

# **INFORME**

## **LA ATENCION PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

*Observatorio Madrileño de Salud*

*Junio de 2018*

*Entidades que componen el Observatorio Madrileño de Salud*

***Ayuntamientos: FUENLABRADA, RIVAS VACIAMADRID, SAN FERNANDO DE HENARES, LEGANÉS, COSLADA, ALCALÁ DE HENARES, GETAFE, MADRID, MÓSTOLES, ARANJUEZ, SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES, ARGANDA DEL REY, SAN MARTÍN DE VALDEIGLESIAS, EL ATAZAR, EL BOALO, BUSTARVIEJO, HORCAJO DE LA SIERRA, LOZOYA DEL VALLE, MANZANARES EL REAL, MIRAFLORES DE LA SIERRA, RASCAFRÁA, ROBREGORDO, LOS SANTOS DE LA HUMOSA, SOMOSIERRA, TORRELAGUNA, VILLAMANTA, VILLANUEVA DE PERALES, 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, IFMSA COMPLUTENSE***

***Entidades sociales: FEDERACIÓN REGIONAL DE ASOCIACIONES VECINALES, PLATAFORMA CONTRA LOS RECORTES Y POR LA DEFENSA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE FUENLABRADA, PLATAFORMA POR LA MEJORA Y DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DEL 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 LEGANES, CEADE, FEDE, CONSEJO MUNICIPAL DE SALUD Y CONSUMO DE RIVAS-VACIAMADRID, MAREA BLANCA FUENLABRADA, PLATAFORMA EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE ARANJUEZ***

## Introducción

El pasado año se cumplieron 40 de la declaración de Alma Ata que es considerada como la pieza clave de la puesta en marcha de la Atención Primaria de Salud (APS) que la propia conferencia definía como:

*La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.*

Posteriormente la Ley General de Sanidad incluye entre las actuaciones del sistema de salud:

*La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.*

Por ello la Atención Primaria (AP) debería ser el pilar básico del funcionamiento de nuestro sistema sanitario y la garantía de una atención sanitaria de calidad para toda la población.

No obstante en España y en particular en la Comunidad de Madrid existe un notorio y continuado desinterés de la administración sanitaria hacia la AP, que se evidencia tanto en una escasa dotación presupuestaria, como en un mayor impacto de los recortes presupuestarios y en una insuficiencia de medios que favorecen una deriva hacia lo meramente asistencial y a la saturación de las consultas.

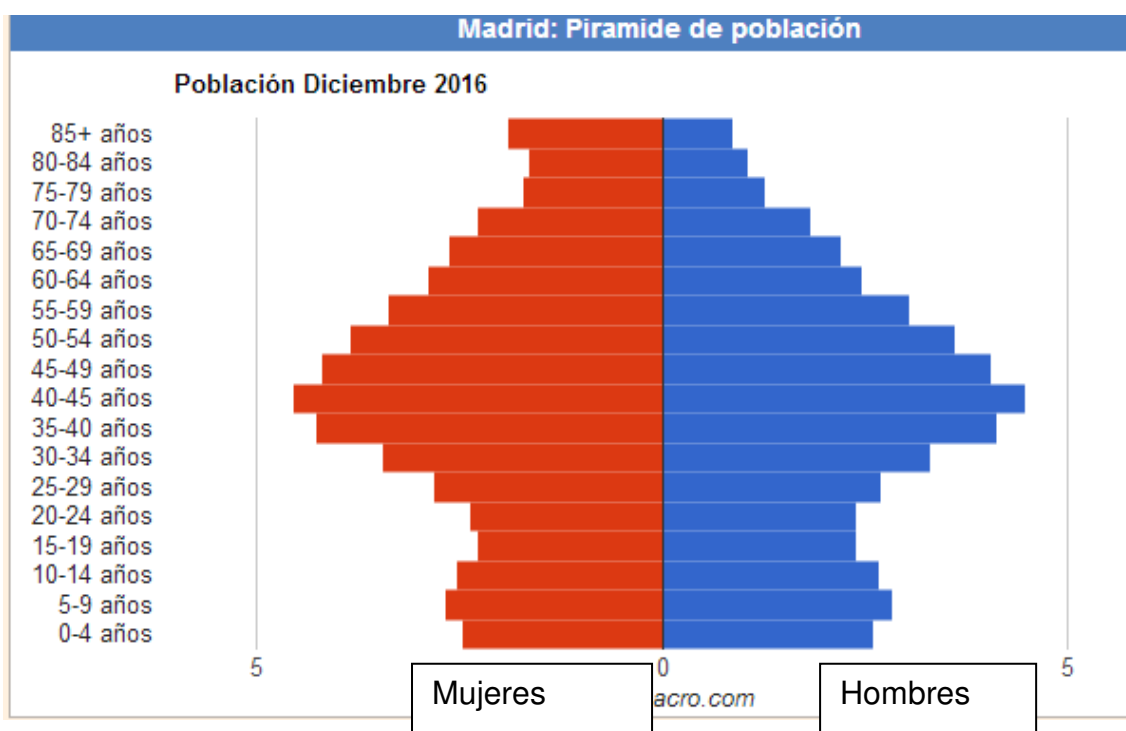
Por este motivo desde el Observatorio madrileño de Salud realiza este Informe en el que se analiza la situación de la AP en la Comunidad de Madrid, sus problemas principales, la evolución de la misma desde 2010, es decir desde que se produjeron los recortes y los cambios del sistema sanitario (RDL 16/2012, etc.) con la excusa de la crisis, planteando también las alternativas de mejora necesarias para hacer de la AP el centro del sistema sanitario público de la región.

