

INFORME EJECUTIVO

DIAGNÓSTICO DE LA SALUD Y DEL SISTEMA
SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID



CAPÍTULO I. DETERMINANTES DE SALUD

En este apartado se analizan distintos aspectos tanto demográficos, socioeconómicos, hábitos y estilos de vida, el medioambiente y la siniestralidad laboral de la Comunidad de Madrid con distintas comparativas con el Estado español.

En el aspecto demográfico, la Comunidad de Madrid ha duplicado su población desde los años 70, siendo de 6.751.251 habitantes a fecha 1 de enero de 2021, de los cuales 3.305.408 se encuentran en la ciudad de Madrid. La población de mujeres es un 4,32% mayor que la de los hombres. La población de la Comunidad de Madrid representa el 14,25 % de la población de España.

En el año 2021 el grado de juventud fue un 5,56% mayor que el de envejecimiento. Esta diferencia era del 21,90% en 2010. La población de la Comunidad se envejece.

Desde la crisis económica mundial en 2008, la población de la Comunidad de Madrid aumentó en 479.613 habitantes, lo que supuso un incremento del 7,10%, siendo un 4,51% mayor que el incremento que se dio a nivel nacional en ese periodo de tiempo. La Comunidad de Madrid fue la que más población absorbió en el crecimiento poblacional de España.

La población empadronada extranjera en la Comunidad de Madrid en enero del 2021 representaba el 15% de la población total, siendo de 1.037.671 personas. La población extranjera de la Comunidad de Madrid representa un 19,18% de la población empadronada a nivel nacional. Se puede decir que 1 de cada 5 personas empadronadas viven en la Comunidad de Madrid. Los niveles de población extranjera están volviendo a los niveles existentes en el año 2008.

En el aspecto socioeconómico, la población ocupada en la Comunidad de Madrid ya superó los niveles de ocupación que había al comienzo de la crisis financiera global del año 2008. En diciembre del año 2021 la población ocupada ascendía a 3.175.600 personas. Se vuelve a los niveles de ocupación de antes de la crisis.

La tasa de actividad de la Comunidad de Madrid se encontraba en el cuarto trimestre del 2021 en un 63,06%, un 4,41% más alta que la tasa de España en ese mismo periodo.

La población desempleada de la Comunidad de Madrid disminuyó, llegando a los niveles de antes de la crisis del 2008, situándose en febrero de 2022 en 138.360 personas.

La tasa de paro de la Comunidad de Madrid se situaba en el cuarto trimestre del 2021 en un 10,12%, un 3,21% menos que la tasa de España en ese mismo periodo. La tasa de paro ya está en los mismos niveles que antes de la crisis financiera mundial de 2008, que se situaba en el 10,02%, mientras la tasa de empleo de la Comunidad de Madrid se encontraba en el cuarto trimestre del 2021 en el 56,68%, un 5,85% mayor que la tasa de España en ese mismo periodo, que fue del 50,83%.

En el año de la pandemia, 2020, el Producto Interior Bruto de la Comunidad de Madrid descendió en un 11% respecto al año anterior. En 2020 la cifra del PIB fue de 216.527 millones de euros, siendo la primera economía de España, por volumen de PIB, entre las comunidades autónomas. En términos relativos, el PIB per cápita de Comunidad de Madrid fue un 35,3% superior a la media nacional en 2020.

Diagnóstico de la Salud y del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid

El PIB per cápita de la Comunidad de Madrid en 2020 fue de 32.048 €, 4.001 € menor que el año anterior, que fue de 36.049 €. A nivel nacional en el año 2020 fue de 23.693, un 10,3% menor que en el año 2019. El PIB de la Comunidad de Madrid creció en 2021 un 6,5 %, representado el 19,3 % del PIB nacional.

El número de pensiones en la Comunidad de Madrid en enero de 2022 ascendió a 1.197.254. Sobre el año anterior aumentó en 540 y sobre el año 2020 el incremento fue de 19.846 pensiones. Este descenso significativo se debe a la mortalidad por los efectos del COVID 19 sobre la población mayor.

