están en la siguiente tabla:

Página del doc. 01.01	Hora Salida Pza. España	A 125 m V _{máx} =40 km/h Final curva	A 400 m V _{máx} =60 km/h Recta	A 550 m Inicio de V _{máx} =40 km/h	A 600 m V _{máx} =40 km/h Inicio curva	A 630 m V _{máx} =40 km/h Curva
132/400	08:38:32	49,77	68,45	51,59	44,00	37,38
211/400	10:24:03	44,45	65,92	50,16	45,20	39,69
350/400	13:10:16	50,12	75,96	80,89	80,89	80,89

De las tablas se desprende que las UTAs 3736-3714 también superaron la velocidad máxima autorizada tanto en la recta como en la curva del túnel de Jesús las otras dos veces que pasaron por allí ese día, dato que no se ha podido conocer hasta recibir este documento con todos los trayectos del día hasta el accidente de la Estación de Jesús.

FGV no entregó esta documentación ni a la comisión de investigación de Les Corts ni al perito judicial D. Andrés Cortabitarte

En el último trayecto se superó el límite de velocidad en 9 tramos, circulando el tren unos 4,9 km por encima de la velocidad máxima, el 16,7 % de un trayecto de 29'5 km, como se refleja en la siguiente tabla. El tren salió de Lliria con 2:40 minutos de retraso y en Plaza España llevaba un retraso de 1:16 minutos.

Estación anterior y posterior	Distancia con superación de Vmáx.	Velocidad máxima alcanzada	Velocidad máxima autorizada	V máx. UTE 3714 corregida
Lliria Benag 2	850 m	82,39	80 km/h	
Benag 1 Pobla Vallb	760 m	82,76	80 km/h	
Montesol Entrpins	800 m	81,47	80 km/h	
Vallesa-Canyada	883 m	82,15	80 km/h	
Canyada-Fuente Jarro	282 m	84,09	80 km/h	84,63
Canyada-Fuente Jarro	262 m	84,09	80 km/h	84,63
Sta. Rita-Paterna	350 m	81,99	80 km/h	82,28
Campanto.- Carolines	165 m	80,10	80 km/h	81,34
Pza. España-Jesús	481 m	80,89	60 km/h	82,28
Pza. España-Jesús	70 m	51,60	40 km/h	

Pero no fue una excepción; en el primer trayecto de la mañana de la misma UTA se produjeron hasta 13 rebasamientos del límite de velocidad, como se refleja en la siguiente tabla, recorriendo 7,3 km superando la velocidad máxima autorizada, o sea, el 24'7 % de un trayecto de 29'5 km. El tren salió de Lliria con 1:40 minutos de retraso y en Plaza España llevaba un retraso de 28 segundos de adelanto

Estación anterior y posterior PRIMER VIAJE	Inicio y final de la superación de velocidad máxima	Velocidad máxima alcanzada	Velocidad máxima autorizada
Llíria Benaguasil 2	723 m	82,20- 83,90	80 km/h
Benag. 1 Pobla Vallbona	938 m	81,76-82,46	80 km/h
Pobla Vallbona L'Elia	1013 m	83,04	80 km/h
EL Clot Entrpins	706 m	81,77	80 km/h
Entrepins-Vallesa	832 m	81,60	80 km/h
Vallesa-Canyada	416 m	83,73	80 km/h
Canyada-Fuente Jarro	1625 m	84,00	80 km/h
Fuente Jarro-Sta. Rita	292 m	83,91	80 km/h
Sta. Rita-Paterna	231 m	80,99	80 km/h
Beniferri-Campanar	280 m	74,39	70 km/h
Campanar-Turia	175 m	71,04	70 km/h
Pza. España-Jesús	265 m	68,45	60 km/h
Pza. España-Jesús	70 m	51,60	40 km/h

De la revisión de las lecturas de otras cajas registradoras de eventos como las incluidas en los docs 75.11.36-04-95 y en 75.14.37-12 99, con datos de unas 8 h cada una y fechadas en abril de 1995 y en diciembre de 1999, también se observan una veintena de rebasamientos de la velocidad máxima de la Línea 1 de 80 km/h, sin poder entrar a valorar si son velocidades en superficie o subterráneas al carecer estas lecturas del nombre de las estaciones.

Otras irregularidades detectadas en algunos casos es que no coinciden las velocidades que ofrece la Teloc con la resultante de calcular los metros recorridos por segundo; en muchos casos se parecen esos datos en m/s más a los ofrecidos por la KWR que a los ofrecidos por Teloc en km/h.

Las dos cajas registradoras de eventos miden distintas distancias y velocidades para el mismo recorrido, lo que ha sido explicado por los reperfilados que se realizan a las ruedas, modificaciones que no son calibradas para su reflejo en las cajas registradoras de eventos.

También se aprecia que en el último recorrido Lliria-Plaza España los tiempos de frenado son mayores que el resto del día, lo cual puede atribuirse a la forma de conducción de cada maquinista.

De la revisión pormenorizada de las lecturas proporcionadas en 2016 por FGV de las cajas registradoras de eventos se puede concluir que:

El contenido de las lecturas de las cajas registradoras de eventos fue modificado en distintos momentos según el destinatario de los informes.

El Jefe de Taller Luis Domingo Alepuz dio información sobre el volcado, tratamiento y borrado de datos a la Policía Judicial que no era coincidente con lo que manifestó en su comparecencia ante esta Comisión el día 19 de febrero de 2016.

En la primera lectura de la caja registradora de eventos Teloc, al contrario de lo que refleja el Acta, no estuvieron presentes en el volcado de datos ni D^a Marisa Gracia, ni D. Juan José Jimeno Barberá, ni el que actúa como secretario redactando el Acta, el técnico de FGV D. Juan R. Torres Escudero, hecho que reconocieron los Sres. Torres y Domingo en sus comparecencias en sede parlamentaria los días 25-04-2016 y 29-02-2016 respectivamente. Sólo estuvieron presentes el policía judicial, D. Luis Domingo y D. José Brisa, técnico de FGV.

En 2006 se ofreció mucha menos información que en la presente Comisión en las lecturas de las cajas registradoras de eventos; así las UTAs 3736-3714 también superaron la velocidad máxima autorizada tanto en la recta como en la curva del túnel de Jesús las otras dos veces que pasaron por allí ese día, dato que no se ha podido conocer hasta recibir este documento con todos los trayectos del día hasta el accidente de la Estación de Jesús. **FGV no entregó esta documentación ni a la comisión de investigación de Les Corts ni al perito judicial D. Andrés Cortabitarte.**

De la revisión de los datos de muchas horas de circulación, y tras escuchar los testimonios de muchos maquinistas y expertos parece claro que en FGV no se buscaba que se cumpliera el Reglamento de Circulación, pues era prácticamente imposible; no se sancionaba a los maquinistas por exceso de velocidad.

Era imposible cumplir las velocidades de itinerario recomendadas por FGV, pues para cumplir horarios había que circular a la velocidad máxima autorizada.

Se superaban los límites de velocidad de forma sistemática; sólo esa mañana la UTAs 3736-3714 circularon al menos el 24,7 % y el 16,7 % de sus trayectos por encima de la velocidad máxima autorizada que también es la velocidad máxima de circulación de las UTAs, con la tensión y el estrés que se generaba en los maquinistas, y el desgaste de los materiales al circular por encima de la velocidad de diseño.

Resulta paradójico que diversos altos cargos de FGV y de la Generalitat Valenciana en 2006, hayan insistido en que la única causa del accidente fuera el exceso de velocidad, cuando desde la Dirección no se prestaba ninguna atención a este aspecto. También el perito judicial D. Andrés Cortabitarte en sus comparencias como experto de ADIF el 11 de abril de 2016 y como perito judicial el 18 de abril de 2016 insistió en que el accidente era evitable con una baliza programada adecuadamente pero imprevisible pues nadie podía prever una superación de velocidad como la que se produjo ese día. De los datos expuestos en este punto **VIII.A.f.** se obtienen conclusiones muy diferentes.

g) El estado de la vía

Como ya se ha descrito al analizar el estado de las Unidades de la serie 3700, estaban sometidas a muchas tensiones mecánicas pues, además de superarse sistemáticamente la velocidad máxima de diseño que es también la velocidad máxima de itinerarios, 80 km/h, las UTAs de la serie 3700 tenían que circular por una línea 1, en superficie en el 90 % de los recorridos, que estaba muy deteriorada como así afirmaron diversos trabajadores de FGV que han comparecido en la Comisión como los Srs. Trigo Verdú (05-02-2016), Luis Jorge Álvarez (12-02-2016), Juan García López, (12-02-2016), Francisco Viva Úbeda (07-03-2016).

Todos ellos narraban que años antes se podía pasar por esa curva a 70 km/h sin problemas y cómo se generó un bache y un garrote que producía una especie de zigzag al entrar en la curva y que se reparaba y en pocos días volvía a aparecer, y que se fue incrementando.

En el mismo sentido también la maquinista Dña Pilar Medina Medina (pag 92 de 225 del documento 57.1 EXPEDIENTE INTERNO), conductora del anterior convoy al siniestrado que al final de su declaración de 8 de agosto de 2006 afirmaba “Creo que sería conveniente revisar y mejorar todas las vías de la Línea 1, especialmente las del tramo subterráneo, pues sólo con las limitaciones de seguridad no es suficiente”.

La rebaja en la velocidad máxima al principio de la curva de 60 km/h a 50 km/h en noviembre de 2003 a través de la Consigna 32/03, y que se volvió a rebajar a 40 km/h en enero de 2004 a través de la Consigna 1/04, fue el resultado de diversos avisos de los maquinistas ante el deterioro progresivo de la vía y no parece probable que hubiera una reparación de la vía tras el descarrilo.

El Informe del Perito Judicial D. Andrés Cortabitarte no analiza contenidos cajas negras, ignora las consignas 32/03 y 1/04 de reducción de velocidad en la curva. Acepta que la vía no se reparó tras el accidente y da por buenas las mediciones que hizo en la vía 3 meses más tarde; en sede parlamentaria dijo que era normal que la 2ª UTA no volcara ni descarrilara pese a entrar a más 70 km/h en la curva, cuando él calculó que el vuelco se producía a 65 km/h. (página 36/39 de su informe).

B.- ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

a) Servicios de emergencia

BOMBEROS y FGV

Una de las primeras llamadas de emergencia alertando del descarrilamiento la recibe el servicio de Bomberos, la llamada proviene de la madre de una viajera, esposa de un bombero. En esta llamada la transcripción evidencia que los pasajeros identifican la parada de Jesús, y no la de Plaza España. Inmediatamente después reciben la alerta del 112, donde se referencia como ubicación la estación de Plaza España.

Cinco minutos después de la primera llamada de emergencia recibida será confirmada la salida del equipo de Bomberos, unos a estación Jesús y otros a Plaza España, que se desplazarán a pie a través del túnel hacia los vagones.

De inmediato tras la alerta del 112 se informa a FGV, que desconoce el descarrilamiento pero sí saben de la existencia de humo en la estación de Jesús. De hecho, es ya en Plaza España in situ cuando el sargento de bomberos ha de exigir a FGV que cese el tráfico, pues una unidad estaba a punto de salir desde Plaza España hacia Jesús, es más el Sargento Yunta Cerveró afirmó en su comparecencia de 18 de julio de 2016 *“La estación sigue en marcha. Sigue el tráfico de personas”*.

El Jefe de Sala no había recibido ni información ni orden alguna. Son ya las 13:15 horas.

Se insiste por los bomberos al personal de FGV en la urgencia de corte de suministro eléctrico. FGV desconoce qué ha ocurrido y el maquinista de dicho tren es directamente informado por el sargento de bomberos de que ha habido un accidente y no puede continuar la marcha.

Cuando los bomberos se disponen a transitar por el túnel hacia Jesús se encuentran con la primera víctima que les confirma la gravedad del accidente, y el sargento Yunta Cerveró pone al corriente al Puesto de Mando de FGV.

El CICU en ese momento ya ha recibido la alerta y los servicios de emergencia sanitaria ya se habían puesto en marcha, según relató su Director en aquel entonces en su comparecencia de 18 de julio de 2016, Manuel González Sal, que señaló la carencia de información proveniente de FGV.

Cabe señalar que su relato de hechos no es coincidente con el Informe de Bomberos, pues afirmó que el equipo de atención sanitaria no accedió a la zona 0 ni a los vagones.

Esta incoherencia seguramente es debida a que no formó parte del personal que estuvo directamente atendiendo a las víctimas.