Otra cuestión a reseñar es que, a pesar de la aprobación de la Ley de Transparencia, y aunque han existido mejoras en la información sanitaria accesible, esta sigue estando en gran parte oculta, y básicamente poco actualizada y en algunos casos contradictoria según las fuentes públicas consultadas, lo que supone una limitación de nuestro

informe, en todo caso hemos utilizado los datos mas actualizados disponibles y en caso de contradicciones de las fuentes, las reseñamos en el texto.

## Una población envejecida

La población de la Comunidad de Madrid era a 1 de enero de 2017 (ultima cifra oficial) de 6.507.184 habitantes (48.500 personas más que en 2010). Se trata de una población con un perfil envejecido según se observa en la pirámide de población de 2016:



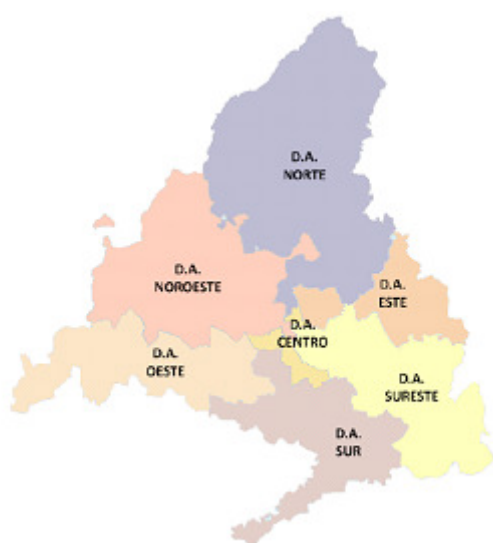
Las personas con menos de 15 años suponen el 15,64% mientras las mayores de 65 son el 17,31%, siendo extranjeros el 12,22% y habiendo presentado la población un crecimiento del 0,62% en el último año. El número de nacidos vivos en 2016 fue de 63.112, numero que esta en disminución desde 2008 (78.741).

El numero de tarjetas sanitarias individuales (TSI) era en 2016 de 6.660.461 (6.334.656 en 2009), curiosamente mayor que el numero de habitantes a pesar de la elevada penetración de las mutualidades de funcionarios en la región (6% de la población)

## Recursos y organización

La AP madrileña tiene un total de 430 centros (Memoria SERMAS 2016) de los cuales 265 son Centros de Salud y 163 Consultorios Locales, además tiene adscritos 2 centros más, la Casa de Socorro de Alcalá de Henares y el Centro especializado en tratamiento de enfermedades sexuales de Sandoval.

La organización de la AP después de la *Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid* a partir de la que desaparecen las áreas sanitarias se establece en 7 Direcciones Asistenciales (DA), cuyo alcance geográfico se puede ver en la siguiente figura:



## Evolución de los presupuestos de AP en la Comunidad de Madrid

La AP madrileña ha tenido crónicamente un maltrato presupuestario, incluso si se compara con el resto de las comunidades autónomas, su evolución ha sido negativa, según los datos del Ministerio de Sanidad (Estadística del Gasto Sanitario Público, Serie 2002-2016) tal y como se ve en la tabla

	CCAA 2010	CCAA 2016	Madrid 2010	Madrid 2016
Porcentaje del presupuesto de AP sobre el total	14,49%	13,52%	12,67%	11,63%
Disminución neta del presupuesto de AP 2010-16 € (%)		916.585 € (- 9,90%)		18.443 € (- 1,97%)

Sin embargo de acuerdo a las Memorias del SERMAS el gasto en AP pasó del 9,51% en 2010 al 9,02% en 2016, y si vamos a los datos recogidos en el *Anuario Estadístico de la Comunidad de Madrid. 1985-2017 Salud y servicios sociales* disponible en la pagina web del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, resulta que el gasto en “servicios primarios de salud” fue en 2010 el 12,63% del gasto sanitario público, pasando a ser el 10,90% en 2015, ultimo año recogido (disminución de 63.436 €).

En resumen, a pesar de la incomprensible discrepancia de las fuentes oficiales, que establecen algunas dudas razonables sobre la fiabilidad y veracidad de los datos que ofrecen, se constata que la Comunidad de Madrid dedica a AP menos que el promedio de las CCAA y que el porcentaje dedicado a la misma del total de los presupuestos sanitarios se ha hecho aun menor entre 2010 y 2016.