En 2020, el 20,9 % de la población residente en la Comunidad de Madrid estaba en riesgo de pobreza o exclusión social, lo que equivale a 1,4 millones de personas. En España el porcentaje se encontraba en un 26,4%, un 5,5% mayor que en la Comunidad de Madrid.

La cuantía mínima de la Renta Mínima de Inserción en la Comunidad de Madrid para una persona sin ingresos en 2022 es de 469,93 euros mensuales; en el País Vasco para el mismo año asciende a 727,41 €; en la Comunidad de Navarra a 658,37 €; y en Cataluña a 664 €. En enero de 2022 las familias perceptoras de la RMI en la Comunidad de Madrid ascendían a 6.099, siendo el 65,45% mujeres y el 34,55% hombres. Desde enero del año pasado a enero del 2022 las familias perceptoras disminuyeron en 7.317. Las familias perceptoras de las RMI están en continuo descenso, siendo sustituidas por el Ingreso Mínimo Vital.

En relación al Ingreso Mínimo Vital para el año 2022, la cuantía mínima es de 491,63 € mensuales. En el año 2021 en la Comunidad de Madrid estaban 931.673 personas bajo el umbral de la pobreza. En marzo de 2022 en la Comunidad de Madrid hay 42.345 prestaciones con 115.543 beneficiarios del IMV, de los cuales 63.506 son adultos y 52.037 menores. Esta ayuda solo dio cobertura al 9,43% de la población que se encontraba bajo el umbral de la pobreza. A nivel nacional se están otorgando 428.043 prestaciones, lo que suponen 1.064.609 beneficiarios.

La cobertura del Ingreso Mínimo Vital a personas bajo el umbral de la pobreza en la Comunidad de Madrid representa el 9,43 %. En el territorio nacional, la cobertura es muy desigual. Hay comunidades autónomas que únicamente tienen una cobertura menor al 6%, como Cataluña (5,36%), Baleares (5,37%), y otras que llegan a una cobertura del 24%, como es el caso de Navarra. Hay mucha diferencia en el grado de cobertura con el IMV en el ámbito nacional entre las Comunidades, estando la media en el 9,35%.

En los aspectos de hábitos y estilos de vida de la Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017, el 40,8% de la población adulta a nivel nacional y un 28,58% en la Comunidad de Madrid, declaró que en el transcurso de su actividad principal, permanecía de pie la mayor parte de la jornada, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos, mientras que el 38,3% a nivel nacional y un 58,89% en la Comunidad de Madrid, permaneció sentada.

Según la Encuesta Europea de Salud en España 2020, un 40,3% de mujeres se declaran sedentarias frente a un 32,3% de los hombres. El porcentaje más alto de hombres y mujeres que no se declaran sedentarios corresponde al grupo de edad de 15 a 24 años, siendo del 82,1% en hombres y un 68,1% en mujeres. El mayor porcentaje de sedentarios corresponde al grupo de 85 y más años, tanto en hombres (60,2%) como en mujeres (79,0%). A nivel nacional las mujeres se declaran más sedentarias que los hombres.

En relación con la obesidad, en la Comunidad de Madrid estaría afectada un 13,4% de la población de ambos sexos, un 13% en mujeres y un 13,9% en hombres. La Comunidad de Madrid tiene los porcentajes más bajos a nivel nacional de obesidad.

En la Comunidad de Madrid el 19% declara fumar a diario, el 3% es fumador ocasional, el 28 % se declara ex fumador y la mitad declara no haber fumado nunca. Entre los fumadores diarios las mujeres representan un 6 % menos que los hombres. Las mujeres son menos fumadoras que los hombres. Las mujeres que declaran que nunca consumen bebidas alcohólicas ascienden al 34,4 % y los hombres a un 13,47 %, siendo la diferencia del 20,9 % a favor de las mujeres.

