

**EL OBSERVATORIO MADRILEÑO DE
SALUD DESPUÉS DE LA PANDEMIA
POR COVID19**

**ANÁLISIS Y MEDIDAS URGENTES
PARA RECUPERAR LA SANIDAD
PÚBLICA MADRILEÑA DESPUÉS DE
LA PANDEMIA**

Julio de 2020

Entidades que forman el Observatorio:

Ayuntamientos: FUENLABRADA, RIVAS VACIAMADRID, SAN FERNANDO DE HENARES, LEGANÉS, COSLADA, ALCALÁ DE HENARES, GETAFE, ALCORCÓN, MÓSTOLES, SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES, ARGANDA, EL ATAZAR, EL BOALO, BUSTARVIEJO, HORCAJO DE LA SIERRA, MANZANARES EL REAL, ROBREGORDO, SOMOSIERRA, TORRELAGUNA, VILLAMANTA, ORUSCO DE TAJUÑA.

Sindicatos: CCOO DE MADRID, UGT DE MADRID

Asociaciones Profesionales: ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE MADRID, ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL, PSICÓLOGOS SIN FRONTERAS, IFMSA COMPLUTENSE.

Entidades sociales: FEDERACIÓN REGIONAL DE ASOCIACIONES DE VECINOS, PLATAFORMA CONTRA LOS RECORTES Y POR LA DEFENSA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE FUENLABRADA, PLATAFORMA POR LA MEJORA Y DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE HENARES, FEDERACIÓN ESTATAL DE ASOCIACIONES DE REFUGIADOS E INMIGRANTES EN ESPAÑA (FERINE), CONFEDERACIÓN DE CONSUMIDORES Y USUARIOS DE MADRID (CECU MADRID), FACUA-MADRID. FEDERACIÓN LOCAL DE AA. VV DE LEGANÉS, CEADE, FEDE, CONSEJO MUNICIPAL DE SALUD Y CONSUMO DE RIVAS-VACIAMADRID, MAREA BLANCA FUENLABRADA, PLATAFORMA EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE ARANJUEZ, MEDICUS MUNDI MADRID

LOS HECHOS

La Comunidad de Madrid es la que ha tenido el mayor número de muertes confirmadas por Covid19 durante la pandemia en el país (8.420 según datos oficiales a 27 de junio de 2020) pese a ser la tercera comunidad autónoma en población y la decimotercera en cuanto a porcentaje de población mayor de 65 años

LAS PRINCIPALES CAUSAS

- **Características de la Comunidad de Madrid**

Algunas características de la misma probablemente han influido en esta situación, por ejemplo su elevada densidad de población, la mayor de todas las CCAA (833 habitantes/km² frente a un promedio del país de 92,94), por otro lado la presencia de importantes problemas de movilidad, desde ciudades residencia al centro, al norte y al noroeste, con un déficit muy notorio de transporte público, que ha reducido sus efectivos y frecuencias, lo que favorece las aglomeraciones, y por lo tanto los contagios, y también como resultado de ello unos índices elevados de contaminación ambiental que han sido señalados como un factor de riesgo de mala evolución de la enfermedad.

Por otro lado, en Madrid está el principal aeropuerto internacional del país y por lo tanto tiene el mayor número de entradas desde otros países y de viajes con otras CCAA (en este caso por avión, por tren y por automóvil), especialmente con las limítrofes debido a las características radiales de la red de comunicaciones del país.

Existen también grandes desigualdades socioeconómicas a pesar de tener una renta per capita elevada (la mayor o la 2ª mayor de España según los años). Hay evidencia que la enfermedad ha tenido mayor incidencia en las localidades y barrios de menor nivel socioeconómico (zona Sur, Corredor del Henares, etc), porque es obvio que un menor nivel económico va unido a peores condiciones de la vivienda, más problemas de salud, hacinamiento, alimentación inapropiada y/o insuficiente, y de acceso a medidas de protección, etc.

- **Residencias de mayores privatizadas y sin control**

En términos de rentabilidad económica el sector de residencias es considerado como un ámbito económico pujante caracterizado por unos elevados índices de ocupación que dan como resultado flujos de caja estables, donde hay una actividad inversora muy activa y donde ha entrado capital riesgo e inversores extranjeros con la intención de construir plataformas en un sector que consideran “un valor seguro y al alza”, es decir, la atención a las personas dependientes se ha convertido en una vergonzosa oportunidad de negocio donde ha primado el beneficio empresarial por encima del bienestar de las personas residentes y de la calidad del servicio.