## Recursos humanos

Los recursos humanos en el sistema sanitario son básicos, pero aun mas en el caso de la AP que se fundamente sobre todo en la relación directa entre los trabajadores y la población. En este caso también la situación ha sido tradicionalmente mala en la Comunidad de Madrid y ha empeorado en los últimos años (de manera concreta y en comparación con las demás CCAA), como puede observarse a continuación:

	2009	2016	Diferencia
TSI/ Enfermería Madrid	1.949 (1)	1.996 (1)	+ 2,36%
TSI/Enfermería España	1.626	1.560	- 4,05%
TSI /MF Madrid	1.535 (3)	1.560 (2)	+ 1,62%
TSI /MF España	1.410	1.381	- 2,05%
TSI/ Pediatra Madrid	1.069 (3)	1.173 (1)	+ 9,72%
TSI/ Pediatra España	1.063	1.040	- 2,16%

Entre paréntesis el lugar que ocupa la Comunidad de Madrid entre el total de las CCAA.

En la tabla puede observarse que:

- El número de TSI por Enfermería es el mas elevado de todas las CCAA y aumento desde 2009
- Las TSI por médic@ de familia también es elevado, superior a la media y paso de ser el 3º al 2º mas alto de todas las CCAA
- Las TSI por pediatra, es superior al promedio de las CCAA, se sitúa en el 1º lugar entre las CCAA y también se incremento en este periodo, pese a que disminuyo en el conjunto de las CCAA.

El número de administrativ@s en AP se redujo un 12,27% frente a una disminución del 2,92% en el conjunto del SNS

	2009	2016	Diferencia
Administrativos	2.175	1.908	- 12,27%

Madrid (número)			
Administrativos España (número)	15.851	15.387	- 2,92%

Existen diferencias notorias entre las DA en cuanto a la dotación de profesionales, como se observa en la tabla siguiente que tiene la limitación de ser de 2012 (último dato publico) aunque el numero global de TSI por profesional a nivel de la Comunidad de Madrid prácticamente no han variado desde entonces por lo que lo lógico es pensar que los datos reflejan bastante la situación actual, con lo que se evidencia una importante variabilidad entre DA.

#### TSI por profesionales según Direcciones Asistenciales

	Medicina de Familia	Pediatría	Enfermería
Centro	1.407,16	1.182,70	1.757,62
Este	1460,69	1.080,45	1.924,22
Noroeste	1.678,58	1.266,37	2.134,52
Norte	1.636,65	1.186,34	2.087,25
Oeste	1.453,31	1.023,91	1.861,91
Sur	1.509,58	1.138,20	1.908,22
Sureste	1.503,49	1.037,62	1.893,60
Media DA	1.521,35	1.130,79	1.938,19

## **Demanda en AP**

La frecuentación ajustada por edad era más baja en Madrid que en el conjunto del país en 2009 y disminuyó en 2016 en ambos casos y para medicina de familia y enfermería, pero de una manera más importante en el caso de enfermería en la Comunidad de Madrid

### **FRECUENTACION AJUSTADA POR EDAD**

	2009	2016	Diferencia
MF Madrid	5,48	4,79	- 12,59%
MF España	5,57	4,79	- 14%
Enfermería Madrid	2,41	1,98	- 17,84%
Enfermería España	2,51	2,36	- 5,97%

De acuerdo con las DA la presión asistencial en medicina de familia fue claramente mayor en el Sureste y Sur (1,34 y 0,95 respectivamente por encima del promedio de la Comunidad), en pediatría es la DA Sur la que tiene mayor presión asistencial (2,33 por encima del promedio) y en enfermería la DA Oeste (1 por encima del promedio)

### **PRESION ASISTENCIAL POR DIRECCIÓN ASISTENCIAL 2012**

	Medicina de Familia	Pediatría	Enfermería
Centro	30,12	19,52	16,82
Este	33,18	20,49	16,78
Noroeste	30,34	18,83	16,76
Norte	32,85	20,76	17,77
Oeste	32,26	20,84	18,47
Sur	33,23	22,88	18,20
Sureste	33,62	20,58	17,50
Media DA	32,28	20,55	17,47