En cuanto a la llegada de bomberos a la Zona de rescate, una confusión entre las dos estaciones afectadas hará que en un primer momento se dé la directriz de desplazar todos los efectivos a Plaza España, para inmediatamente después rectificar e instalar el puesto de mando en Jesús a las 13:28 horas.

La primera llegada de bomberos a la estación Jesús se retrasa por ese motivo y se produce a las 13:24 horas. Al bajar al túnel allí ya se encuentran operativos de la policía nacional.

A las 13:54 horas se informa de la evacuación de todos los heridos, quedando solamente los fallecidos, tarea en la que los bomberos prestan ayuda a la Policía Científica.

El Procedimiento de Actuación Marco frente a Emergencias con repercusión en el ámbito de protección civil,

“regula las acciones a desarrollar por los distintos servicios intervinientes, en aquellas emergencias que provoquen situaciones de grave riesgo, gran número de víctimas o graves daños materiales o medioambientales, frente a las cuales no exista planificación específica de la Comunidad Autónoma, completando las directrices establecidas en el punto 7.4. del PTE”, en referencia al Plan Territorial de Emergencia de la Comunidad Valenciana aprobado mediante el Decreto 243/93, de 7 de diciembre, vigente en aquél momento.

La normativa identifica a la Generalitat Valenciana como quien ostenta la competencia en la dirección de las emergencias que sucedan en el ámbito de la Comunidad Valenciana. Por delegación del Conseller de Justicia y Administraciones Públicas, el Director del Procedimiento es el Director General de Interior, que en caso de ausencia, es sustituido por el Jefe del Área / Servicio del Servicio de Emergencias de la Generalitat. En cuanto al grupo sanitario de emergencias su dirección compete al Conseller de Sanidad, según se desprende del protocolo en caso de Accidentes de Múltiples Víctimas, como es el caso que nos ocupa.

La normativa expuesta dispone que “En el lugar donde ocurra la emergencia se constituirá el Puesto de Mando Avanzado (PMA), que estará a cargo del mando de mayor rango del Servicio de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamento competente en el lugar del accidente”.

Y que *“El Director del PMA (Mando de Bomberos / Mando de la Guardia Civil), deberá nombrar un coordinador para la Unidad Básica de Intervención Directa / Unidad Básica de Seguridad.”*

La normativa recogía las siguientes directrices:

“Los recursos movilizados por los distintos centros de coordinación, se organizarán en el terreno en las siguientes Unidades Básicas de Intervención:

- *UNIDAD BÁSICA SANITARIA: formado por los recursos sanitarios asistenciales, de transporte sanitario y equipo de asistencia psicológica.*
- *UNIDAD BÁSICA DE INTERVENCIÓN DIRECTA (o de RESCATE Y SALVAMENTO): formado por los recursos pertenecientes al Servicio de Extinción de Incendios competente en el lugar del accidente así como, otros especialistas en rescate y salvamento movilizados.*
- *UNIDAD BÁSICA DE SEGURIDAD: formado por el personal de las Fuerzas del Orden (Guardia Civil, Policía Local, Policía Nacional y Policía Autonómica).*

En aquellas emergencias en las que se produzcan fallecidos y se desplace al lugar de la misma el/los médico/s forense/s, la policía científica y judicial y, en su caso, la autoridad judicial, se podrá constituir la Unidad Básica Judicial con las funciones descritas en el punto 5.3.

Procedimiento de Actuación marco frente a emergencias con repercusión en el ámbito de Protección Civil.

La coordinación de estas Unidades Básicas será ejercida desde el Puesto de Mando Avanzado por los siguientes responsables:

- *UNIDAD BÁSICA SANITARIA: el médico del equipo SAMU. En caso de haber más de un equipo, el CICU de la provincia afectada designará el médico del SAMU que realizará las tareas de coordinación.*
- *UNIDAD BÁSICA DE INTERVENCIÓN DIRECTA (o de RESCATE Y SALVAMENTO): mando del Servicio de Extinción de Incendios competente en el lugar del accidente.*
- *UNIDAD BÁSICA DE SEGURIDAD: Mando del Cuerpo Nacional de Policía / Guardia Civil / Policía Local, de acuerdo con las competencias según donde se produzca la emergencia. UNIDAD BÁSICA JUDICIAL: La coordinación de esta*

Unidad, en las funciones médico-forenses, será asumida por el Médico Forense que designe el Director del Instituto Médico Legal de la provincia afectada.”

Del Informe elaborado por los bomberos se desprende que mantienen su organización jerárquica y cumplen con las funciones encomendadas en cada grupo bajo su propia coordinación. De otra parte, el personal de emergencias sanitarias que acude realiza una labor más allá de sus obligaciones con el fin de ayudar accediendo incluso a la Zona de impacto.

Asimismo, todos los comparecientes han reseñado el gran número de miembros de la Policía Nacional que acudieron al siniestro. Sin embargo, no se visualiza que el conjunto de servicios intervinientes contaran con una dirección global, al parecer actúan más por instinto profesional que bajo una única dirección, en palabras del sargento Rafa Pons la forma de trabajar surgió “de manera innata entre el personal de los distintos servicios participantes”.

La compareciente médico del servicio de emergencias Carolina Ligorit también manifestó la falta de liderazgo para coordinar todos los servicios actuantes, lo cual llevó a la comisión de errores como el traslado en volandas de la menor previamente a su estabilización por los servicios médicos, a pesar de ser actos todos ellos efectuados con la mejor intención.

Respecto al rescate de las personas que se encontraban en el vagón volcado, los informes aportados por el Servicio de Bomberos de Valencia afirman lo siguiente:

“La primera dotación en llegar al convoy descarrilado es la del P. Oeste personal de bomberos consiguen introducirse en su interior y rescatan en un primer momento a una niña de 11 años, posteriormente personal de la dotación del P. Campanar accediendo por el cristal de la cabina del maquinista se consigue abrir un pequeño hueco por el que sacar a las víctimas, concretamente se saca a 3 personas (2 mujeres, una de ellas de edad superior

a los 60 años, y 1 hombre). Total del convoy descarrilado se sacaron a 4 personas, en su interior no quedó nadie más.”

El segundo informe relata al respecto lo siguiente:

“Los bomberos José A. López, Luisa Arnanz y Alfredo Alba suben al lateral del vagón (que en esos momentos y debido al descarrilamiento era el techo del vagón) e intentan acceder al interior del vagón, ayudan a un miembro de la policía a romper la ventana entrando los bomberos y 2 policías nacionales (identificación indeterminada) por la última ventana de salida de emergencia – que no es la última ventana realmente porque la última es una de menores dimensiones- de la unidad descarrilada. Una vez en el interior no ven a nadie y tienen que ir retrocediendo por dentro de la unidad hasta que llegan a la cabina del maquinista y allí se encuentran con 3 personas adultas en bastante buen estado y una niña con heridas graves.

Deciden rescatar a la niña y a los 3 adultos les informan que como hay heridos graves sobre la vía del tren, les darán prioridad a éstos y que en cuanto puedan volverán a por ellos. (Estas personas serían rescatadas finalmente por el bombero Miguel Ángel Padilla Ruiz).”

Y más adelante señala:

“-El BZ Miguel Ángel Padilla coge del FSV material de apertura (perpalina, mallo), baja hasta las vías y al acercarse al primer vagón descarrilado observa cómo a través de una pequeña hendidura del cristal de la cabina del maquinista, una persona intenta salir del vagón (era concretamente un facultativo sanitario que intentaba desde dentro sacar a los heridos), Se le indica que se aparte y empieza a golpear el cristal que al ser laminado cedía con dificultad. Al final es con su cuerpo y las manos como consigue abrir un pequeño hueco por el que sacar a las víctimas, concretamente saca a 3 personas (2 mujeres, una de ellas de edad superior a los 60 años, y 1 hombre). A continuación sale el facultativo y 2 policías nacionales (identidad de todos ellos sin determinar).”

En su declaración de fecha 11 de abril de 2016, Julian Rodríguez Muñoz, exjefe de Bomberos del Ayuntamiento de Valencia, relató lo siguiente al respecto:

“En la unidad que está tumbada se tienen que elevar por encima y en el penúltimo cristal, porque el último era muy pequeñito, el penúltimo cristal lo rompen, entra a la unidad, además con dos policías, bajan y allí se encuentran a cuatro personas, una de ellas bastante herida, que es la chica esta que sale en brazos en los periódicos, y otras tres que les dicen que se queden allí, ayudan, llaman al ATS para que pueda atenderlas mientras y se queda un policía porque saben que hay más víctimas a la otra parte, la parte de detrás, y que dan prioridad a las otras personas porque estas tres personas no estaban –digamos– tan heridas, ¿eh?, por decirlo de alguna forma.”

Otra de las cuestiones a tratar es el acceso de personal de FGV a la zona de impacto. Al respecto, en la comparecencia de Alberto F. Puchalt Farinó, Sargento de Bomberos, que accedió a la zona a las 15:15 horas, reconoció el acceso de personal de FGV al vagón siniestrado, especificando la cabina como lugar donde un maquinista de FGV se encontraba:

“Es verdad que sí que veo a un maquinista, porque luego me lo dicen y va con un chaleco y tal, y realiza unas funciones..., sí, allí estuvo tiempo, no le puedo decir más, yo creo que participó en el tema de algo de la cabina, yo estaba con los fallecidos, y sí que sabía que estaba allí, pero realmente entiéndame usted que ahí se trabajó, ahí aparece en el informe, pues veinticinco o treinta personas en esa fase, o treinta y cinco, en otra fase también otras veinticinco o treinta. El número de personal nuestro, ya nuestro, era muy alto. Entonces, no sé lo que hizo, pero sí que se personó y sí que bajó. Y posiblemente sea el único que se le permitiera acceder. Lo que yo veo visualmente que sí que estuvo entre la zona 1 y zona 2, vale, pero nunca atravesó o creo yo que nunca llegara a atravesar la zona de lo que es la caída del tren y acceder a la zona de fallecidos. Sí que se quedó más o menos en la cabina.”

Para después señalar que “nosotros a la zona 0, que es donde estaban la mayoría de los fallecidos –aquí, esto lo tendrán ustedes, vale–, esto es el tren, éste primer círculo que aparece, que es la zona 0, que es donde los fallecidos quedan expulsados por el tren, ahí solo entran bomberos. Puede que hubiera cien personas de FGV o de ambulancia que había, ahí no entran, en esa zona 0 solo entra bomberos.”

El informe del Servicio de Bomberos especifica que el apuntalamiento del eje se efectúa por los bomberos a petición de “*técnicos de FGV*”, por lo que cabe concluir que entre el personal de bomberos, policía y SAMU se encontraba personal de FGV. Es más, tras la rotura del cristal frontal el citado informe recoge que un técnico de FGV entró en la unidad hasta acceder a las baterías y desconectarlas.

También respondió el sargento Yunta Cerveró sobre este extremo aclarando lo siguiente:

“Bien, conseguimos abrir las puertas y toda esta gente fueron saliendo. ¿Se apuntalaron? Sí que se apuntalaron. Se apuntalaron porque yo me encontré personal de FGV, no sé si estaba en ese momento de servicio o no, y nos aconsejan un corte de batería porque la primera unidad todavía, la volcada, tenía por lo visto sus baterías internas, no tensión, pero sí sus baterías, no sabíamos si se podían volver a conectar o dar otra vez corriente porque son acumuladores, con lo cual había que quitar una pieza para desconectarlas, sobre todo para que el trabajo en esa unidad fuera seguro. Y el túnel y todo ya estaba sin tensión.”

De hecho, en su comparecencia de fecha 26.2.2016 el técnico de Línea Eugenio Motilla Lorenzo expuso precisamente cómo transcurrió ese momento en el que indica a bomberos la necesidad de apuntalar el Bogie porque él era “*suficiente para tomar algunas decisiones*”:

“Y también le dije a un bombero que entre la pared del túnel y la unidad volcada había un bogie medio colgando, que lo apuntalaran, porque podía haber peligro que pasando por allí con alguien les cayera. Y así lo hizo, lo apuntaló.”

Previamente había explicado el instante en el que encendió el alumbrado del túnel: *“Y entonces también di el alumbrado del túnel. Sí, lo encendí, le di a un interruptor que había allí y lo encendí. Un bombero me parece que fue el que me dijo: «¿Quién, quién ha dado tal o por qué no se ha dado antes?» Porque no había allí gente para poder encender. Y me bajé, bajé a la vía, estaban a todo esto sacando de allí gente herida, se oían los lamentos.”*. También señaló que en ningún momento entró en la UTA.