Según los datos del IMSERSO, a diciembre de 2019 había 23.495 personas beneficiarias del servicio de Atención Residencial, distribuidas entre las 473 residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid. De estas 25 tienen titularidad y gestión pública directa, 18 son de titularidad pública, pero de

gestión privada y el resto son privadas con o sin concierto con la comunidad o los ayuntamientos y ha sido en estos centros donde más se ha hecho sentir la debilidad de nuestro sistema sociosanitario como consecuencia de la falta de planificación, el desgobierno, la descoordinación y las consecuencias de un modelo asentado en los recortes y la privatización.

El impacto de la crisis del Covid 19 en las personas mayores y dependientes se pone en evidencia en los datos de atención. Según estas mismas fuentes estatales, en mayo de 2020 las personas dependientes en residencias de la red de titularidad pública, ascendió a 18.577, cerca de 5.000 personas menos atendidas bajo esta fórmula.

Durante la última década los Concursos que se han adjudicado para los Conciertos y la Gestión Privada de Residencias de titularidad Pública en la Comunidad de Madrid se ha hecho atendiendo y valorando únicamente los criterios económicos y aceptando y adjudicando concursos a lo que podríamos denominar “ofertas temerarias”, y obviando la obligación de efectuar inspecciones y controles por parte de la administración que garanticen la calidad en la atención que reciben nuestros mayores. Las ratios de cuidadoras y cuidadores por usuario cayeron a casi la mitad, lo que repercutió directamente en los cuidados y atención que reciben los dependientes. Los cuidadores constatan que las empresas conocen que se dedica mucho menos tiempo al usuario/a para ahorrar costes de personal, con reducción de plantillas, empleos temporales y jornadas parciales.

La mortalidad en las residencias ha sido escandalosa, por ejemplo, si consideramos la población mayor de 70 años, la mortalidad confirmada por Covid19 entre los que vivían en sus domicilios fue del 0,63/1000 frente a un 64,4/1000 entre los internos en residencias (contando solo los casos confirmados). Este aumento de la mortalidad de 102,2 veces más entre los internados puede tener algún sesgo, porque es probable que las personas en residencias tengan una situación de salud y/o dependencia mayor que las que están en sus domicilios, pero aún así la diferencia es escandalosa. A ello habrá que sumar la mortalidad no confirmada por Covid19 o por otras causas, que ha tenido un claro aumento en este periodo y que ha sido favorecida por los protocolos de la Comunidad de Madrid que evitaban traslados desde las residencias a los hospitales públicos.

No cabe duda que la privatización y el negocio, ha facilitado que el COVID19 nos haya conducido a esta catástrofe de consecuencias inhumanas en las residencias de personas mayores. Cerca de 6.000 personas fallecidas en residencias por Covid19 o por sintomatología asociada, familias destrozadas ante la impotencia de la desinformación y el abandono, y cientos de profesionales, mayoritariamente mujeres, expuestas al contagio y poniendo en riesgo sus vidas y las de sus familiares. Son cifras indecentes incrementadas por una gestión política irresponsable.

A pesar de que en las Ordenes 265 y 275/2020 del Ministerio de Sanidad, establecían la obligación, a 22 de marzo de 2020, de tener clasificados a los residentes en cuatro grupos, para evitar la extensión de la pandemia y la

obligación de las residencias de comunicar, si no habían podido hacer la clasificación por carencia de personal, de condiciones materiales o de cualquier otra índole, para que interviniera la Comunidad, la realidad ha sido que la discrecionalidad, en el mejor de los casos, en la aplicación de protocolos de organización de los aislamientos, la opacidad, la improvisación y la escandalosa carencia de medidas de protección para la plantilla, la ausencia de medicalización efectiva han convertido las residencias de la Comunidad de Madrid, especialmente, las de gestión privada, en una trampa de contagio mortal.