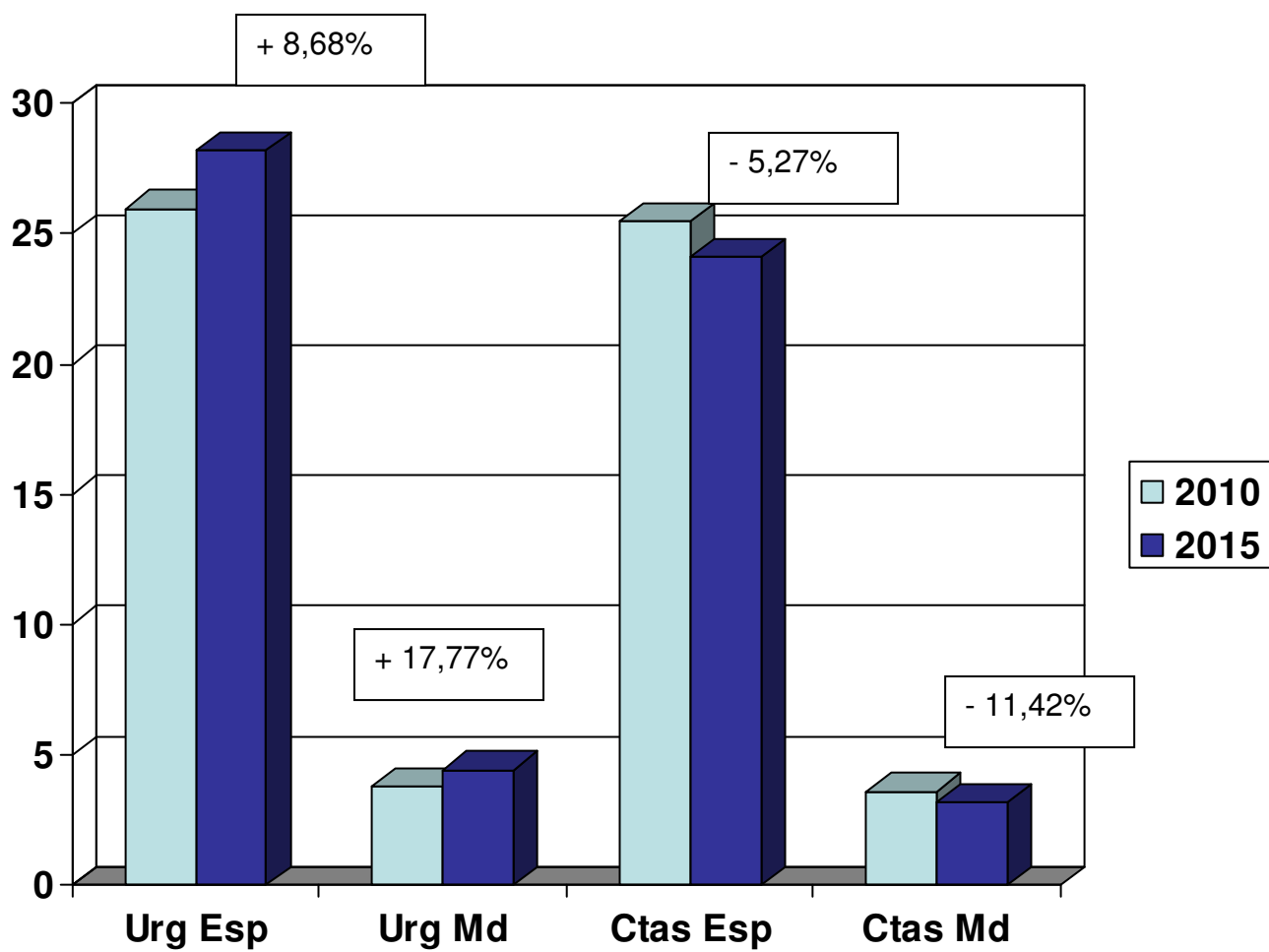


La frecuentación por población asignada tiene su máximo en medicina de familia en la DA Sureste (0,28 por encima de la media), en pediatría en la DA Oeste (0,54 por encima de la media) y en enfermería en la DA Oeste (0,20 por encima de la media).

FRECUENTACIÓN POR POBLACIÓN ASIGNADA Y DIRECCIÓN ASISTENCIAL (2012)

	Medicina de Familia	Pediatría	Enfermería
Centro	5,43	4,22	2,47
Este	5,82	4,92	2,29
Noroeste	4,60	3,80	2,07
Norte	5,11	4,50	2,23
Oeste	5,60	5,24	2,56
Sur	5,57	5,14	2,47
Sureste	5,68	5,09	2,43
Media DA	5,40	4,70	2,36

El número total de consultas disminuyeron en la Comunidad de Madrid en este periodo (2009-2016) un 11,42% frente al 5,27% en el conjunto del SNS. Mientras tanto las urgencias hospitalarias aumentaron, en número total el 17,77% en Madrid frente al 8,68% en el SNS, como puede verse en la figura donde se recogen el número total de consultas de AP y el de urgencias hospitalarias en los años 2010 y 2015 (último dato disponible. Portal Estadístico del MSSSI). Asimismo se incrementaron en número /1.000 habitantes (13,53% en España versus 20,56% en la Comunidad de Madrid). Podría deducirse que existe una relación entre aumento de las urgencias hospitalarias y la disminución de las consultas de AP.



Urg = Urgencias  
 Ctas = Consultas Atención Primaria  
 Esp = España  
 Md = Madrid  
 Urgencias x millón/ año  
 Consultas x 10 millones /año

## Demoras en las citas de Atención Primaria

Un problema importante que se detecta en AP es la demora en las citaciones, que debería producirse de manera generalizada en las primeras 24 horas después de pedir la cita. Una demora mayor disminuye la accesibilidad de la población, favorece el que se acuda a las urgencias hospitalarias y/o al sector privado, fomenta la inequidad y desvirtúa el carácter primer escalón asistencial de la AP.

Para evaluar la situación de las demoras en las citas de AP se recogen los datos del último Barómetro Sanitario publicado por el Ministerio de Sanidad (realizado entre marzo y octubre de 2017) y de la encuesta sobre demoras en AP realizada por CCOO.

### RECIBEN CITA CON AP EN 24 HORAS (SIEMPRE / CASI SIEMPRE) Barómetro Sanitario

	2010 (%)	2017 (%)
Madrid	12,72 / 33,26	7,8 / 33,2
España	14,28 / 27,29	9,6 / 24,7

Se observa un retroceso en el porcentaje que recibe cita de AP en 24 horas, retroceso que es mayor en la Comunidad de Madrid que en el promedio español (- 4,9 días versus - 4,68), que ya se situaba por debajo del promedio del país, y por supuesto lejísimos del objetivo a cumplir (100% en 24 horas)

Esta preocupante situación se confirma con los datos de la Encuesta sobre demoras en las citas de AP realizada por CCOO en marzo de 2018, donde se objetiva una gran demora en las citas, no solo en la media, sino especialmente en el rango máximo detectado (nada menos que 7 días en medicina de familia y enfermería y 3 en pediatría).