El maquinista Francisco Viva Úbeda relata en su comparecencia de 7 de marzo de 2016 su bajada a la zona de impacto, siendo la primera persona en acceder por la casualidad de ir a coger el metro para acudir a su puesto de trabajo en la misma estación de Jesús, cómo llamó a 112 que no había dado la suficiente relevancia a las múltiples llamadas recibidas y les alertó de la gravedad de lo que tenía ante sus ojos:

“Cuando bajé abajo, había una chica nueva en la taquilla. Ahí me dijo: «No, no, no se puede pasar.» Porque yo accedí tren, ya le digo..., pues tres o cuatro minutos antes iba a acceder de..., iba..., en casa, porque vivo al lado, para coger ese tren, y me dijo: «No, no, no se puede pasar, que hay una avería.» Entonces, le dije: bueno, yo soy maquinista, voy a tomar servicio ahora, estoy en ese tren, a ver. Y me bajé abajo al andén..., (sospira) me asomé y, nada más asomarme, yo llevo treinta y pico de años de maquinista, cuando vi un tren tumbado..., además –ahora le continuaré explicando–, yo calculé que allí habían lo menos treinta personas descuartizadas completamente. Entonces, le dije: «Oye, mira, yo soy maquinista.» Llamé inmediatamente al 112. En el 112 me dijeron: «Sí, ha llamado algún viajero diciendo que hay alguna avería o alguna cosa de estas.»

Digo, «no, no, no es una avería». Digo, «mire, soy maquinista de FGV –les di mi nombre, el carnet de identidad–, estoy aquí y hay –lo que le he dicho– lo menos treinta personas aquí malhechas».

Vi dos o tres chavales que salían de la última unidad, por la parte del accidente donde no salieron despedidas las víctimas, es decir, por la contraria. Vi salir dos o tres chavales de ahí, que se iban y subían. Y les pregunté: ¿Hay alguien más en el tren? Y dijeron: «Sí, había gente.» Y, efectivamente, subí arriba al tren, abrí las puertas, las anclé y, con la ayuda de algún chaval más joven y alguna persona más joven que había por allí, me ayudaron a bajar a la gente mayor que había, había gente mayor también, la gente mayor..., total, que los evacué y ya me fui a lo que era la cabeza de la máquina, que estaba volcada. Cuando entré, había un maquinista allí de la línea 3 y 5, que se ve que estaba parado allí para entrar en la estación, y él estaba por la cabina de donde estaba el maquinista, en la cabina del tren tumbado, entonces yo por eso me dirigí a los otros de atrás.

Ya, una vez pasó esto, empezó a llegar la policía nacional autonómica. Por cierto, creo que se llama... Roberto – Roberto..., no sé el nombre–, que le tuve que dejar el teléfono, porque ellos no tenían cobertura, ni los móviles que llevaban, ni nada. El mío, casualmente, tenía, se lo dejé y, con eso, ya pudo él ponerse en contacto, y ya empezó a llegar todo el grueso, digamos, de la asistencia y la ayuda. Y hasta ahí, lo que es la parte de cuando llegué y lo que me encontré.

Me quedé allí evacuando a la gente. Sería hasta las cinco... cinco y cuarto, entre las cinco y las cinco y media, cuando ya llegó una persona, que decían que era de la policía de Madrid, investigación, y ya fui el último prácticamente en irme de allí. Con la gente que había, se evacuó a la gente y todo lo demás.

Ya le digo, me puse también, además de llamar por teléfono al 112, llamé por el teléfono de piñón que llamamos, que es un teléfono que hay entre los andenes, al final del andén, poniéndome con el puesto de mando, diciéndoles lo que había. Y, claro, viendo lo que había allí, les dije lo que había, que no me entretuvieran más, que ya tengo que empezar a evacuar a la gente y tal. Y al cabo del rato empezó a llegar esta gente, que además no sé si estaban allí específicamente porque los llamaron por el tema del accidente o es que andaban cerca, porque era lo del tema de la visita del papa, y al oír... o eso, los comunicaron..., creo que fueron de los primeros en llegar y tal. Y hasta ahí, en el tema este de cuando llegué allí. O sea, la comunicación y eso, un desastre.”

Este compareciente afirmó que había desconectado baterías y la caja negra que estaba en la cabina, coincidiendo con lo afirmado en el Informe de Bomberos.

También el sargento Yunta Cerveró indicó que había accedido a la unidad volcada: *“Yo fui, yo me metí en la unidad volcada, porque le pregunté a uno de los cabos si habían realizado inspección, habían sacado a una niña, habían sacado..., bueno, estos son los del parque oeste...”,* para después especificar que buscaba a ver si quedaba alguien con vida.

En su comparecencia Arturo Rocher Escamilla manifestó en referencia al acceso a la Zona de personal de FGV que *“En un primer momento no nos dejaron acceder, pero luego ya con posterioridad a los pocos minutos ya pudimos entrar”*.

Al respecto Motilla Lorenzo afirmó:

“No tuve ningún problema en acceder. No, no, no tuve que identificarme a nadie, no había ningún control, en ese momento ningún impedimento para entrar, a lo mejor después ya no dejaban entrar a nadie, ya pusieron alguna especie de control o algo, cuando yo llegué no había control.” También indicó que Vicente Contreras sí que se acercó a la zona 0 y visualizó lo ocurrido.

De otra parte, Arturo Rocher señala que cuando se encuentra en el túnel “se acerca una persona acompañada de gente de consellería, una persona que se presenta como el juez que en ese momento estaba de guardia, un caballero, y nos pide inmediatamente que aportemos las grabaciones”. Es evidente que se trata de una confusión de personas y no habló con el juez, siendo que la instructora de los Autos es una mujer.

En relación a los simulacros, el Jefe de Seguridad Arturo Rocher Escamilla manifestó en su comparecencia en fecha 12 de febrero de 2016 que había una instrucción por parte de la dirección que todos los simulacros se hicieran en la Línea 3 y 5, y no en la Línea 1, directriz que Arturo Rocher atribuye a Marisa gracia, Vicente Contreras y Manuel Sansano.

En la Línea 1 se realizaban visitas. Y ello a pesar de que la relevancia de los simulacros forme parte del prólogo del Plan de Emergencia firmado por el Director Gerente.

Según el Plan de Emergencia vigente en FGV el Puesto de Mando debió comunicarse con el 112 y coordinar las actuaciones de la emergencia con los organismos exteriores. La falta de reacción de FGV ante los avisos de que algo grave ha ocurrido y su gestión es tratada de manera pormenorizada en el apartado “Puesto de Mando”, poniendo en evidencia la necesidad de un protocolo de actuaciones, que garantice la reacción inmediata, y mayores mecanismos de control que permitan conocer qué está ocurriendo.

La pasividad ante las señales de alarma, que los bomberos tengan que pedir reiteradamente el corte de suministro eléctrico cuando esta medida se puede ejecutar desde el puesto de mando, que un tren fuera a continuar su trayecto son algunos ejemplos de la falta de reacción inmediata y necesaria del Puesto de Mando en un momento en el que los tiempos pueden ser fundamentales para salvar vidas, en palabras del maquinista Viva Úbeda “la comunicación y eso, un desastre”.

Por su parte, toda vez que el Puesto de Mando de FGV es alertado de la polvareda a través de las cámaras instaladas en la estación de Jesús, al disiparse ésta es cuando según afirmó Arturo Rocher se visualiza el vagón volcado, por lo que éste que se desplazó de inmediato al lugar.

Al respecto Motilla Lorenzo, que señaló que fue el primero en llegar de FGV, tras desplazarse al lugar del siniestro por iniciativa personal, sin que –afirma– nadie le diera la orden de hacerlo, relató que cuando se desplazó a Jesús aún pensaban que el accidente había consistido en el hundimiento del techo, y que, una vez allí, no recibió órdenes de nadie:

“(L’assistent, amb el micròfon desconnectat, diu: «Te ha preguntado también quién avisa del accidente?») ¿Quién avisa? Pues no lo sé. A mí me llega... Yo estoy en el despacho, y está mi jefe también en su despacho al lado, sin paredes, y entonces dice: «Oye, que a ver qué pasa en Jesús, que dice Sansano que un maquinista dice que se ha hundido el techo del túnel.» Total, aquello es muy grave. Nada más oír esa palabra, y salimos de allí todos, no hace falta... ¿Que qué hago? Es obvio. Tienes que salir. (L’assistent, amb el micròfon desconnectat, diu: «Luego te ha preguntado que cuando llegas allí al túnel del accidente, que quién da las órdenes.») Bueno. A mí no me daba ya nadie órdenes. Yo luego informé de lo que había pasado. Y me imagino que ya estaría todo desplegado, porque incluso los propios viajeros que han podido utilizar su teléfono propio llamaron al 112 y ya estaba desplegado todo para la ayuda posible. (L’assistent, amb el micròfon desconnectat, diu: «Y la última que te ha dicho, que cuando llegas al accidente, cuánto tarda la policía en preguntarte quién eres y que te identifiques.») Pues no sé, a lo mejor, siete u ocho minutos. No lo sé. Algo así sería.”

Sobre la ausencia de pasillos de evacuación y salidas de emergencia en la línea 1 el compareciente Diego José Trigo Verdú en fecha 11.4.2016 contestó:

“Pues por la sencilla razón de que si una unidad se quedaba averiada o se quedaba sin luz tenía que ir andando por en medio de las vías. Entonces, los pasillos de evacuación son muy importantes para que la gente pueda circular por allí tranquilamente.”, para después afirmar que la seguridad dentro de las vías en algunos tramos no era aceptable.

El sargento Yunta Cerveró afirmó “Una salida de emergencia entre medio nos hubiera beneficiado a todos” y respecto a los pasillos de evacuación cuestionó su estrechez: “Y, ¿pasillos de evacuación? Pues realmente hay muy..., poco..., estrecho, una persona puede pasar. Imagínate un bombero con camillas, con tablas de rescate y con una víctima. Es decir, los pasillos deberían de haber sido mucho más anchos, debería..., pero eso no es así, pero en ningún túnel. Creo recordar en túneles con simulacros que los pasillos son estrechos para un paso de hombre y, realmente, pues eso me imagino que está también en el interior de este túnel.”

De lo expuesto cabe concluir que el personal que trabajó en la labor de rescate y asistencia médica realizó una tarea encomiable, con gran esfuerzo físico y emocional, que en muchos casos ha dejado secuelas de por vida, una labor por la que debemos estar y estamos agradecidos.

Igualmente, del triste suceso se han extraído a lo largo de los años propuestas de mejora en cuando a la coordinación de equipos y liderazgos, fundamentales para ofrecer la mejor atención en casos de accidentes de múltiples víctimas, que han de ser incorporadas a los protocolos de actuación.

En cuanto a FGV el accidente puso en evidencia su incapacidad de control y conocimiento de lo ocurrido y la falta de reacción inmediata ante los avisos que reciben por parte del Puesto de Mando. Asimismo se evidencia la necesidad de que los simulacros se realicen en todas las líneas y de contar con salidas de emergencia.

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA (SAMU)

A continuación, se adjunta cuadro explicativo de los recursos humanos y materiales movilizados el día del accidente de metro.

RECURSOS MATERIALES MOVILIZADOS Y RECURSOS HUMANOS

AP PADRE JOFRE	8 MEDICOS, 2 pediatras 10 ENFERMEROS
AP PL SEGOVIA	5 MEDICOS, 4 ENFERMEROS
AP V. CLAVELL	5 MEDICOS, 4 ENFERMEROS
AP LUIS OLIAG	8 MEDICOS, 1 ENFERMEROS
AP F. SAN LUIS	7 MEDICOS, 2 ENFERMEROS
PERSONAL SAMU VOLUNTARIO	5 MEDICOS, 5 ENFER Y4 CONDUC

La relación de medios es la siguiente:

- a) 6 unidades de soporte vital avanzado: SAMU (USVA)
- b) 3 unidades de soporte vital básico: SAMU (USVA)
- c) 8 TNA.
- d) 1 UCI medicalizada.
- e) 1 Vehículo AMV.
- f) 1 Vehículo VIR.
- g) 3 médicos coordinadores voluntarios.
- h) 1 Director SES Valencia.
- i) Vehículos de apoyo logístico.

Además de los anteriormente mencionados también participaron activamente los siguientes:

- Personal SAMU fuera de servicio: 5 médicos, 5 enfermeros, 4 conductores.
- Refuerzo de 3 coordinadores en el evento, uno de ellos desplazado en la zona.
- El Director del servicio de emergencias sanitarias en la zona realizando labores de coordinación de información.