- **Un sistema sanitario público debilitado por los recortes y las privatizaciones:**

1. Presupuestos sanitarios insuficientes

Los **presupuestos sanitarios insuficientes** mantenidos desde las transferencias, que sitúan a la Comunidad de Madrid siempre por debajo de la media de las CCAA (entre 2010 y 2019 la Comunidad de Madrid ha destinado 10.822 millones € menos a la Sanidad Pública de lo que le correspondería para tener unos presupuestos per capita en la media de las CCAA, y en 2020 son 1.600 millones € menos). Claro está que esto sucedía mientras el gobierno madrileño del PP dejaba de recaudar 39.516 millones € perdonando impuestos a los más ricos y poderosos. En 2020 es la comunidad autónoma que destina en sus presupuestos menos € por habitante y año.

2. Disminución camas en los hospitales públicos

Esta disminución comenzó durante los mandatos de Esperanza Aguirre, cuando la apertura de nuevos hospitales privados o semiprivados se acompañó de cierres de camas en los centros de gestión tradicional, y que fue continuada en los años siguientes, así entre 2014 y 2018 se cerraron 1.007 camas en los hospitales de gestión pública. La situación es aún más preocupante en el caso de las camas de media y larga estancia en las que el déficit de la región es espectacular (0,15 camas/1000 habitantes frente a 0,31 del conjunto del país y 1,5 de la UE) mientras hospitales como el antiguo Puerta de Hierro permanecen cerrados y en constante deterioro.

3. Deterioro Atención Primaria.

Dentro de los recortes de la Sanidad Pública, la AP ha sido la más castigada en la región, de hecho tiene el menor presupuesto en % sobre el total (10,4% en el último aprobado), y una situación de escasez de personal que es terrible (es la primera de las CCAA en cuanto a TSI por profesional de enfermería y pediatra, la segunda en el caso de medicina de familia y la 4ª en personal administrativo), lo que ha provocado grandes demoras en las citaciones, baja capacidad de resolución de la primaria, desatención de la atención comunitaria, y un aumento importante de las urgencias hospitalarias.

4. Recortes de personal sanitario

Si algo ha puesto de relieve la crisis sanitaria del COVID_19 es que el sistema debe tener medios suficientes tanto materiales como humanos para poder afrontar situaciones excepcionales como ésta, pero también ha puesto de manifiesto las carencias e insuficiencias el nuestro sistema sanitario público.

Los profesionales de la Sanidad Pública de Madrid han dando un ejemplo de profesionalidad, humanidad y sacrificio que difícilmente se podrá compensar, porque aunque ya sabíamos de las carencias de nuestro sistema sanitario público, lo que hemos corroborado es que tenemos unos excelentes profesionales que llevan años supliendo con voluntariedad y esfuerzo los déficits del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid, asfixiado por una década de recortes presupuestarios, de falta de inversión en infraestructuras y aparataje y sobre todo de plantillas deficitarias, mientras que aumentaban los conciertos, las externalizaciones y privatizaciones.

La exigencia por parte de las OOSS, con representación en la Mesa Sectorial de Sanidad, de que se renovaran hasta final de año los 10.100 contratos temporales que se habían hecho durante el periodo más álgido de la pandemia, no era ni es la solución a la falta endémica de Recursos Humanos, pero el mantenimiento de estas contrataciones presumiblemente podría favorecer que los profesionales pudieran beneficiarse de una planificación de trabajo sin modificaciones continuas por falta de personal para sustituciones, de los descansos semanales o anuales reglamentarios, que podrán recuperar el derecho a reducir su jornada por cuidado de menores o dependientes, a la formación continua o al resto de permisos retribuidos...etc .en definitiva a minorar la sobrecarga de trabajo que habitualmente padecemos por la falta de suplencias y la precaria dimensión de las plantillas y sería una señal del reconocimiento y valoración del sacrificio, compromiso y entrega de la que han dado muestras sobradas todos profesionales de la sanidad madrileña.

Pero sobre todo se vería beneficiada la disminución de las demoras, de esas interminables listas de espera que a fecha de febrero de 2020, según el portal de transparencia del SERMAS, acumulaba para consultas con el especialista **453.117** pacientes, mientras que el número de personas en espera para la realización de una prueba diagnóstica era **152.590** y la lista de espera quirúrgica en la región se elevaba a un total de **78.171** pacientes. Tras el obligado parón de la actividad asistencial por el COVID-19, va a ser preciso afrontar los retrasos de consultas, cirugías o pruebas diagnósticas en pacientes con otras patologías distintas al COVID19 y parece evidente que esta demanda asistencial no se va a poder atender con una plantilla, ya de por sí deficitaria, que se encuentra agotada física y psicológicamente.