### RESUMEN GLOBAL DE LAS DEMORAS EN CITA EN CENTROS DE SALUD SEGÚN PROFESIONAL Encuesta CCOO (2018)

	Rango (días)	Media (días)	% de citas en mas de 24 horas
Medicina de Familia	1-7	2,26	67,64%
Pediatría	1-3	1,21	26%
Enfermería	1-7	1,66	38,18%

También esta encuesta encuentra importantes diferencias según DA, como se comprueba en la tabla.

MÁXIMOS Y MÍNIMOS SEGÚN ÁREAS  
Encuesta CCOO (2018)

	Máximo Días	Mínimo días	Máximo % >24hs	Mínimo % > 24 hs
MF	2,81 DA Oeste	1,43 DA Sur	100% DA Norte	50% DA Este y Sur
P	2,4 DA Sureste	1,06 DA Oeste	42,85% DA Oeste	20% DA Sureste
E	2,25 DA Oeste	1,07 DA Noroeste	66,66% DA Oeste	14,28% DA Noroeste

Las demoras en 2018 eran de 2,26 días en Medicina de Familia; 1,21 en pediatría y 1,66 en enfermería. El 66,67% de quienes pedían cita para Medicina de Familia la obtenían después de 24 horas frente al 26% en pediatría y el 33,18% en enfermería.

Se encontraron grandes diferencias según las direcciones asistenciales que objetivan desigualdades en la hora del acceso a la AP.

Es probable que las demoras en las citas expliquen el aumento de las urgencias hospitalarias y la disminución del número de consultas señalada anteriormente

## Unidades de apoyo: dotación y funcionamiento

Las unidades de apoyo a la AP tienen un total de 141 odontólogos, 56 psicólogos, 186 matronas, 115 higienistas, 176 fisioterapeutas y 93 trabajadoras sociales (SERMAS 2016). Las dotaciones de personal son claramente insuficientes para atender a la población de la Comunidad, con unas ratios poblacionales netamente ridículas:

Odontólogos: 0,021 /1.000 TSI  
 Psicólogos: 0,008 /1.000 TSI  
 Matronas: 0,026 /1.000 TSI  
 Higienistas: 0,0172 /1.000 TSI  
 Fisioterapeutas: 0,026  
 Trabajadoras sociales: 0,0138 /1.000 TSI

Aunque la actividad se ha incrementado, a pesar de ello las demoras en las citaciones son muy elevadas (ver tablas)

### EVOLUCIÓN ACTIVIDAD DE LAS UNIDADES APOYO Memorias SERMAS

	2010	2016
Salud Bucodental	683.480	818.432
Matronas	557.886	540.203
Trabajadores Sociales	122.173	138.972
Fisioterapia	152.536	160.503

### DEMORAS EN LAS CITAS DE LAS UNIDADES DE APOYO DE AP 2018. CCOO

	Rango (días)	Media (días)	% > 15 días	% mas de 60 días
Fisioterapia	17-180	71,04	100%	58,97%
Odontología Adultos	2-90	22,25	54,83%	12,90%
Odontología infantil	7-75	63,61	68,75%	18,18%
Matrona	1-30	7,61	11,53%	0%
Trabajo Social	1-62	7,15	12,5%	6,25%

El incremento de la actividad de las unidades de apoyo se ha incrementado, pese a lo que es claramente insuficiente ya que presentan demoras muy elevadas. La situación de fisioterapia (71,04 días de promedio, 100% más de 15 días y 54,83% más de 60 días) es simplemente escandalosa. La odontología infantil también presenta demoras excesivas (63,61 días; 18,18% más de 60 días)

## La opinión de la ciudadanía

La opinión de la ciudadanía sobre el funcionamiento de la AP se deriva de los datos de los Barómetros Sanitarios. Se comparan los datos de 2010 con los de 2017, en las siguientes tablas:

### SI PUDIERAN ELEGIR: ELEGIRIAN AP PUBLICA/PRIVADA

	2010 (%)	2017 (%)
Madrid	61,59 / 30,44	66,20 / 26,20
España	63,86 / 29,75	69,60 / 25

### VALORACIÓN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (DE 0 A 10)

	2010	2017
Madrid	7,16	7,28
España	7,06	7,33

### LA ATENCION RECIBIDA EN AP HA SIDO BUENA O MUY BUENA

	2010 (%)	2017(%)
Madrid	83,72	84,8
España	86,27	86

### VALORACION TIEMPO DEDICADO POR EL MEDICO AP (DE 0 A 10)

	2010	2017
Madrid	6,54	7,06
España	6,44	7,03

## VALORACION TIEMPO CITAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS (DE 0 A 10)

	2010	2017
Madrid	5,24	5,88
España	5,45	5,75

## PIENSAN QUE MEJORO/EMPEORO LA AP EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

	2010 (%)	2016 (%) *
Madrid	36,77 / 12,08	18,2 / 29
España	42,73 / 7,87	30,9 / 21,2