En resumen el día del accidente se movilizaron para las labores de rescate un total de 50 médicos, 32 enfermeros y 24 técnicos en transporte sanitario.

El personal sanitario que accedió al túnel y actuó, fue el siguiente:

- Primer SAMU que se activa, era el del médico Eduardo López, una enfermera y el conductor, que acceden a pie por la Plaza de España (al darse el aviso allí), en el lugar del accidente estaban ya los bomberos.
- Segundo SAMU y tercer SAMU, Miguel Bosch y Carolina Ligorit.
- El cuarto SAMU, Eduardo Gómez. Se queda arriba dirigiendo la evacuación.

En cuanto a los Heridos, la clasificación se hace atendiendo al triage a muy graves, graves y leves:

- 8 heridos muy graves con prioridad 1 en la evacuación. Sus lesiones eran fundamentalmente politraumas con Tcs graves e inestabilidades torácicas.
- 6 pacientes graves con prioridad 2 en la evacuación que atienden fundamentalmente a fracturas y Tcs leves.
- 30 pacientes leves con prioridad 3 en la evacuación que atienden fundamentalmente a traumatismos leves y crisis de ansiedad.
- La importancia en el siniestro de 2 pacientes mujeres embarazadas.

Si bien hubo una rápida movilización de efectivos, al igual que ocurrió con el servicio de bomberos, se produjo una tardía identificación del lugar exacto del siniestro (minuto 18). El apoyo logístico llega a los 41 minutos del siniestro,

cuando el último herido grave es evacuado en el minuto 47. A los 52 minutos se envían heridos leves a los centros de salud más próximos. En consecuencia, se finaliza con la evacuación de los heridos en menos de una hora.

A la hora de analizar la coordinación de los equipos sanitarios se ha constatado que desde la Central de Coordinación hubo problemas de comunicación con las unidades y sobre todo con el Jefe del Grupo Sanitario.

Los equipos sanitarios accedieron a la zona de impacto a demanda de los bomberos con el fin de discernir entre las víctimas para su atención y realizar un triage, lo que supuso dispersión del grupo sanitario, carentes de coordinación entre sí, con el resto de grupos intervinientes, y de jerarquización adecuada.

La Dra. Ligorit, relató en su comparecencia la descoordinación. Por una parte, el jefe del PMA no estaba identificado; de otra, se produjeron evacuaciones indiscriminadas por personal no sanitario, con el riesgo que esto supone para los pacientes:

“Pero, si algo percibí en todo momento, fue una auténtica sensación de CAOS. Esto es una brutalidad que no tiene ningún sentido.... Y estas prisas... en 24horas-... “aquí no ha pasado nada”.

También relata la Dra. Ligorit que, tras acceder al lugar del accidente, vio la escena que se narra a continuación:

“Los primeros bomberos que veo están trabajando en la cabina, en la luna de la cabina. Intentando abrirla. Me acerco, les pregunto si puedo ayudar. Ellos me dicen que hay dos víctimas atrapadas El hueco es muy pequeño. Me asomo. Veo dos víctimas atrapadas en el interior. Una con un traumatismo craneoencefálico severo. Doy por hecho que es el conductor del convoy y una

persona que me parece la revisora, pero están totalmente aplastados y sin vida.

[...]

Chicos éstos dos están muertos, es muy difícil acceder a ellos y puede haber más víctimas.”

Asimismo y respecto a los simulacros, afirmó:

“Necesitamos hacer simulacros y meternos dentro del metro, necesitamos información sobre salidas y sistemas de evacuación...”

“Necesitamos estar coordinados y que nuestros jefes estén coordinados. Los trabajadores de la calle, estamos dispuestos a todo esto, a trabajar, a formarnos...”

“También queremos respuestas, queremos saber por qué pasó aquella barbaridad, y si vuelve a pasar, como lo podríamos mejorar.”

Tal y como relató la médico del SAMU, finalmente, ante la urgencia y emergencia de la situación, priorizaron el rescate de todas las víctimas colaborando ellos con el triage y accediendo los médicos Eduardo Gómez, Miguel Bosch y Carolina Ligorit a la zona de rescate. Así lo relató:

“Al bajar, la zona siniestrada queda delimitada. Unos 15m2. Era una carnicería. Una vez allí, había que hacer un triage rápido, buscando bultos que se pudieran mover o que hicieran algún ruido.”

“No son politraumatizados como en el ALVIA, era algo mucho peor.”

“Unas 50 personas de las que solo pudimos rescatar a 8: 6 + 2 muy graves, que luego pasan a fallecidos. 43 muertos, 47 heridos.”

En segundo lugar, se distribuyeron las cuatro unidades SAMU, de manera que dos médicos se quedaron estabilizando en el andén, donde se había montado “el nido de heridos”, y los otros dos se fueron arriba a la superficie a participar en la evacuación.

Sobre el Hospital de campaña, cabe destacar que su instalación fue tardía con respecto a la evacuación de las víctimas, por lo que según afirma Carolina Ligorit, no llega hasta las 2 menos diez, y en él solo se atendieron crisis de ansiedad y algún herido leve :”*Cuando se montó ya estábamos evacuando los últimos heridos*”. Según el Director del Servicio de Emergencia sanitaria, el hospital de campaña era complejo de montar, estaba todo protocolizado y se tarda alrededor de 20 min en montarlo.

Hubo un gran número de heridos leves que salieron por su propio pie, acudiendo por sus propios medios esa misma tarde a centros médicos cercanos y hospitales y tampoco se hizo un registro de pacientes evacuados.

b) INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

I. INTRODUCCIÓN

La Ley Orgánica 6/1985 de 1 de julio del Poder Judicial prevé en el artículo 504.1 la creación de los Institutos de Medicina Legal como los pilares de la organización de la Medicina Forense. Este precepto prevé su creación en aquellas capitales de provincia que sean sede de un Tribunal Superior de Justicia y en aquellas otras en las que tenga su sede Salas del Tribunal Superior de Justicia con jurisdicción en una o más provincias. Existe un Reglamento de los Institutos de Medicina Legal aprobado por RD 386/1996 de 1 de marzo.

La Generalitat Valenciana tiene atribuida competencia, por habersele traspasado funciones y servicios en materia de medios materiales, económicos y personales para el funcionamiento de la Administración de Justicia, por lo que pudo crear uno en la Comunitat Valenciana y lo hizo en virtud de Decreto 126/1998 de 1 de septiembre de constitución y regulación del Instituto de Medicina Legal en Valencia. Asimismo es en virtud de la Orden de 14 de abril de 1999, por la que se establece el servicio de laboratorio forense del Instituto de Medicina Legal de Valencia.

El Instituto de Medicina Legal es un órgano técnico adscrito a la Subsecretaría de Justicia de la Consellería de Bienestar Social.

Sus función es auxiliar a los Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas de Registro Civil de la provincia de Valencia en las materias que son de su competencia mediante la práctica de pruebas periciales médicas, tanto tanatológicas (disecciones de cadáveres, autopsias, etc.) como clínicas y de laboratorio, así como realizar investigación relacionadas con la medicina forense.

En sus funciones técnicas tienen carácter independiente y emiten sus informes de acuerdo con las reglas de investigación científica adecuadas.

Su estructura se determina en función del volumen de trabajo y de la correspondiente planta judicial y fiscal. En Valencia según el art. 7 del Reglamento del Instituto de Medicina Legal el Instituto se compone de un Director del Instituto, un subdirector, un Consejo de Dirección, tres servicios (clínica medico forense, patología forense y laboratorio) y siete secciones (policlínica y especialidades, psiquiatría, anatomía forense e histopatología, quimicotoxicología, biología y análisis clínicos y hemogenética y criminalista)

Corresponde al Servicio de Patología forense según el artículo 9 de ese servicio realizar las investigaciones anatómicas en los casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad y también la identificación de cadáveres y restos humanos. Es en la Sección de Anatomía forense donde se realizan las autopsias correspondientes a los cadáveres judiciales de la provincia de Valencia.

El Director del Instituto de Medicina Legal es quien ostenta la representación del instituto, distribuye y coordina los trabajos que hayan de realizarse y vela por el exacto cumplimiento de las funciones de los médicos forenses dependientes del Instituto, a quienes debe prestar cooperación necesaria para correcto ejercicio de las mismas.

Una vez descrito cómo fue creado el Instituto de Medicina Legal, cuál es su función y estructura y los ámbitos de decisión y responsabilidad corresponde ver cuál fue su papel en el accidente de metro del día 3 de julio de 2006.

Con la finalidad de corroborar este extremo, cabe analizar entre la documentación aportada el acta de inspección ocular y levantamiento de cadáveres y el informe de la policía científica y bomberos.

Asimismo se citó a comparecencia en la Comisión de investigación a dos de los integrantes en aquel momento del Instituto de Medicina Legal, al director en su día del mismo, al Sr. Matías Vicente Mendoza y al forense que practicó parte de las autopsias de ese día, al Sr. Manuel Velázquez Miranda.

Igualmente se citó a comparecer al secretario judicial del Juzgado nº21, Sr. D. José Miguel de Ángel Cubells que es el que estaba de guardia ese día. El secretario judicial, si bien compareció no declaró porque dijo que sobre el caso y la documentación del mismo pesaba deber de reserva al estar las actuaciones sub iudice se veía imposibilitado de responder a las preguntas que sobre el caso tenían los distintos grupos parlamentarios.

II. DESPLAZAMIENTO DE LA COMISIÓN JUDICIAL Y LEVANTAMIENTO DE CADÁVERES

El Director del Instituto de Medicina Legal Sr. Vicente Mendoza manifestó que la noticia le llegó por doble vía porque ese día se encontraba, como médico forense de guardia, adscrito al Juzgado nº21 que era a su vez el de guardia de incidencias de ese día. A este respecto y en relación a cómo recibió la noticia declaró en el seno de la Comisión “la noticia me llegó, en ese momento, por dos caminos: el camino, digamos, judicial; y por el camino del 112”.

Manifestó que una vez recibida la noticia se desplazó la comisión judicial. A continuación se reproduce su declaración para visualizar lo realizado por la comisión de investigación judicial en la que el Director del Instituto de Medicina Legal se encontraba: “En primer lugar, efectivamente, se desplazó la comisión judicial. Yo, ya le digo que en ese momento, no como director del IML, sino como médico forense del juzgado, nos desplazamos la magistrada, la juez, la fiscal, el secretario y yo, con el coche de guardia, y fuimos al lugar de los hechos. Cuando llegamos allí, todavía no se había terminado el operativo sanitario. Y, entonces, nosotros nos retiramos...De hecho, bueno, fuimos a tomar algo...pues, no sé la hora exactamente que sería, pero serían alrededor de las dos de la tarde, una cosa así, y fuimos a un bar de tapas en la calle Jerónimo Muñoz y comimos algo, por si acaso, por si acaso teníamos que luego, después..., no nos diera tiempo a comer; y comimos unas tapas en un bar de Jerónimo Muñoz la comisión judicial al completo. Después de eso, fuimos al lugar del hecho. Entramos por la entrada del metro y bajamos al túnel. En el túnel, subimos a uno de los vagones; la policía judicial, que ya estaba allí, le dio las explicaciones correspondientes a la juez, que era la directora del operativo judicial. **Y, una vez allí...Nos retiramos. Y, después, yo volví ya como médico forense, solo –solo quiero decir sin el juez y sin el secretario-, y con un compañero mío de..., un médico forense que estaba de guardia también en una zona distinta a la de Valencia. Entonces, sí que estuvimos hablando con la policía judicial; no recuerdo los cargos ni las personas, pero sí que sé que había una comisaria, era una mujer, eso sí que lo sé. Y en ese momento, decidimos –ellos nos lo pidieron y yo acepté- que del levantamiento se iba a hacer cargo la policía judicial, del levantamiento, y nosotros esperaríamos los cadáveres en el Instituto de Medicina Legal”.**

Respecto de la comisión judicial precisó que en estos casos “el magistrado es el que manda –digamos-, es el jefe de la comisión y, por tanto todos los demás, todo el personal, la policía, los bomberos, a quien se dirigen es al juez porque es el que dirige la investigación desde el punto de vista judicial. Y yo, formando parte de la comisión judicial, evidentemente, pues estaba en un segundo plano y a quien se dirigían era al juez. Si el juez tiene alguna duda en relación con

aspectos estrictamente médicos-legales, pues se dirige al médico forense correspondiente y le hace las precisiones que tenga que hacer, pero –digamos- lógicamente el que va en primer lugar, el que recibe la información y el que da las órdenes es el juez. En ese caso, en el caso concreto del día 3 de julio de 2006, efectivamente, una vez que la comisión judicial –y yo formando parte de ella- entramos en los túneles y nos retiramos, y la juez decide que se retira y que deja en manos de la policía judicial el levantamiento, yo vuelvo con un compañero y, efectivamente, hablamos con la policía judicial, ellos nos comentan la posibilidad de que los levantamientos de cadáveres los hagan la policía judicial –digamos-, ellos solos y que nosotros recibamos a los cuerpos en el instituto, y nosotros aceptamos esa posición y nos retiramos y nos vamos al instituto a esperar que lleguen los cadáveres”.