La Atención Primaria que debiera ser el primer nivel de la atención sanitaria y tener la capacidad para resolver el 80% de los problemas de salud de la población, se ha visto particularmente dañada por los sucesivos gobiernos del PP, con una continua descapitalización que ha ido mermando paulatinamente su capacidad de respuesta. La Atención Primaria de Madrid tiene el dudoso privilegio de ser la que menos porcentaje del presupuesto sanitario recibe de toda España, aunque, por el contrario, es una de las que tiene mayor número

de usuarios asignados a médico de familia, pediatra, profesional de enfermería y administrativo.

Los Centros de Salud madrileños ya estaban en una situación crítica y desbordados antes de la explosión del virus, con una plantilla deficiente que conlleva que el número de TSI por profesional sea muy superior a la media del resto de Comunidades Autónomas y que se produzcan demoras en las citas de hasta 7 días. Con esta situación de partida, el incremento de la actividad asistencial por el impacto del inicio de la pandemia y la controvertida decisión de trasladar a más de 1.000 sanitarios de Atención Primaria al Hospital de campaña del IFEMA, unido a las más de 2.000 bajas por contagio que ha llegado a tener este nivel asistencial, ha supuesto que más de 100 Centros de salud se hallan llegando a cerrar durante estos meses y que en la actualidad aun permanezcan cerrados una veintena de Consultorios, además de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP).

Ante la obligación de presentar al Ministerio de Sanidad un plan de desescalada de la región, para garantizar el seguimiento y la vigilancia epidemiológica de pacientes con COVID-19, el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero, anunció la contratación de 836 profesionales para AP y 400 Técnicos de Salud Pública “rastreadores”, anuncio que dos semanas después fue matizado por el viceconsejero de Salud Pública, Antonio Zapatero, quien rebajó las expectativas de contratación en su área de gestión a 175 efectivos. De éstos, 16 contratos eran para Médicos Internos Residentes (MIR) de Medicina Preventiva y Salud Pública de último año; 20 para MIR de tercer y cuarto año con contratos de Técnico de Salud Pública; 11 inspectores; y 40 teleoperadores, pretendiendo completar los efectivos hasta la cifra anunciada, con efectivos de apoyo de Salud Municipal.

Algo similar ocurre con los contratos de refuerzo para el plan de desescalada en los Centros de Salud, consultorios locales y Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP), ya que de los 836 profesionales comprometidos: 335 médicos de Familia, 47 EIR, 249 enfermeros/as, el resto contratos de otras categorías, a día 17 de junio se había efectuado la contratación de 655 profesionales, faltando aun por contratar 236 Médicos de Familia y 10 enfermeras y 10 administrativos, si bien no se están autorizando la cobertura de las vacantes producidas por jubilaciones de personal no sanitario.

Es urgente e imprescindible reforzar la Atención Primaria y para ello es necesario contar con más presupuesto y más recursos humanos que nos permitan afrontar en las mejores condiciones posibles, no solo las futuras crisis sanitarias, sino sobre todo para poder tener la capacidad en lo que nos resta de año para poder dar la atención sanitaria que van a requerir los pacientes que actualmente están en seguimiento telefónico o domiciliario desde la AP y a los que se irán sumando las nuevas altas hospitalaria, para mantener la asistencia a las residencias de mayores, para poder realizar el diagnóstico y aislamiento precoz de los nuevos casos de coronavirus, pero sin olvidar que también hay que dar atención sanitaria a todos los pacientes que acuden a los Centros de Salud porque, después de un tres meses, han pasado de ser una consulta demorable a urgente.

Lo mismo ocurre en las Unidades de apoyo a la AP que cuentan con un total de 154 odontólogos, 23 psicólogos, 212 matronas, 144 higienistas, 207 fisioterapeutas y 121 trabajadoras sociales, dotaciones claramente insuficientes para atender a la población de la Comunidad, generando demoras en la atención, en algunos casos, de varios meses. Esta situación se va agravar aún más, por la obligada reorganización de la atención a los pacientes durante esta fase de transición, por lo que sería imprescindible que se elaborara un plan de choque y un incremento de las plantillas para paliar la situación de las listas de espera de estas unidades.