\* En el Barómetro Sanitario de 2017 desaparece esta pregunta

Los datos del Barómetro Sanitario para Madrid son bastante significativos (1.066 encuestas en 2017 sobre un total de 7.735 del conjunto del país). En los resultados se observa como la población tiene bastante buena opinión de la AP, valoración que en general ha mejorado desde 2010, consecuentemente el porcentaje de población que elegiría la AP pública se ha incrementado un 4,61%, aunque menos que el promedio (5,74%) y continua por debajo de la media del país. La valoración de los profesionales es buena, ligeramente menor que la media (7,64 para los médicos versus 7,69), igualmente en el caso de enfermería donde si se supera por poco el promedio del país (7,74 versus 7,68).

El principal problema es las demoras en las citas, tal como se señaló anteriormente, y también la demora en las pruebas diagnosticas. Consecuentemente el porcentaje que piensa que empeoro la AP en los últimos 5 años se incrementa un 240% respecto a 2010, alejándose mas de la media del país (7,8 puntos en 2016 versus 4,21 en 2010). Conviene recordar que esta pregunta ha sido eliminada del Barómetro Sanitario de 2017, probablemente por la mala valoración que ofrecía de los cambios en los servicios sanitarios públicos.

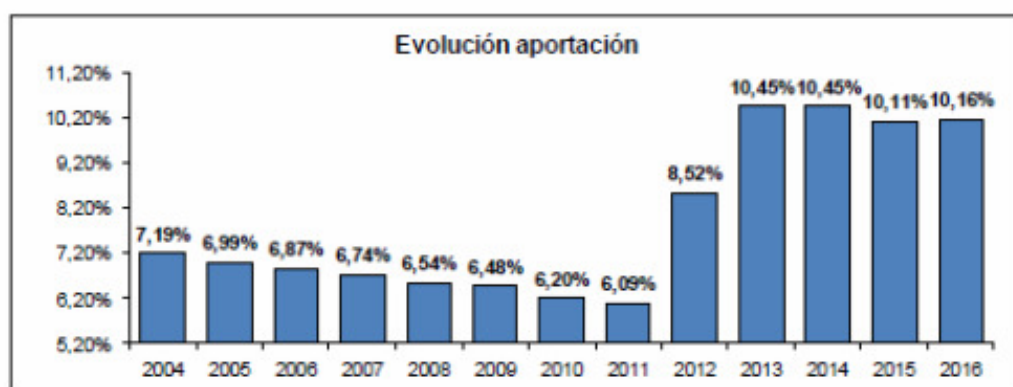


## Gasto farmacéutico por recetas

El gasto farmacéutico en recetas fue en Madrid en 2017 de 1.186,698 millones € frente a 1.288,457 millones € en 2010 (datos del Ministerio de Sanidad), es decir 101,750 millones € menos, un dato que sería positivo si no se debiera a la aplicación del RDL 16/2012 que como es conocido cambió los términos del copago farmacéutico (ampliándolo a los pensionistas y subiendo el porcentaje de los activos, a la vez que se excluían más de 400 medicamentos de la financiación pública).

Tal y como se recoge en la figura el porcentaje de aportación de los usuarios pasó del 6,09% en 2010 al 10,16%, de manera que aplicando este porcentaje al gasto en 2017 y sin tener en cuenta el ahorro consecuencia de los medicamentos desfinanciados ello supone que la ciudadanía ha pagado ese año 120 millones €.

Figura 1.- Evolución de la aportación de los usuarios en la Comunidad de Madrid



Fuente: Farm@drid

A la vez y según el barómetro Sanitario un 3,6% señala que no retiró algún medicamento prescrito por motivos económicos, eso supone, trasladado al conjunto de la población de la Comunidad de Madrid un total de 234.258 personas (es decir más habitantes que los de cualquiera de los municipios de la Comunidad si exceptuamos el de Madrid). Por supuesto y aunque pudiera parecer increíble la Consejería de Sanidad no ha realizado evaluación alguna sobre los efectos que ha tenido el incumplimiento terapéutico sobre estas personas.

Por otro lado el perfil de prescripción sigue siendo manifiestamente mejorable, como demuestra por ejemplo el porcentaje de genéricos prescritos que parece estancado alrededor del 50% (52,56% en 2016 versus 52,62% en 2015) y muy lejos de los países de la UE y la OCDE

## La AP comunitaria

Aunque el contenido de la AP debería ser esencialmente comunitario y la actividad en la comunidad es, en teoría, tan importante como la propia actividad clínica, la realidad es que esta casi desaparecida en nuestra región, y las actividades que existen en este terreno son más bien testimoniales, en parte porque existe una elevada presión

asistencial y una gran escasez de recursos humanos, y también porque un sector de los profesionales han perdido el enfoque comunitario de la AP

### **Urgencias en AP**

Las urgencias en AP se atienden en el horario normal de funcionamiento de los Centros de Salud mediante sistemas establecidos al efecto en cada uno de ellos y en 40 Servicios de Atención Rural (SAR) que atendieron en 2015 un total de 298.536 consultas.