Por su parte, el médico forense Sr. Manuel Velázquez Miranda respecto al levantamiento de cadáveres afirmó la importancia de este proceso al decir que “una autopsia comienza en el levantamiento de cadáver” pues “orienta tanto la investigación judicial como la autopsia posterior”. Manifestó no entender como en un accidente de estas características se decidiera que los forenses no participaran y más estando allí el entonces director, el Sr. Matías Vicente. Esta extrañeza también fue puesta de relieve en su comparecencia por la Doctora Carolina Ligorit Palmero, médico del SAMU de la Agencia Valenciana de Salud que dijo preguntarse “dónde están los forenses”.

Invocó en su comparecencia de la existencia de un Real Decreto de 2009 de actuación médico forense de la policía judicial en accidentes con múltiples víctimas y grandes catástrofes, que determina la necesidad de que en estos casos haya equipos mixtos de forenses y policías haciendo los levantamientos. Y dijo que ante la falta de ese Real Decreto en el año 2006, “la juez decidió, yo acepté, por supuesto, también, no voy a quitarme responsabilidad, que la policía hiciera el levantamiento ellos solos y, efectivamente, lógicamente yo confío que la policía los levantamientos los hace bien”.

En la exposición de motivos de este Real Decreto 32/2009, de 16 de enero por el que se aprueba el protocolo nacional de actuación médico forense y de policía científica en sucesos con víctimas múltiples, se confirmaba la necesidad

de este instrumento “para la actuación coordinada de equipos de médicos forenses con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y policías autonómicas en situaciones o sucesos con víctimas múltiples, de tal forma que en las últimas décadas se han puesto de manifiesto una serie de carencias importantes en la planificación médico-forense ante tales situaciones, subsanadas en parte por el celo profesional con que actúan los distintos profesionales involucrados y las iniciativas personales”.

Asimismo esta Exposición en el siguiente apartado un dato relevante que conviene destacar, que es que “La Ley de Enjuiciamiento Criminal en sus artículos 340 a 343 dispone la necesidad de que en los casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad se proceda a la identificación del cadáver y a la práctica de la autopsia por los médicos forenses, con el fin de informar sobre la causa de la muerte y sus circunstancias”.

Esta circunstancia fue recalcada por el forense Manuel Velázquez en su comparecencia.

Cabe decir que la aprobación con posterioridad en 2009 de este Real Decreto, no varía la responsabilidad, pues igual hace recaer el peso de la dirección del proceso de ordenación de la investigación en el poder judicial. Y tampoco libera al médico forense de sus responsabilidades, en particular, de la del levantamiento del cadáver, tal y como se refleja en el art. 8 que deja exclusivamente en manos de los médicos forenses cuestiones como la fijación de la muerte, el examen del cadáver, la diferenciación entre cuerpos y restos humanos, la obtención de muestras biológicas in situ y la resolución de todas aquellas cuestiones médicas o biológicas que puedan plantearse en esta fase.

Respecto al papel que jugaron los bomberos en relación a los fallecidos, el sargento de bomberos del Ayuntamiento de València, el Sr. Puchalt Farinó declaró “en el momento en que los servicios de bomberos, los diferentes recursos, llegan, localizan a los heridos, los evacúan y ya llega un momento que se determina que ya no hay más heridos, que lo que hay es fallecidos. Entonces, entramos en el segundo capítulo, eso va marcado dentro del informe. Ese segundo capítulo es cuando yo me incorporo al poquito. Ese

segundo capítulo solamente es rescate de víctimas, y la función del servicio de bomberos, de los miembros de allí nos supeditamos en ese momento a las directrices que marca la policía científica, bueno, los médicos forenses de la policía nacional, realizando una función de ayuda y colaboración con los forenses (...) Los médicos forenses necesitaban ayuda para realizar esa función, y el servicio de bomberos, con el personal que hasta ese momento había intervenido en el rescate, pasa a hacer funciones de ayudantes de los médicos forenses. Y ahí realizamos unas tareas de ayudar a identificar a las personas fallecidas, una por una (...) los médicos forenses de la Policía Nacional querían que nos centráramos primero, en las víctimas que estaban más alejadas ¿vale?, era algo lógico, tenemos que ir de más lejos hacia el interior pues –yo entiendo que era muy lógico- para no dejarnos nada (...) Creo recordar que es a la hora y media o dos horas que, de repente, aparecieron quince o veinte médicos forenses más, no sé, hubo un desplazamiento de Madrid, algo así oí yo, y entonces ya se agilizó un poco más, ¿vale? (...).

III. LA IDENTIFICACIÓN DE LAS VÍCTIMAS Y LAS AUTOPSIAS DE LOS CADÁVERES

En relación a las autopsias, el Sr. Matías Vicente afirmó “todas las autopsias se hicieron aquí, en las instalaciones del Instituto de Medicina Legal”. Y que “cada perito es responsable de su pericia. Pero sí que es verdad, que desde el punto de vista general, estaba coordinado en general, el operativo general lo coordinaba el conceller correspondiente y el centro de gestión médico-legal, el responsable del operativo soy yo”.

Por su parte el médico forense Manuel Velázquez dijo que como consecuencia de no haber estado en el levantamiento de cadáveres, las autopsias realizadas pudieron concluir “las causas de la muerte, pero no las circunstancias del cadáver” y que “no pudieron llegar a unos objetivos tan certeros”. Dijo “no hicimos identificaciones y no determinamos circunstancias particulares; sólo hicimos autopsias y dijimos que esas personas habían muerto de un traumatismo”.

Respecto a las circunstancias de la muerte, el Sr. Puchalt Farinó declaró: “la causa directa son las ventanas”. “Los fallecidos fallecen porque son expulsados por las ventanillas y entonces el tren sigue avanzando y los fallecidos van quedándose detrás”, que situó “en la parte trasera el conjunto de personas fallecidas”. Asimismo manifestó “Encontrar un accidente de metro en el que..., la fuerza de choque es importante por supuesto, pero la cabina, la estructura del vagón no quede completamente deformada, sino que quede bastante bien y se produzca ese número tan alto de fallecidos por el tema ventanas duele muchísimo”.

El Sr. Matías Vicente respecto a la identificación de las víctimas manifestó que **“la hizo, en un porcentaje altísimo, la policía, la policía científica, a través de las huellas dactilares”**.

La Policía Científica, en particular la brigada policial de Valencia, levantó acta informe de inspección técnico policial de fecha 5 de julio de 2006 que remitió al Juzgado de Instrucción nº 21 de Valencia (Diligencia Preliminares 2743/06) en la que constata tal circunstancia al afirmar que “una vez personada la comisión judicial, el comisario jefe de la B.P.P.C. con carnet profesional nº 15259, informa a la titular del Juzgado de Instrucción nº 21 de Valencia, en funciones de guardia, de lo observado hasta el momento y de las actuaciones que llevarían a cabo los funcionarios del equipo de Policía científica desplazado al lugar, si su Autoridad así lo disponía. Que al autorizar la Magistrada Juez el levantamiento y traslado de cadáveres al Instituto de Medicina Legal, el Director del mismo acordó con el Comisario Jefe de la Brigada que el trabajo de campo se hiciera por dicho equipo de Policía Científica, dadas las características del siniestro y de las condiciones del lugar, encargándose los Médicos Forenses de la recepción de los cuerpos y restos humanos en el I.M.L. y llevar a cabo sus funciones”.

Respecto a la individualización de los cadáveres el informe manifiesta “para la individualización y evitar posibles confusiones posteriores, a cada uno de los cadáveres se le unía una etiqueta plastificada con el nº asignado, obteniéndose la necro-reseña a la que igualmente se le asignaba ese mismo número, siendo introducido en el sudario, también rotulado en el exterior con tinta indeleble y complementado fotográficamente”.

La identificación de los cadáveres efectuada por la policía judicial le fue reseñada al Juzgado nº 21 el mismo día 3 de julio de 2006 según consta en oficios con diferentes referencias. Por su parte también lo hizo más tarde el Instituto de Medicina legal.

En el momento de realizar las autopsias no disponían de las fotografías donde se localizó el cadáver, lo que habría ayudado a entender del forense D. Manuel Velázquez que dijo “Me hubiese quedado más tranquilo si el cuerpo estuviese fotografiado y se le hubiese puesto un nombre”, porque dijo que él sólo tenía constancia de que cadáveres con números de identificación. A preguntas del partido popular respecto de las fotos del informe de la policía científica dijo: “Las fotos que usted tiene me parece maravilloso, me hubiera gustado tener esa información de la que yo carezco y he carecido siempre. Incluso no sabía ni que existían. Hubiese sido interesante, porque le digo no se trata solamente de determinar la causa, sino también las circunstancias, no sé si las fotos se las han pasado a ustedes, yo en aquel momento no sé nada, no sé ni la identidad.

Respecto a sí puede hacer a una persona sin identificarlo, sí. La primera cosa que te mandan cuando vas a hacer autopsia bien es que identifiques al cadáver que vas a hacer y digas cuales son los signos de muerte.

Primero tengo que saber quién es y que está muerto. Si no se sabe, por alguna razón, habrá que empezar a identificar esos cadáveres.

De los que sean, datos dactilares, genéticos, odontogramas, pero sí yo llego y empiezan a entrar cadáveres, a mí la desazón que me produce saber que no sé quién es, a quien le estoy haciendo la autopsia, realmente a mí me produce un stress bastante grande. Porque yo voy a tener que responder en la autopsia quien es el cadáver. Si está correctamente identificada la cosa cambia de la noche a la mañana, más tratándose de un accidente donde la identificación de los cadáveres es fundamental. Yo creo que como mínimo se nos podría haber dicho que estaban identificados”.

Quedó claro de las dos declaraciones la del Sr. Matías Vicente y el Sr. Velázquez que el papel del Instituto de Medicina legal se limitó a la práctica de autopsias sin elementos de certeza para poder determinar las circunstancias que determinaron la muerte de las víctimas.

Por último, respecto de segundas pruebas solicitadas y no practicadas al conductor de la UTA siniestrada y de la incineración del maquinista afirmó que “la incineración del maquinista, la autorización la tiene que dar el juez de instrucción que normalmente nos pide un asesoramiento, si se puede incinerar o no. Yo no sé cómo actuó el juez de instrucción en este caso. Desde luego hay jueces de instrucción que en ningún caso, en accidentes de tráfico, lo que sea, siempre que hay una causa penal no autoriza la incineración nunca, porque puede ser que al cabo de los años se haga una segunda autopsia. Porque se pierde efectivamente una prueba importante del delito”.

IV. CONCLUSIONES:

- En el presente caso se trata de un accidente que ha ocasionado muertes de manera violenta, por lo que es de directa aplicación lo dispuesto en la LECRIM en los arts. 340 a 343, que determinan que en estos casos corresponde al médico forense el levantamiento de los cadáveres.

- El día 3 de julio de 2006, el Sr. Vicente Mendoza, médico forense y director del Instituto de Medicina Legal, se encontraba de guardia adscrito al juzgado nº 21, que estaba de guardia de incidencias, por lo que de conformidad con lo expuesto tenía la obligación de realizar el levantamiento de los cadáveres del accidente para determinar las circunstancias que rodearon la muerte de los mismos.
- El forense acordó con la policía judicial que fueran ésta la que se ocupara, sin oposición de la jueza, que es la que debió tomar la decisión que competía y que, habida cuenta de lo determinado en la LECRIM y la gravedad del accidente y el elevado número de muertos, era que el forense tuviera participación activa en el levantamiento de cadáveres.
- La no presencia de los forenses en el levantamiento de cadáveres determinó que en el momento de efectuar las autopsias no se pudieran determinar con exactitud las circunstancias que rodearon la muerte de cada una de las víctimas, lo que podría haber arrojado luz.
- Los forenses del Instituto de Medicina Legal no disponían a tiempo de realizar las autopsias del reportaje fotográfico elaborado por la policía científica, por lo que no pudieron concluir nada respecto a las circunstancias que envolvían la muerte de las víctimas, al no haber procedido ellos a realizar el levantamiento de cadáveres que la LECRIM determina, de lo que hubieran dejado constancia en el informe de la autopsia.
- Los forenses del Instituto de Medicina Legal no disponían a tiempo de realizar las autopsias de la identificación de las víctimas, que fue efectuada en su práctica totalidad por la policía científica. Al carecer de la identificación no se puede acceder con inmediatez al historial médico del paciente, que en estos casos puede resultar relevante.