Pero no se puede olvidar que la atención a los factores sociales y económicos asociados a la salud-enfermedad son clave para no colapsar el sistema sanitario, para hacerlo sostenible ante una posible segunda ola de la pandemia y para prevenir los problemas de salud que se deriven de esta o de próximas emergencias sociales y en estas circunstancias ha quedado patente el también endémico déficit de plantilla de las Unidades de Trabajo Social.

Los 374 Trabajadores Sociales que atienden a pacientes y familiares en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid se han visto desbordados y obligados a responder con medios “escasos y desorganizados”, heredados de la situación previa a la emergencia, aunque su trabajo de enlace entre el Sistema Sanitario y los Servicios Sociales ha sido indispensable para generar apoyos a las altas que se producían por saturación de los hospitales de pacientes COVID, y posibilitar las medidas adecuadas para que dispongan en el domicilio de los servicios necesarios (comida a domicilio, SAD..) o garantizando la continuidad de los cuidados.

Sería imprescindible reforzar las Unidades de Trabajo Social. el SERMAS tendría que incrementar hasta un 40% la plantilla hasta llegar a 619 trabajadores sociales, y poder dar una buena atención a los pacientes y familiares (esto quizás tendría que ir como propuesta)

5. Privatizaciones

Aparte de lo ya señalado el proceso privatizador había deteriorado de manera muy importante la Sanidad Pública, porque los escasos recursos económicos se derivaban preferentemente hacia el sector privado, produciendo un mayor deterioro presupuestario en los centros que continúan siendo de gestión pública.

6. Disminución de stock de material en los centros sanitarios

Durante la segunda década de este siglo la Comunidad de Madrid sometió a los centros sanitarios públicos a una reducción drástica de los stocks de material sanitario con un objetivo de ahorro solo guiado por criterios economicistas, de manera que estos se consumieron rápidamente al inicio de la pandemia, y los centros y profesionales sanitarios se quedaron sin ellos.

Mención especial merece el elevado número de contagios entre los profesionales de la sanidad madrileña, que ha día de hoy se eleva según los datos oficiales de la Comunidad de Madrid a 11.160 casos confirmados por PCR+, cifra que a nuestro entender no se corresponde con el número real de

profesionales contagiados, puesto que durante los meses de marzo y mediados de abril, la determinación por PCR no se efectuaba al inicio de los síntomas y por tanto del aislamiento, sino que en el mejor de los casos se efectuaba cuando el profesional no presentaba clínica asociada a la enfermedad y se reincorporaba a su puesto de trabajo.

Mientras los informes el Instituto de Salud Carlos III confirman claramente las condiciones tan inseguras en las que han trabajado y siguen trabajando las profesionales y los profesionales sanitarios en la crisis de la pandemia, no existe ningún dato oficial sobre el número de trabajadores y trabajadores contagiados del sector sociosanitario, a pesar de haber sido en estos centros residenciales donde más se ha evidenciado, aun a día de hoy, la falta de medidas de prevención y protección, lo que indudablemente ha sido un factor de riesgo y de transmisión de la enfermedad, no solo entre los trabajadores y sus familiares, sino para las personas mas vulnerables, que en este caso son los residentes de estos centros.

Es evidente que ha sido la falta de prevención y de medidas de protección adecuadas para el personal que tenía que hacer frente a la pandemia, lo que nos ha colocado como el país que más contagios ha tenido y tiene entre los profesionales de los centros sanitarios y sociosanitarios y a los que no se les reconoce, como ya están haciendo el resto de países europeos, que el contagio es una enfermedad profesional contraída por la exposición a un agente biológico.

Conviene recordar que la exposición a agentes biológicos es habitual en estos ámbitos y que por ello deberían estar convenientemente evaluadas e implantadas las medidas de prevención adecuadas, entre las que debería haber figurado el aprovisionamiento de equipos de protección, pero lamentablemente ni el SERMAS, ni las empresas del sector sanitario y sociosanitario estaban preparadas porque, como demuestran las cifras, nunca creyeron realmente en la prevención y no fueron capaces de facilitar la protección efectiva de sus trabajadores.

7. Insuficiencia y demoras en las citas en los Servicios de la Sanidad Pública madrileña.

Desde hace varios años los usuarios de la Sanidad Pública vienen denunciando el colapso generalizado de los servicios de Atención Primaria y Pediatría. Las demoras en las citas, las saturaciones de las urgencias y los tiempos de espera.