### **Participación comunitaria**

Sin ninguna duda la gestión de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid tiene muchas asignaturas pendientes. Y todas ellas urgentes. Este informe es una muestra fidedigna de esto que decimos. Una de esas asignaturas, de cuya necesidad no cabe dudar, es la de la participación. Hablo naturalmente de la participación de la sociedad civil –usuarios, organizaciones y ciudadanos en general. Creemos que esta participación, es decir la creación de un cauce a través del cual la sociedad civil organizada pueda colaborar y participar en la sanidad pública madrileña es hoy más necesaria que nunca, y ello es especialmente importante en la AP y a nivel de las zonas básicas de salud.

Ahora bien, entendemos que en cualquier sociedad democrática desarrollada, la participación en la gestión sanitaria, además de necesaria, es, sobre todo, un derecho. Los ciudadanos-as, las organizaciones que representan o defienden la sanidad o los usuarios en definitiva, **tienen** derecho a participar en algo tan fundamental para todos como es la salud de la comunidad. Naturalmente cuando hablamos de participación ciudadana, estamos hablando de participación real, es decir la posibilidad de que los ciudadanos puedan tener acceso a niveles de información – transparencia en la gestión, constituir grupos de trabajo autónomos que puedan evaluar y dictaminar la situación sanitaria de un determinado territorio, y que puedan, con propuestas y alternativas concretas, incidir en la solución o mejora de la gestión sanitaria pública. Lo que no es admisible ni aceptable es la idea, por decir algo, que tienen algunas administraciones públicas de la participación, consistente en la organización de visitas guiadas –cuasi turísticas- a los centros sanitarios de grupos de ciudadanos previamente elegidos por sorteo, eso sí democrático claro está (el sorteo). Sin llegar a esta especie de burla impresentable, tampoco es aceptable, por inocuo, los “modelos” de participación puestos en marcha por algunas comunidades autónomas vía consejos de participación. En realidad en estos consejos la participación se limita, en la mayoría de los casos, a refrendar, o rechazar, porque así lo exige la legislación, las decisiones que toma el Gobierno Autonómico de turno, pero sin participación real, puesto que las decisiones que se puedan tomar están predestinadas de antemano, ya que la mayoría de sus miembros han sido elegidos por el Gobierno autonómico, como por otra parte parece lógico si nos atenemos a la lógica democrática. Por lo demás es cierto que cabe la posibilidad de presentar propuestas o rechazar en un determinado momento ciertas disposiciones legales, pero no deja de ser algo testimonial. Así que sin llegar al “turisteo” sanitario ya mencionado más arriba, la opción de los consejos de participación puestos en marcha por algunas administraciones, más que animar la participación real, parece buscar una suerte de representación que la justifique formalmente.

Por desgracia, en nuestro país no existe voluntad política alguna de implementar un modelo de participación sanitaria real (según el último índice publicado, año 2014, por el Euro Health Consumer Index (EHCI) y en el que participaron 38 países europeos ya sólo existían cuatro países que no contarán con la participación ciudadana en las decisiones sanitarias: Grecia, Montenegro, Hungría y España) ya sea porque no creen necesario esta participación o simplemente por miedo.

Nosotros, sin embargo, seguimos reivindicando la necesidad de una participación real de los ciudadanos en la gestión de la sanidad pública madrileña. Una participación que parta de la base de que los problemas de la salud no son sólo, ni únicamente, la asistencia médica, que debe contar con todos los sectores sociales, que tenga un carácter cooperativo. En definitiva, y como hemos dicho antes, una participación concebida como un derecho, que de voz y voto a los ciudadanos y que los incorpore al proceso de toma de decisiones de forma plena –y responsable-; autónoma pero al mismo tiempo integrada en las estructuras sanitarias: promoción de la salud; información y transparencia, organización de los recursos, gestión y control de los resultados.

Una participación no politizada, y que vaya mucho más allá de la derogación del RD 16/2012 del 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Se trata de participar para fomentar la sensibilización y la educación sanitaria, la promoción y la prevención, para incidir en aspectos alimenticios y saludables. Una participación real al servicio de la sociedad. En la Comunidad de Madrid la aprobación de la *LEY 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud* abre alguna participación a nivel de las direcciones asistenciales, no en los centros de salud, pero en todo caso conviene recordar que 6 meses después de su publicación no ha tenido efectos prácticos concretos.

## Conclusiones

Para concluir sobre la situación de la Atención Primaria en Madrid podría utilizarse la frase que escribió Mariano José de Larra en 1837: *“Escribir en Madrid es llorar, es buscar voz sin encontrarla, como en una pesadilla abrumadora y violenta”*

En todo caso de todos los datos que hemos expuesto puede deducirse que:

- 1) La Comunidad de Madrid (CM) presenta un importante envejecimiento poblacional que requiere de una potente Atención Primaria que debería solventar más del 80% de las demandas de atención sanitaria de la población
- 2) La AP en Madrid está desfinanciada, y lo está más que en el conjunto del SNS que a su vez tiene una preocupante situación
- 3) El número de TSI en la CM por médico de familia, pediatra y profesional de enfermería es superior a la media del SNS y se ha incrementado desde 2010, siendo especialmente grave en el caso de enfermería que alcanza niveles incompatibles con una atención sanitaria de calidad.
- 4) El personal administrativo en Madrid ha disminuido en un porcentaje mucho mayor que en el SNS (probable resultado de las privatizaciones).
- 5) La frecuentación de los profesionales en AP es elevada, con una gran diferencia entre las 7 direcciones asistenciales.
- 6) El número total de consultas en AP disminuyó entre 2010 y 2015 mientras que paralelamente se incrementaron las urgencias hospitalarias
- 7) Las demoras en las citas de AP se han incrementado notablemente durante el periodo 2010-2017.
- 8) En 2018 el 66,67% de quienes pedían cita para MF la obtenían después de 24 horas frente al 26% en pediatría y el 33,18% en enfermería
- 9) Se encontraron grandes diferencias en cuanto a la densidad de profesionales por habitante y en las demoras en las citas según las direcciones asistenciales.
- 10) Es probable que las demoras en las citas expliquen el aumento de las urgencias hospitalarias y la disminución del número de consultas.
- 11) El gasto farmacéutico financiado por el sistema público se ha modificado poco en este periodo de tiempo
- 12) Lo que ha sucedido es que se ha trasladado el gasto público a privado por los copagos del RDL 16/2012
- 13) De resultados de ello un porcentaje importante de personas en la CM (3,6%, alrededor de 234.000 personas) no puede retirar los medicamentos prescritos con

los efectos negativos que ello producirá en su salud y la inequidad por motivos económicos en el acceso a la prestación farmacéutica.

- 14) En este periodo se produce también un estancamiento en el porcentaje de genéricos
- 15) Aunque la actividad de las unidades de apoyo se ha incrementado, es claramente insuficiente y presenta demoras muy elevadas.
- 16) La situación de fisioterapia (71,04 días de promedio, 100% más de 15 días y 54,83% más de 60 días) es simplemente escandalosa
- 17) La odontología infantil también presenta demoras excesivas (63,61 días; 18,18% más de 60 días)
- 18) Pese a todo la ciudadanía tiene buena valoración de la AP y prefiere claramente la AP pública
- 19) Con todo en 2016 (ultima vez que se realizó la pregunta en el Barómetro Sanitario) un porcentaje muy elevado creen que el funcionamiento de la AP empeoro en los últimos 5 años.

Finalmente conviene tener en cuenta las amenazas que penden sobre la AP madrileña derivadas de las privatizaciones y los intentos de ampliarlas a la AP, las derivaciones de pruebas y consultas a especialistas mediante el “centro de llamadas”, la ruptura de la zonificación impuesta por el área única, la privatización de las pruebas de laboratorio de una gran parte de los centros de salud en la concesión a Ribera Salud (que por cierto debería cancelarse o renovarse este año), y la implantación de modelos economicistas como el autodenominado “centros en transición”, etc.

## Recomendaciones

Desde el Observatorio Madrileño de Salud entendemos que la situación de la Atención primaria en la Comunidad de Madrid es altamente preocupante, y es el resultado de una política de recortes, deterioro, desmantelamiento y privatización de la Sanidad Pública ejecutada por los distintos gobiernos del PP en la Comunidad, a veces de una manera muy agresiva y otras de manera mas solapada. En estas circunstancias creemos que debe de producirse un cambio radical de la política sanitaria de la región, y en este sentido creemos que es urgente y necesario:

1. Recuperar las Áreas Sanitarias para poder fomentar la atención comunitaria, integrar los recursos sanitarios a nivel de área y mejorar las relaciones entre AP y especializada.
2. Financiación suficiente de la Atención Primaria, en el objetivo de dedicar el 25% del presupuesto sanitario a AP
3. Incrementar la dotación de recursos humanos de la AP: un profesional de medicina de familia y de enfermería por cada 1.000 habitantes y un pediatra por cada 1.000 habitantes menores de 14 años, garantizando la atención pediátrica en todas las localidades de la Comunidad de Madrid, lo que supone incrementar en 400 medic@s y 2.000 profesionales de enfermería la dotación de AP:
4. Recuperar las citaciones desde las unidades administrativas de los centros de salud.
5. Disminuir las desigualdades en dotación de entre las Direcciones Asistenciales.
6. Garantizar las actuaciones de prevención y promoción desde la AP, con cobertura a toda la población
7. Garantía de citación en AP en 24 horas en el 75% de los casos, ampliándolo al 100% en una legislatura
8. Dotación suficiente de las unidades de apoyo para garantizar citaciones con un máximo de 15 días de demora (no menos de 0,2 odontólogos, higienistas y fisioterapeutas /1000 TSI)
9. Mejorar la relación entre Atención Primaria y Especializada fomentando la protocolización común de los principales procesos diagnósticos y terapéuticos.
10. Promover la derogación del RDL 16/2012 y mientras se produce establecer sistemas de rescate para las personas que no pueden hacer frente a los copagos, asegurándose de que nadie deja de acceder a una prestación farmacéutica necesaria por problemas económicos
11. Impulsar la utilización de medicamentos genéricos para conseguir que supongan un 75% de los envases prescritos, en este sentido seria de gran utilidad la generalización de la prescripción por principio activo.
12. Poner en funcionamiento consejos de salud, con participación de profesionales y población, en todas las zonas básicas de la Comunidad