- Los forenses no hicieron un informe conjunto con los datos de todos los fallecidos, cada forense hizo el de su pericia, lo que hubiera permitido tener una idea de conjunto.

C.- ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE LAS INDEMNIZACIONES Y AYUDAS A LAS VÍCTIMAS

a) Indemnizaciones

Con posterioridad al accidente se publicó el Decreto del Consell de la Generalitat Valenciana 96/2006 de 7 de julio, en virtud del cual se arbitran medidas de corte económico para la atención inmediata de las víctimas afectadas por el accidente de la línea 1 del metro de Valencia ocurrido el día 3 de julio de 2006. El Decreto deja constancia que dichas indemnizaciones no prejuzgan el derecho de reserva que tienen los familiares a acciones civiles, penales, administrativas o de otro tipo en defensa de sus derechos. En él se establecía la posibilidad de conceder anticipos a cuenta para los casos más necesitados. El responsable, José Marí Olano, abogado de la Generalitat, fue quien se encargó de poner en marcha con carácter de urgencia los expedientes de responsabilidad patrimonial, como él mismo reconoció en su comparecencia ante esta Comisión.

Respecto a esta cuestión también se llamó a comparecer a varias personas como Víctor Campos, Vicepresidente de la Generalitat y Presidente de la Comisión Interdepartamental de gestión del accidente; Enrique de Francisco, Director General de Coordinación; José Marí Olano, abogado de la Generalitat; M^a José Rodríguez Blasco, responsable de la abogacía de la Generalitat; Juan Cotino Ferrer, Conseller de Agricultura, Pesca y Alimentación; Santiago Miguel, Concejal del Ayuntamiento de Torrente; y Jesús Lecha, Asesor de Víctor Campos. Igualmente la Comisión oyó los testimonios de Francisco Manzanaro y Patricio Monreal en relación a los ofrecimientos de ayudas.

Particular relieve cobró la cuestión de si la empresa FGV había puesto a la firma de los familiares de las víctimas una cláusula en virtud de la cual, en caso

de aceptar la indemnización, renunciaban a interponer acciones contra la Administración. Esta cuestión que había sido negada por algunos comparecientes como Noé Gutiérrez, fue sin embargo reconocida por Marí Olano que declaró “me pareció una barbaridad jurídica, un error político y una desconsideración a las víctimas. Y tuve un enganchón con algunas personas de FGV que se encargaban de tramitar estos expedientes”.

En su comparecencia la Sra. M^a José Rodríguez Blasco, responsable de la abogacía de la Generalitat, dijo respecto del Sr. Marí Olano “él podía tanto impartir criterios a los abogados de esta empresa, igual que de otras entidades de derecho público, que conformaban el sector público, criterios evidentemente jurídicos, y a su vez nosotros precisamente también, por aplicación de la ley, nos corresponde también la defensa de los intereses, siempre y cuando no exista un conflicto de intereses con la propia Generalitat, podemos actuar también en nombre de la empresa de Ferrocarriles de la Generalitat”.

Contra las cuantías de las indemnizaciones determinadas por la Administración valenciana se interpusieron por los familiares dieciséis recursos contencioso-administrativos en los que algunas cuantías inicialmente conferidas fueron revisadas al alza en las correspondientes sentencias recaídas al efecto. Las sentencias han sido examinadas al quedar en poder de esta Comisión de investigación. La Sra. Rodríguez Blasco respecto a los parámetros para valorar dijo: “los parámetros que teníamos a la hora de valorar los teníamos claros, se había tomado como referencia una sentencia de la Audiencia Nacional en relación con unas indemnizaciones del camping de las Nieves de Biescas y, luego, el criterio orientativo de la normativa en relación a la circulación de vehículos de motor”.

Esta afirmación contrasta con las acciones legales que tuvieron que ejercitar las víctimas para que se les reconociera este criterio de determinación de las cuantías de las indemnizaciones. Ejemplificativo es al respecto el recurso de reposición presentado por las víctimas del accidente del metro, en concreto el presentado por el Sr. Francisco Manzanaro, contra las resoluciones administrativas que concretaban la indemnización que le correspondía a él y a su hijo, y que resolvió a su favor reconociéndole la aplicación de la doctrina

Biescas que, en teoría, y de acuerdo con la declaraciones del Sr. Marí Olano y de Rodríguez Blasco se aplicaban de oficio.

Es cierto que las indemnizaciones contempladas en el Decreto se abonaron con rapidez, si bien no en pocos casos la indemnización se ofrecía en momentos en los que no podía determinar el alcance de la misma, por no estar aún determinado el daño ocasionado que es lo que justifica la concreción de la cuantía, pues algunas aún estaban hospitalizadas.

b) Ayudas

Uno de los aspectos abordados extensamente en esta Comisión han sido las ayudas que al margen de lo dispuesto en la legalidad vigente (indemnizaciones económicas) se ofrecieron y otorgaron a los familiares de las víctimas del accidente de metro Valencia.

Las dudas respecto a estas ayudas surgen en relación al marco legal en el que se amparaban, su contenido y los contextos de su ofrecimiento.

Para la gestión del accidente y atención a las víctimas se creó por Decreto 95/2006 de 3 de julio la Comisión Interdepartamental con la finalidad de coordinar y programar las acciones de los distintos órganos de la Generalitat para abordar de modo global los hechos acontecidos. Esta Comisión estaba participada por las siguientes Consellerías:

- Presidente: Vicepresidente del Consell
- Secretario: Conseller de Infraestructuras y Transporte
- Vocales:
 - o Conseller de Relaciones Institucionales y Comunicación
 - o Conseller de Justicia, Interior y Administraciones públicas
 - o Conseller de Sanidad
 - o Directora de Gabinete del Presidente de la Generalitat

Numerosos comparecientes que estaban relacionados con esta Comisión como Enrique de Francisco y el propio Víctor Campos reconocieron que fue el propio el Presidente de la Generalitat Valenciana Francisco Camps el que trasladó desde el primer momento que a las víctimas no les podía faltar nada. Esta

versión se corresponde con el testimonio que el expresidente Francisco Camps ofreció a la Comisión cuando dijo: “La Generalitat entera, todo el gobierno valenciano en sí era una oficina de información. Los ayuntamientos de los municipios donde hubo víctimas también eran oficinas de información a las víctimas. Además lo hable con los alcaldes, que convinieron conmigo (...) cualquier persona que se acerque a Uds., -les dijo- a través de un concejal, a través de un funcionario, a través de usted mismo que es alcalde, que sepa que desde ese mismo instante está activando a la Generalitat Valenciana que está al servicio de cualquier duda o pregunta”.

Pese a lo loable de esta afirmación, las declaraciones en el seno de la Comisión reflejaron lo contrario: descoordinación en la atención a las víctimas y familiares, falta de igualdad, transparencia y objetividad en la actuación del Consell.

No se hicieron reuniones de todas las familias y heridos desde el principio para explicarles sus derechos, tal y como sostuvo la Presidenta de la Asociación de Víctimas de Metro Valencia 3 julio, la Sra. Garrote, cuando nos reunimos los familiares vimos que “las formas en las que habían accedido a nosotros y la información que nos habían dado no era la misma (...) no nos pusieron a disposición una oficina desde la que atendernos (...) se echó en falta un organismo oficial que lo hubiera gestionado”.

Se evidenció que lejos de haber una oficina estable a disposición de las víctimas en Valencia, hubo una atención individualizada, telefónica y que se prestaba en los hogares de las víctimas.

Ninguno de los comparecientes por parte del Consell pudo determinar la existencia de una oficina.

De Francisco llegó a decir “no se creó ni había una oficina de atención a las víctimas como tal (...) La encomienda era una labor de atención a las víctimas pero no con personal administrativo sino una atención personalizada. Yo entendí la encomienda así (...) o se hace familia a familia persona o persona o no se puede hacer”. El familiar Sr. Monreal “nuestra

familia no tiene constancia de la existencia de una oficina (...) teníamos los teléfonos móviles de Cotino, De Francisco y Lecha (...) éste último nos llamó directamente a nosotros (...) en el trato personal con él hablamos”.

En su comparecencia, el Asesor de Víctor Campos, Jesús Lecha, afirmó que cuando tuvieron acceso al listado de los 41 fallecidos (no aludió a que hicieran lo mismo con el listado de heridos) decidió que el criterio de reparto fue: “yo llamo al 1, tú la 2, el siguiente el 3 y así”. Precisó que las primeras visitas se hicieron el lunes 10 de julio y que se otorgaron hasta mayo de 2011. Concretó que se efectuaban llamadas desde el Consell a las víctimas, una semana después del accidente, cuando las familias estaban aún sobrecogidas por las pérdidas de sus familiares. Y ello hasta el punto que el Sr. De Francisco, en su comparecencia dijo “a quien nos pedía ayudas se las dábamos, a quien no, no”. De Francisco llegó a decir “lo que era factible se conseguía”. Cabe preguntarse: ¿Qué era factible? ¿Se extendía a todas las personas afectadas por el accidente: familiares de fallecidos y heridos? ¿Quién macaba el límite de lo razonable? ¿Hasta cuándo se mantuvo esta actuación? ¿Por qué en sus hogares? ¿Eran legales esas ayudas?

El desarrollo de determinadas comparecencias en la Comisión reveló lo que los familiares habían denunciado en medios, años antes, que se ofrecían y otorgaban ayudas a familiares, fuera del marco legal, en el seno de encuentros privados buscados de propósito en los hogares de los familiares con el objetivo de buscar su silencio

Frente a las declaraciones de Francisco Camps: “no sé de qué entrenamientos privados me habla ni de qué empleos (...) los criterios para ofrecer las ayudas eran los de la ley. Ud. se ha leído el decreto. Siempre la Ley. Siempre”. El Sr. Olano, abogado, dejó claro que las ayudas que se ofrecían al margen de las indemnizaciones no tenían un marco jurídico de referencia y así lo afirmó con claridad: “marco ético sí que existe, pero jurídico no lo sé”.

El Sr. Víctor Campos, Presidente de la Comisión Interdepartamental, manifestó: “Las ayudas, las indemnizaciones, por supuesto que eran regladas, por supuesto que se han publicado. Y eso lo ha entendido todo el mundo, me refiero a las indemnizaciones desde luego. **Las gestiones que se hicieron con todas las familias con las que se contactó y todos los que se acercaron, y todos los que nos pidió algún tipo de ayuda, pues se hicieron de forma individualizada, naturalmente y sin publicidad naturalmente. Como creo que se tenía que hacer**”. “que todo el equipo entendió que las ayudas se tenían que dar de manera individualizada (...) así entendimos el mandato”. Por su parte, el Sr. De Francisco dijo “las ayudas eran públicas en el sentido de que las conocían los que querían conocerlo (...) Ud. necesita algo, lo tiene (...) Si Ud. no necesita, qué hago sigo inquiriéndole (...) quien no nos pedía nada, no le molestábamos”.

El contexto en que las ayudas se ofrecían, mediante visitas en los hogares, fue objeto de crítica por la Sra. Garrote que dijo: “ésa no es una atención limpia y democrática de una institución (...) hace sentir mal a las víctimas (...) en tu casa, una visita privada (...) no se interpreta bien (...) no hubo transparencia –a diferencia del Ayuntamiento de Torrent- en esas otras ayudas”.

Los comparecientes en representación del Consell hablaron de colaboración desde la proximidad y la cercanía. Y en esa colaboración jugó un papel decisivo el Sr. Cotino, que siendo Conseller de Agricultura y no formando parte de la Comisión Departamental, fue el Conseller que visitó a la mayor parte de las familias en su domicilio, fundamentalmente en Torrent, donde más víctimas hubo.