De por si, a las ya insuficientes plazas existentes para atender la demanda ordinaria de los pacientes, debe sumarse el hecho de que no se estarían cubriendo aquellas plazas que quedarían temporalmente desiertas por situaciones de incapacidades temporales, bajas de maternidad, vacaciones o reducción de jornada.

La falta de personal repercute tanto en los pacientes que ven aumentados los tiempos de espera y calidad de la atención recibida, como en los profesionales

activos de estas especialidades quienes están soportando cómo desde los centros se ha normalizado el doblaje de turnos y aumentos de hasta el 100% en el número de pacientes citados.

La propia Consejería de Sanidad reconocía en años anteriores la existencia de casi 400 plazas en las que no se habría repuesto el servicio en ausencia del médico titular, sin que a fecha de hoy conste que se haya remediado dicha situación, con el agravante de que gran parte de las plazas no cubiertas corresponden a centros y consultorios de pequeñas poblaciones pudiendo llegar al extremo de que el paciente deba desplazarse a otra localidad para poder recibir la atención solicitada.

Creando así un problema enquistado desde hace años que estaría generando una precariedad en la atención de los pacientes y que aumenta exponencialmente el riesgo de errores en el diagnóstico y seguimiento de las dolencias.

Al hilo del punto anterior, debemos remarcar también la escasez de profesionales especialistas en psicología en los centros de salud públicos y la insuficiencia de recursos destinados a esta rama por parte del Sistema Madrileño de Salud.

Según las estadísticas se estima que un 25% de la población sufre en algún momento de su vida alguna enfermedad o trastorno mental, estimación que concuerda claramente con los datos y conclusiones arrojados por el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020, el cual refleja una clara y continuada tendencia al alza desde el año 2002 y sitúa invariablemente a la Comunidad de Madrid por encima de la media nacional tanto en la incidencia de primeras consultas como en la frecuentación y consultas totales.

A pesar de estos datos y de la creciente demanda, encontramos que la Administración no ha impulsado un refuerzo suficiente en la oferta, de modo tal que los servicios y consultas de psicología de toda la Región atraviesan una situación de colapso generalizado con tiempos medios de espera de más de tres meses en el caso de los pacientes menores de edad y de más de cuatro meses en el caso de los adultos, existiendo incluso centros en los que llegaron a registrarse listas de espera de 320 días (centros de Coslada y Chamartín).

Sería necesario que la Consejería de Sanidad reevaluará las necesidades del servicio de atención psicológica y aumentar la dotación y las contrataciones hasta reducir los tiempos de espera para primeras y sucesivas consultas.

Ya que por sus características los servicios de psicología requieren de un seguimiento continuado del paciente hasta su sanación o estabilización, extremo que resulta absolutamente imposible con una demora como la registrada en los centros madrileños, con lo que no solo estarían atendiendo tarde a los pacientes, sino que están agravando los trastornos y demorando su curación.

La situación de precariedad denunciada no se limita únicamente a las tres especialidades previamente destacadas, por el contrario, en los últimos años los madrileños hemos sido testigos de una progresiva precarización del Servicio Madrileño de Salud en su conjunto, que se ha traducido en un continuado incremento de los tiempos de espera para las consultas de especialistas y cirugías

Aunque la Consejería indique que ha conseguido reducir los datos globales de espera, una vez se analizan los datos individualizados por centros y especialidades, se advierten diferencias abismales entre unos y otros, de modo tal que los tiempos de espera en los centros más colapsados son casi 40 veces superiores a los registrados por los centros que arrojan los menores datos de demoras.

Hablamos por tanto de una distribución completamente irregular de los datos, en la que la media aritmética sencillamente deja de resultar un dato representativo de interés en tanto no hace más que enmascarar las desigualdades reales entre centros y pacientes.

De hecho, las listas de espera de los servicios públicos de salud madrileños contemplaban casi 140.000 pacientes con un tiempo de espera superior a los 90 días, demora que resulta insostenible y puede ocasionar graves perjuicios para la salud de estos pacientes que se ven privados de los beneficios de un diagnóstico precoz o que arrastran dolencias durante meses hasta que pueden acceder al tratamiento o intervención prescritos, además de empujarlos a servicios privados donde la atención a priori es mucho más ágil.

En base a lo anterior, la Consejería de Sanidad debería efectuar un estudio de la situación actual de las listas de espera, analizando las diferencias entre centros y especialidades en aras de adoptar las medidas necesarias para garantizar una atención rápida y efectiva de los pacientes.