En su comparecencia el Sr. Cotino fue interrogado respecto a estas visitas y a quién le enviaba, al no formar parte de la Comisión Interdepartamental de gestión creada, a lo cual respondió que no iba en representación de nadie: “Yo fui como Juan Cotino, como Conseller y como miembro del partido popular, porque eran tres cosas inseparables en aquel momento para mí (...) no fui por razón de cargo, fui porque creía que debía apoyar y ayudar en la medida de mis posibilidades a la gente que estaba pasándolo muy mal

(...) El Sr. Camps no me encargó nada, yo informé al Sr. Camps lo que hice. Yo fui a todos los tanatorios, no sé si les entregué tarjetas a todas las personas pero sí a los que me encontré (...) yo fui a hacer esto y luego informé a la Comisión de lo que se estaba haciendo, nadie me dijo, que te ha dicho éste, o que te ha dicho lo otro, porque no era mi función. Yo estaba en una función en la que creía y creo (...) yo lo que hice, lo hice en conciencia, y lo que hice ¿pude hacerlo mal a la intención de alguna familia? Pues yo le respeto, porque cómo no vas a respetar a la familia que es víctima de un accidente, víctima de cualquier cosa. Pero todos saben que yo a nadie le ofrecí nada a cambio de nada.”

Sin sorpresas, la labor del Sr. Cotino fue elogiada por los Sres. Marí Olano, De Francisco y Víctor Campos que dijeron sólo quería hacer el bien, siempre estaba disponible e interesado por las familias. En un momento de su comparecencia el Sr. De Francisco llegó a decir que se lo agradecía porque “me llamó (Cotino) para interesarse por las familias que tenían más problemas y que estaban más apenadas (...) Cotino era una persona más del equipo. No iba por su lado (...) a lo que yo no llegábamos, llegaba él”.

Por su parte el Sr. Víctor Campos dijo: “Respecto a quien autorizó al señor Cotino a reunirse con familiares, no es una respuesta concreta, no hay una autorización formal, yo lo sabía, me pareció bien. Él hablaba también con el Sr. De Francisco y el President de la Generalitat lo sabía y también le pareció bien. No sé qué hay de malo que un miembro del gobierno se pueda acercar a familiares de víctimas o víctimas para intentar en esos momentos, ofrecerles ayuda, su colaboración. Ofrecerles cercanía”.

Más crítica se mostró la Sra. Rodríguez Blasco que respecto a las visitas del Sr. Cotino, que dijo conocer por el programa de Salvados de la Sexta, dijo: “me dolió mucho, me dolió esa actitud como ciudadana, evidentemente, y creo que puedo tener la misma opinión que pueden tener Uds. al respecto (...) me parece que esto se ha llevado muy mal (...) entiendo que ha habido aquí unas responsabilidades políticas y que, por otra parte, pues no se han tratado adecuadamente en un momento determinado a las víctimas”.

El Sr. Manzanaro sobre este particular dijo: “Me llamaron un día (...) me dijeron que Juan Cotino quería pasar por casa si lo considerábamos oportuno para ver cómo estamos y necesitábamos algún trámite (...) Ellos sabían quiénes éramos y las posibles necesidades (...) me ofrecieron trabajo para mi hijo en una empresa suya (del Sr. Cotino) o en una empresa pública (...) me preguntaron sobre el proceso judicial si nos íbamos a presentar o no (...) a los tres o cuatro días me llamó Santiago Miquel y me dice si habíamos sopesado lo de la oferta de trabajo para tu hijo y para saber lo que iban a hacer en el tema judicial”.

Por todo lo expuesto cabe preguntarse ¿Qué transparencia representa esta forma de actuar en la privacidad de los hogares de las familias de las personas fallecidas en el accidente? ¿Qué objetividad supone que políticos de PP visitaran a los familiares de los fallecidos en sus casas ofreciendo ayuda?

La comparecencia del Sr. De Francisco permitió conocer el contenido y alcance de esas otras ayudas no enmarcadas en el ámbito de la legalidad, que si bien algunas eran absolutamente justificables como las ayudas de atención psicológica o ayudas de repatriación de cadáveres y acompañamiento de los mismos, otras sorprendieron como las siguientes que enumeró:

“ayudas de vivienda, ayudas para acceso a la vivienda, cheque alquiler, mediar con los bancos para mejorar las condiciones de los créditos (que les bajaran el interés), adjudicaciones de vivienda de protección oficial, profesores de apoyo a menores en edad escolar, plaza de educación especial, becas de estudio y comedor para quien lo pidió, que los centros privados bajaran y becaran a alumnos para que les costara menos, en empleo conseguimos nuevos empleos tanto en empresas públicas de la Generalitat como en los Ayuntamientos de Valencia y de Torrente, conseguimos que una empresa privada de prestigio hablando con los gerentes que se hiciera un contrato indefinido a uno temporal, cambiar de puesto de trabajo a un funcionario, se contrató desde la GVA a la madre de una de las heridas, ayudas desde la asistencia, ingresos en residencias de

tercera edad, placas de aparcamientos de discapacitados, publicar en el DOGV anticipadamente el nombramiento de un funcionario que había fallecido antes de que su nombramiento apareciera porque era la ilusión del padre de la víctima, conseguimos que el Valencia y el Levante hicieran entrenamientos privados sin público para recibir a hijos de víctimas fallecidas (...) no se ha hecho público pero se hizo”.

En la Comisión incluso conocimos que a estas ayudas no enmarcadas en la legalidad intentó acceder años después alguna víctima, a través del Sr. Lecha que la visitó en su día tras accidente, de cuya petición mediante envío de un correo dio lectura durante su comparecencia.

Una de los familiares de una persona fallecida, el Sr. Monreal, declaró a este respecto ““ Jesús (Lecha) nos comentó para mi suegro, si mi suegro era representante de bebida y demás, y si que nos comentó que si queríamos para él un trabajo, como conserje creo que era, hasta que él se jubilara porque él se quería jubilar pronto y demás que se lo dijéramos. Pero no recuerdo que me pidiera nada a cambio pero si que me llegó a preguntar si estaba con la asociación de víctimas o con ellos”.

No todas las Administraciones públicas actuaron de igual manera en el ofrecimiento de ayudas económicas al margen de las legalmente previstas. El Ayuntamiento de Torrente tuvo una Oficina estable desde la que atendió a las víctimas y que en colaboración con la Subdelegación de gobierno, con el Sr. De Felipe que así lo ratifico. Desde esa Oficina se contactó con las víctimas a los efectos de valorar su situación y se hizo a través de personal técnico y funcionarios y no de políticos. De cada una de esas entrevistas celebradas en dependencias del ayuntamiento se elaboraron informes de situación y de necesidades, todos los cuales obran en poder de esta Comisión. No puede decirse lo mismo de las ayudas ofrecidas por los miembros de la Comisión Interdepartamental a los que esta Comisión no ha tenido acceso, a pesar de relatarse los casos por el Sr. Lecha y por el Sr. De Francisco en sus comparecencias. Y ello a pesar de haberseles solicitado reiteradamente durante el desarrollo de las mismas. Además las ayudas concedidas al margen de la legalidad fueron debatidas y acordadas

en foros del Ayuntamiento (como la junta de portavoces) donde estaban representados todos los partidos políticos. Y secundado en el pleno del ayuntamiento.

Por último destacar dos elementos más sobre los que ese Dictamen quiere pronunciarse. El primero tiene que ver con la presión que muchos familiares sintieron desde el Consell para acudir al funeral de Estado organizado a los pocos días de haber perdido a su familiar, en los que se sintieron expuestos hasta el punto de afirmar la Sra. Garrote: “En un momento tan doloroso que (a la víctima) le hagan acudir a eventos como los funerales a los que está tan expuesto su dolor es muy obsceno (...) se deben ofrecer pero cuando pasen unos días (...) las víctimas no necesitamos su consuelo sino una gestión adecuada”. Por su parte el Sr. Monreal manifestó que tuvieron conocimiento por terceros de la celebración del funeral “era sobre la 13 h. del medio día y no nos han entregado el cadáver (...) impensable que a las 15 h te entreguen el cuerpo y por la tarde tengas un funeral de estado, ni estás para eso (...) no podíamos dejar el cuerpo sólo en el tanatorio donde llegan familiares y amigos sin atenderlos”.

El segundo tiene que ver con la actitud de resistencia del Presidente de la Generalitat, Francisco Camps, a verse con la Asociación de Víctimas. Así frente a declaraciones de miembros del Consell, incluido el propio Sr. Camps, Víctor Campos o De Francisco que entendieron que esa reunión se había producido, las víctimas que comparecieron lo negaron, hasta tuvieron que protestar por ella mediante un escrito de fecha 8 de marzo de 2007 que le hicieron llegar por Registro de Entrada. Ejemplificativas son las palabras del anterior Presidente de la Asociación de Víctimas del Metro, el Sr. Enric Chulió, cuando dijo: “le decíamos (a Camps) por qué a nosotros no nos había dicho nada, no ya a pedirnos perdón, sino algo (...) lo llamativo es ver actos institucionales que suceden (homenaje a víctimas de T4) que son gestos que con nosotros no se tuvo. Nunca hemos sentido que (Camps) haya estado con nosotros. Más que palabras hay que ir a los hechos (...)”. Calificó de “improvisado, irregular y extraño” la propuesta de Víctor Campos de ir a verle con carácter de urgencia y privado. “Apareció con Francisco

Camps, me quedé blanco, fue inesperado y me quedé en situación de bloqueo (...) habló sobre todo él (Camps), le dije que esperábamos una respuesta, saber qué había sucedido, las causas, respuestas, por qué no quería reunirse con nosotros (...) me explicó que nos apoyaba, que comprendía nuestra situación **y sobre reunirnos dijo lo iremos viendo** (...) yo lo entendí como una situación de futuro (...) y me hizo una visita guiada por el Palacio de la Generalitat (...) y me despedí con vistas a una futura reunión (...) lo que hizo Fabra era lo que queríamos que hubiera hecho Camps (...) nos chirriaban los mensajes entre las palabras y los hechos. Nosotros confiábamos”. Pero esa reunión nunca llegó.

La principal conclusión a alcanzar es que sistema diseñado por el Consell para ayudar a las víctimas generó falta de transparencia, objetividad, uniformidad y desconcierto en la asistencia de las víctimas respecto que dudaron hasta dónde llegaban sus derechos y qué constituían favores. Con carácter general, hubiera sido deseable una actuación objetiva, pública, transparente e igualitaria.

IX. CONCLUSIONES:

1. El accidente del 3 de julio de 2006 era previsible y evitable. El túnel de la línea 1 no era seguro.
2. La Comisión del 2006 no depuró las responsabilidades políticas.
3. El Grupo Parlamentario Popular, el Gobierno y FGV impidieron que se conociera la verdad sobre las causas del accidente.
4. La documentación y las comparencias de la Comisión del 2006 dan cuenta de que el Gobierno del Partido Popular en complicidad con el Grupo Parlamentario Popular tenía como objetivo impedir que se impusiera cualquier otra versión distinta a la Oficial.
5. La Comisión de investigación de 2006, fue controlada por el Partido Popular, su grupo parlamentario y FGV. La documentación fue sesgada e incompleta. Las Comparencias aleccionadas (H&M Sanchis por decisión de la dirección de FGV) y los tiempos de duración de la misma fueron insuficientes.
6. Las conclusiones de la Comisión para evitar la asunción de responsabilidades políticas estaban determinadas antes de que se iniciara la Comisión.
7. La estrategia argumental fue compartida entre Partido Popular, el Consell, el Grupo Parlamentario Popular, FGV y algunos de los comparecientes. El objetivo era que las conclusiones sobre las causas del accidente fueran las que convenían al Gobierno.

8. La finalidad perseguida por el Grupo Popular en les Corts en 2006 era actuar en interés y protección de los responsables políticos.
9. FGV, como empresa pública de transporte, de la que dependía la seguridad de miles de usuarios, no contaba con la financiación adecuada para prestar sus servicios con garantías.
10. La mala financiación de FGV contrasta con las grandes inversiones que ese mismo año anunciaba el Gobierno Valenciano. El presupuesto de 2006, creaba ocho nuevas empresas públicas, para la Copa del América, la sociedad del Aeropuerto de Castellón S.A., el parque temático Mundo Ilusión, empresas mixtas urbanizadoras (Sol i Vivendes Valencianes S.A., Sol i Vivendes del Mediterrani S.A. y Nuevas Viviendas Valencianas) y la Sociedad Imagen Estratégica y Promocional de la Comunidad Valenciana, cuyo objeto es la promoción y la publicidad de la Copa del América.
11. La situación de FGV en 2006 era deficitaria debido a la falta de consignación presupuestaria por parte de la Generalitat Valenciana quién debía garantizarla para no tener que acudir como finalmente ocurrió a financiación externa con el aval de ésta.
12. Las causas del accidente fueron múltiples y todas tuvieron su origen en la falta de inversión y mala gestión de FGV, especialmente en materia de seguridad en la circulación.
13. La Línea 1 de metro de Valencia tenía una Incompleta instalación del sistema de frenado FAP: faltó la instalación de balizas y/o reprogramación de las balizas en el punto del accidente, al límite de velocidad establecido en el tramo. De haberse implementado estas medidas se hubiera evitado el accidente.