En este sentido, sería recomendable que el nuevo Ejecutivo adoptará un compromiso firme a modo de límite máximo de espera para acceder a consultas o a cirugías, asegurando que ningún madrileño tendrá que esperar más de ese tiempo máximo establecido para acceder a la consulta o cirugía solicitada a lo largo de toda la red del Servicio Madrileño de Salud.

Una medida como esta, unida a un control individualizado de las listas de espera, permitiría detectar de forma rápida desviaciones puntuales, facilitando así mismo una rápida corrección por parte de la Administración mediante la contratación de más efectivos o el incremento de los recursos destinados a aquellos centros o especialidades concretos en los que se detecten desviaciones respecto a dicho objetivo.

El estado de saturación de las urgencias tanto en los hospitales como en los centros de salud, elevan las quejas de los usuarios de la Sanidad Pública madrileña. De la misma forma que los plazos para obtener cita con el especialista también son objeto de un elevado porcentaje de críticas, junto con los tiempos de espera para la realización de pruebas diagnósticas.

8. Salud Pública bajo mínimos.

La Dirección General de Salud Pública fue suprimida por Esperanza Aguirre en 2008 y recuperada posteriormente en 2015, pero con una dotación y unos medios profesionales extremadamente precarios. Precisamente esta debilidad de la Salud Pública se ha hecho notar durante la pandemia, y el último rifirrafe con la dimisión de la Directora por la petición de desescalada ha puesto en evidencia que se trataba de un organismo más de bien de carácter decorativo de quien se esperaba la sumisión y no el conocimiento.

9. Desaparición de las Áreas de Salud.

En 2010 se creó en la Comunidad de Madrid el área única haciendo desaparecer las 11 áreas sanitarias preexistentes. La intención de esta normativa era facilitar las derivaciones hacia el sector privado, que luego se complementó con la puesta en funcionamiento del centro de llamadas, pero otro efecto fue la desintegración de la colaboración territorial entre Primaria y Especializada, favorecer la movilidad de pacientes en todo el territorio de la región y a la vez dificultar políticas de seguimiento y detección de casos, lo que ha resultado especialmente negativo en esta pandemia.

10. Mala gestión del Gobierno de la Comunidad de Madrid

Nada más iniciarse la pandemia se produjo una cadena infernal de eventos: AP y urgencias saturadas, falta de camas hospitalarias, enfermos aparcados en urgencias (muchas horas y días), y se desencadenó el desastre: profesionales desprotegidos, centros sanitarios masificados y saturados como foco de contagio, a lo que hay que sumar la situación de las residencias de mayores, donde el virus logró otro de sus focos de contagio. La mala utilización y la descoordinación de los recursos públicos ha sido la norma, la apertura del hospital de IFEMA (por cierto instalado por la UME) se aprovechó para deteriorar aún más a la Atención Primaria, etc

El gobierno de la Comunidad de Madrid ha seguido aprovechando la oportunidad de la pandemia, para seguir favoreciendo a sus amigos y a los intereses empresariales: fomento de la red privada, hoteles, cadenas de comida rápida, nombramientos de amigos, nepotismo, etc. A pesar de la evidencia del fracaso de las políticas desreguladoras y privatizadoras, continuaron en ello, y no han reforzado la Sanidad Pública que ahora está exhausta, continúa con medios insuficientes y sin un horizonte claro de reactivación, a la vez que las demoras en las listas de espera se han incrementado de manera exponencial y la asistencia a pacientes sin covid19 se ha demorado y deteriorado de manera importante (en su momento habrá que analizar su potencial impacto sobre la morbilidad y la mortalidad).

Todo ello se ha agravado con la actitud irresponsable de la Sra Ayuso, ejemplo de ausencia de conocimiento, de desparpajo de “community manager”, y de opinar pontificando sobre lo que desconoce de manera palmaria, preocupada en el “marketing”, aunque sea falseando la realidad sin ningún pudor, solo preocupada por lucir vestidos de luto, hacer posados dramáticos y enfrentarse al gobierno central, y nunca por dar solución a los problemas de salud, mientras se fomentaban los negocios privados, como sucedió con el IFEMA,

con los supuestos “hoteles medicalizados”, con el plan de atención sanitaria a las residencias, que nunca que efectivo, con las comidas servidas a la infancia, etc, convirtiéndose en la principal responsable por ejemplo de que la Comunidad de Madrid haya tenido tantos problemas en sus cambios de fase y siga deficientemente preparada para el caso de que se produjera un rebrote de la pandemia.

Alternativas propuestas

En esta situación desde el Observatorio Madrileño de Salud consideramos urgente, tanto para abordar los probables rebrotes de la pandemia, como para garantizar un funcionamiento de calidad de la Sanidad Pública madrileña, la implantación de las siguientes cuestiones:

1. Presupuestos suficientes para la Sanidad madrileña, que debería de situarse al menos en 9.500 millones € para alcanzar el promedio de presupuesto por habitante del país
2. Elaborar un Plan de Salud de la Comunidad de Madrid que aborde entre otros la salud medioambiental, salud laboral y eliminar las desigualdades
3. Garantizar un 20% del presupuesto sanitario público destinado para la Atención Primaria
4. Control del gasto farmacéutico para que el aumento del mismo se sitúe al menos un punto por debajo del crecimiento presupuestario
5. Desaparición de los copagos asegurando que ninguna persona en la Comunidad se queda sin los medicamentos que precisa por motivos económicos.
6. Aumentar las camas hospitalarias permanentes para alcanzar una ratio de 5 camas /1000 habitantes (1,1 de ellas de media y larga estancia), No tiene sentido abrir hospitales de campaña de apertura y cierre transitorios salvo para los negocios de quienes los construyen, mantienen y desmontan
7. Plan de infraestructuras consensuado en la Asamblea que actualice las necesidades de los centros sanitarios de la CAM
8. Reducir el número de TSI máximo por profesional a 1300 en medicina de familia y enfermería, 1000 en pediatría y 2000 en personal administrativo
9. Compromiso del 98% de las citas en AP en 48 horas
10. Recuperar la atención domiciliaria, la atención comunitaria y las labores de promoción y prevención desde la Atención Primaria
11. Realizar todos los incrementos en los centros de titularidad y gestión pública
12. Acabar con las privatizaciones y revertir lo privatizado a la Sanidad Pública
13. Recuperar las áreas de salud como instrumento de gestión, coordinación y planificación integrada de los recursos sanitarios.
14. Disminución de las listas de espera mediante un plan específico que integre todos los recursos sanitarios y que favorezca la utilización intensiva de los recursos del sistema sanitario público
15. Potenciar la dedicación exclusiva en la Sanidad Pública

16. Plan de empleo que recupere el empleo perdido y que potencie los recursos humanos de la Sanidad Pública
17. Potenciar la salud mental comunitaria, las unidades de apoyo y la salud sexual y reproductiva
18. Integración de la salud laboral en la Sanidad Pública
19. Derogación de la LOSCAM, ley de área única y Plan de Sostenibilidad
20. Aprobación de una nueva Ley de Salud de la Comunidad de Madrid que responda a los retos asistenciales y de salud de la población
21. Mejorar la coordinación de los recursos sanitarios y socio-sanitarios.
22. Desarrollar una red de residencias de mayores de titularidad y gestión pública, con el objetivo de lograr en el medio plazo al menos un 40% de plazas en la red pública. De manera inmediata establecer sistemas de control eficaces sobre las residencias privadas. Control sanitario de las residencias desde la AP, dotándola de los medios necesarios para ello.
23. Poner en funcionamiento sistemas efectivos de participación social y profesional que permitan el control y la participación en la gestión del conjunto de la Sanidad Pública, de las Áreas de Salud y de los centros sanitarios, de la ciudadanía y de los trabajadores del sistema sanitario público.

Hay que avanzar en la recuperación de la Sanidad Pública madrileña, tanto para estar preparados para afrontar un rebrote significativo de la pandemia, si se produjera, como para atender los problemas de salud que no se atendieron durante la crisis sanitaria, como para garantizar una Sanidad Pública de calidad para toda la población de la Comunidad de Madrid. La ciudadanía y quienes trabajan en el sistema sanitario público han demostrado durante los momentos más álgidos de la pandemia su compromiso con la salud y con el sistema sanitario público. Es el momento de exigir a la Comunidad de Madrid una respuesta a la altura de las necesidades de salud y del compromiso de todos y todas.

***Observatorio Madrileño de Salud
Julio de 2020***