14. La evidencia de la falta de inversión de FGV se refleja en la Obsolescencia de las UTA 3700 y 3600 que cubrían el trayecto por la Línea 1 y pese al desgaste, la escasez de material rodante y las múltiples averías, que presentaban, no fueron renovadas.
15. El deficiente mantenimiento de la vía férrea en el punto del accidente, determinó que se redujera progresivamente la velocidad de la curva donde se produjo el accidente, mediante la colocación de señales fijas que no fueron acompañadas de la colocación de sistema tecnológico adecuado (balizas) para garantizar la seguridad.
16. Ha quedado acreditado que en el seno de FGV no existía coordinación entre los Comités de Seguridad en la circulación, de Seguridad y Salud y la Dirección de Análisis y Auditoría de la seguridad en la explotación (DAASE). Esta falta de interacción y actuación conjunta entre estos Comités repercutía en materia de seguridad, especialmente en casos de accidentes previos.
17. La empresa FGV era conocedora de la importancia y conveniencia de adoptar medidas de seguridad como estaban implementadas en la Línea 3 y 5 y no las instaló en la Línea 1 hasta que aconteció el accidente.
18. La falta de planes de prevención de riesgos laborales en FGV en los dos años anteriores al accidente impidió que se considerara la velocidad como elemento determinante en las consecuencias del accidente.
19. La seguridad de la circulación se hizo descansar en el factor humano (exceso de velocidad del maquinista) ante la falta de previsión e inversión en sistemas de seguridad.

20. El Puesto de Mando de FGV, no es capaz de determinar, en el momento del accidente, lo que ocurría en el Túnel. No hubo una adecuada reacción ante la magnitud del mismo, ni se adoptaron las medidas de precaución para facilitar la rápida intervención de los servicios de emergencia sin riesgo para ellos. No se cortó la catenaria. No se siguió ningún protocolo de actuación en el marco de FGV.
21. La actuación del personal de los servicios de emergencia el día del accidente fue encomiable. Su esfuerzo y profesionalidad determinó la rápida evacuación de las víctimas, a pesar de la deficitaria coordinación del conjunto de los servicios de emergencia, en especial de los servicios sanitarios.
22. La Policía Científica fue la responsable de identificar los cadáveres.
23. El Instituto de Medicina legal no participó en el levantamiento de los cadáveres con la consiguiente dificultad de determinar las circunstancias que rodearon las muertes de las víctimas.
24. El modelo de ventanas y su leve sujeción fueron clave para la elevada mortalidad del accidente ante su desprendimiento.
25. Ausencia total de protocolos en accidentes con múltiples víctimas e incumpliendo de los existentes.
26. FGV no veló por la custodia debida de pruebas judiciales. Se destruyó la lectura de la caja registradora de eventos y permitió el acceso a la UTA accidentada pese al mandato judicial que lo prohibía.
27. Premura del Consell en la organización de los Funerales. Cuando todavía habían familias que no habían recibido los restos mortales de sus familiares.

28. El Consell no facilitó a las víctimas y sus familiares información tras el accidente sobre sus causas.
29. El Presidente de la Generalitat Valenciana Francisco Camps faltó a su responsabilidad institucional al no recibir a las víctimas y a sus familiares.
30. La Comisión Interdepartamental creada para la gestión y coordinación de las Consellerías que se vieron afectadas, actuó de forma opaca en la gestión e información de las ayudas a los familiares de las víctimas.
31. No se habilitaron oficinas dependientes de la Generalitat de atención a las víctimas y a los familiares de éstas.
32. La atención fue telefónica, y con visitas a los domicilios de las víctimas y sus familiares.
33. Se faltó a los principios de objetividad, igualdad, transparencia y publicidad con los que debe actuar la Administración Pública.
34. Se favoreció las visitas de Altos cargos como la del Sr. Juan Cotino Ferrer a los domicilios particulares de los familiares de las víctimas. Con ofrecimiento de ayudas al margen de la legalidad a cambio de no ejercicio de acciones legales.
35. FGV trató de introducir una clausula a la firma del recibo de la indemnización que excluyera la responsabilidad Penal de la empresa.
36. Premura de la Generalitat en la determinación de la cuantía indemnizatoria y en el establecimiento de un criterio uniforme y adecuado para su fijación.
37. El Consell no llevó a cabo ninguna actuación encaminada a esclarecer las causas del accidente, ni tuvo interés en ello.

- 38.FGV no llevó a cabo investigación interna sobre el accidente de 3 de julio de 2006, limitándose a recopilar informes internos y externos.
- 39.La Generalitat Valenciana actuó con urgencia no justificada en la gestión del accidente, con la finalidad de no eclipsar la visita del Papa y fundamentalmente para no asumir responsabilidades políticas.
La visita del Papa Benedicto XVI a Valencia estaba prevista para los días los días 8 y 9 de julio. El decorado fue el Palau de les Arts y l'Hemisfèric, dónde se instalaron grandes pantallas de televisión para garantizar la visibilidad del Pontífice, atención que no tuvo el accidente del Metro.
- 40.El Consell orquestó desde el primer momento una estrategia política y comunicativa sobre el accidente, sostenida en el tiempo, para imponer una única e inalterable verdad.
Había una estrategia comunicativa orquestada de los directivos de TVV con la Presidencia de la Generalitat para el tratamiento informativo del accidente.
- 41.TVV ofreció información sesgada y no contrastada con otras fuentes, incumpliendo el deber de información de los medios públicos valencianos, vulnerando el derecho de la ciudadanía valenciana a recibir información veraz y objetiva.
- 42.La información dada por TVV se sometió a los intereses políticos y partidistas del Partido Popular.
- 43.A lo largo de estos años el Gobierno del Partido Popular no atendió las demandas de las víctimas y de los familiares que solicitaban: una nueva investigación sobre las causas del accidente, tras la manipulación de la primera Comisión de 2006; el cumplimiento de las medidas recogidas en el Dictamen de dicha Comisión de investigación y ser recibidos por el Presidente de la Generalitat.

44. A lo largo de estos 10 años ha habido un menosprecio a la Asociación de Víctimas del Metro 3 de julio (AVM3J) por cuestionar la verdad oficial que ha sido desmontada en la Comisión de investigación 2015-2016

RESPONSABILIDADES POLITICAS

En el marco de sus competencias:

- a) Las competencias en materia de transporte ferroviario están delegadas en la Generalitat Valenciana de acuerdo con el art. 41.15 del Estatut de Autonomía.
- b) Las competencias en materia de transporte de acuerdo con el Decreto 114/2003, de 11 de julio del Consell, corresponden a la Consellería de Infraestructura y Transporte, cuyo titular era José Ramón García Antón, en el momento del accidente Conseller de Infraestructura y Transporte. (Fallecido 11 de agosto del 2009).
- c) Ferrocarriles de la Generalitat Valenciana se rigen por su normativa específica y se relacionan con la Consellería de Infraestructuras y Transportes.

Por todo lo cual, son responsables políticos:

- a) Francisco Camps, Presidente de la Generalitat de 2003-2011. Responsable de las decisiones del Consell sobre el accidente y del desprecio continuado a la Asociación de las Víctimas del Metro 3 Julio.
- b) José Vicente Dómine Redondo, Vicepresidente del Consejo de Administración y Director General de Transporte. Corresponsable de la mala gestión en la planificación y coordinación del transporte ferroviario.

- c) Víctor Campos Guinot, Vicepresidente de la Generalitat de 2004-2007 y Presidente de la Comisión Interdepartamental de gestión del accidente. Responsable de la falta de criterio uniforme en la concesión de las indemnizaciones y ayudas a las víctimas en las que faltó a los principios de igualdad, transparencia y publicidad.

- d) Serafín Castellano, Portavoz del grupo parlamentario popular en les Corts Valencianes en la legislatura 2003-2007. Responsable de la coordinación del grupo parlamentario en la Comisión de investigación de 2006 y de la manipulación de la misma.

- e) Juan Cotino Ferrer, Conseller de Agricultura, Pesca y alimentación de 2004-2007. Responsable por la utilización partidista de las visitas a los hogares de las víctimas.

En el ámbito de la empresa pública Ferrocarriles de la Generalitat (FGV) son responsables:

- a) María Luisa Gracia Giménez, Directora gerente de FGV de 2003-2012.
Responsable por no adoptar decisiones en el ámbito de sus responsabilidades y competencias en todos y cada uno de los Departamentos de FGV y que habrían podido evitar el accidente y/o minimizado sus consecuencias; responsable de no abrir investigación interna; responsable de la contratación de la empresa de comunicación H&M Sanchis propiedad de Jorge Feo Urrutia, empresa encargada de manipular y adoctrinar a los y las comparecientes en la Comisión de investigación.

- b) Dionisio García Giménez, responsable de recursos humanos de FGV. Responsable por la falta de cumplimiento de la Ley de prevención de riesgos laborales.
- c) Vicente Contreras Bornez, director adjunto de explotación de FGV. Responsable de tomar las decisiones respecto a la programación y colocación de balizas.
- d) Manuel Sansano Muñoz, director de operaciones de FGV. Responsable por su falta de diligencia en la custodia de pruebas judiciales.
- e) Francisco García Sigüenza, responsable de talleres y de instalaciones fijas. Responsable por obviar la seguridad en la instalación y variación del modelo de las ventanas de las UTA, que elevaron el número de víctimas mortales.
- f) Luis Miguel Domingo Alepuz. Jefe del taller de FGV València Sud. Responsable de la destrucción de la lectura de la caja negra.

En el ámbito de la empresa pública Radio Televisión Valenciana (RTVV):

- a) Pedro García, Director de RTVV. Responsable de la información manipulada sobre el accidente que llegó a la ciudadanía valenciana.
- b) Luis Motes, Director de informativos de RTVV. Responsable de que la ciudadanía no accediera a una información inmediata, veraz y objetiva.

NOTA.- Mientras esta Comisión de investigación ha venido desarrollando su trabajo, en sede judicial se ha estado investigando las responsabilidades penales derivadas del accidente de metro de Valencia del 3 de julio de 2006.

Los trabajos desarrollados por esta Comisión han respetado la independencia del poder judicial y el deber de reserva sobre la documentación judicializada.

X. RECOMENDACIONES EN RELACIÓN CON LOS HECHOS INVESTIGADOS

1. Instar al Consell a proceder con la máxima diligencia a elaborar un proyecto de ley de Seguridad sobre el transporte Ferroviario que contemple entre otras cuestiones:
 - Mecanismos de evaluación de riesgos.
 - Definición de los sistemas de gestión de la Seguridad.
 - La Formación y Habilitación.

2. Instar al Consell a que cree un organismo independiente del operador FGV que vele por la seguridad de todos los medios de transporte, con funciones de vigilancia y control de los sistemas de seguridad, entre otros.

3. Instar a la Agencia de Seguridad de respuesta rápida a las Emergencias a revisar y mejorar los Protocolos de actuación en Grandes Accidentes de múltiples víctimas.

4. Instar a la Consellería de Infraestructuras a establecer mecanismos de coordinación internos entre los Departamentos encargados de la Seguridad Ferroviaria, la DASE y el Comité de Seguridad y Salud.

5. Instar a FGV a que en coordinación con todas las Administraciones Local y la Agencia de Seguridad se revisen los protocolos y se planifiquen simulacros con periodicidad en todas las Líneas de MetroValencia.

6. Instar a FGV a que revise los protocolos para actuaciones de Riesgo en la Circulación.

7. Recomendar a FGV a que readapte el Reglamento de Circulación a los actuales sistemas de explotación.
8. Instar al Consell a que regule la creación y funcionamiento de las Oficinas de Atención a las Víctimas en cualquier catástrofe, y que desarrolle procedimientos para prestar la máxima atención, garantizando los principios de transparencia, igualdad y legalidad, en las ayudas que se otorguen.
9. Instar a la Consellería de Justicia para que revise los medios con los que cuenta el Instituto de Medicina Legal para el desempeño de las funciones que son de su competencia.

En Valencia, a 24 de junio de 2016.

ANA BARCELÓ CHICO

ISAURA NAVARRO CASILLAS

ALEXIS MARÍ MALONDA

FABIOLA MECO TÉBAR

JOSÉ MUÑOZ LLADRÓ

BELÉN BACHERO TRAVER

ANTONIO SUBIELA CHICO

CRISTINA CABEDO LABORDA