En relación al medio ambiente, en el año 2020 un 11,8% de la población declaraba sufrir problemas de contaminación y otros problemas ambientales (humos, malos olores, aguas residuales, etc.).

En relación a la siniestralidad laboral, entre febrero de 2021 y enero de 2022 se produjeron en España 2.650 accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo (ATJT) por cada 100.000 personas trabajadoras. En términos absolutos se produjeron 495.195 accidentes, 71.324 más que en el periodo anterior (febrero 2020 enero 2021). La siniestralidad laboral en España aumentó un 14,4 % sobre el año 2020.

El índice de incidencia total de accidentes de trabajo en la Comunidad de Madrid entre febrero de 2021 y enero de 2022 fue de 2.114, un 16,9% más que en el periodo anterior, siendo el índice más bajo entre las Comunidades Autónomas. Se produjeron en ese periodo 61 accidentes mortales. Los accidentes de trabajo aumentaron en la Comunidad de Madrid en el último año.

En relación a las enfermedades profesionales en la Comunidad de Madrid se comunicaron 917 casos en 2021, lo que representa el 4,63% del total de casos a nivel nacional y de ellos 539, el 58,7% fue motivo de baja laboral y 378, el 41,3%, no causaron baja. Casi dos de cada tres enfermedades profesionales declaradas en 2021 en la Comunidad de Madrid fueron causantes de baja laboral.

CAPÍTULO II. INDICADORES DE NIVEL DE SALUD

En este capítulo se analizan aspectos de autopercepción de salud de los madrileños y madrileñas: la esperanza de vida, la mortalidad la morbilidad y distintos indicadores de la Ley de Dependencia de la Comunidad de Madrid, y del Estado español.

Sobre el estado de salud, los hombres de la Comunidad de Madrid declaran tener mejor estado de salud que las mujeres, según la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020. Los porcentajes más altos de valoración positiva del estado de salud (muy bueno, bueno) tanto en hombres como en mujeres corresponden a las personas jubiladas, 93,6% de hombres y 90,5% de mujeres. Le siguen las personas que están trabajando, 88,0% de hombres y 82,8% de mujeres.

La esperanza de vida al nacer en la Comunidad de Madrid en el año 1975 era de 74,46 años, 71,11 años en los hombres y 77,44 en las mujeres. En el año 2020 la esperanza de vida en la Comunidad

Diagnóstico de la Salud y del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid

de Madrid es de 82,33, la misma que la media a nivel nacional, siendo en los hombres de 79,45 años y en las mujeres de 85,05 años. La esperanza de vida es casi 6 años mayor en las mujeres que en los hombres.

Los fallecimientos en la Comunidad de Madrid en el año 2020 año (comienzo de la pandemia) ascendieron a 66.648, un 29,2% más que en el año 2019. El grupo de edad con mayor fallecimiento fue en el grupo de 80 a 89 años, con 24.188 fallecidos.

Continúa aumentando la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular metabólicos y de otras enfermedades crónicas: hipertensión arterial. La hipertensión es el problema de salud más frecuente. La prevalencia de diabetes casi se ha doblado en España desde 1993, con 4,1%, y 2017, con 7,8%.

La cifra de personas beneficiarias con prestación de dependencia a nivel nacional es de 1.222.185, a 28 de febrero de 2022.

En la Comunidad de Madrid a fecha 28 de febrero de 2022 hay 150.837 personas beneficiarias con derecho a prestación, representando un 12,3% del total nacional y 16.942 personas más que en la misma fecha del año anterior. En la Comunidad de Madrid hay 107.825 personas beneficiarias de prestación de Grado III y de Grado II.

En la Comunidad de Madrid hay un 7,22% de personas pendientes de recibir prestación a fecha 28 de febrero de 2022.

CAPÍTULO III. LEGISLACIÓN

El sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid se encuentra afectado legislativamente tanto a nivel Universal, Europeo, Estatal y Autonómico.

España se comprometió en el seno de las Naciones Unidas a hacer realidad la Agenda 2030, que tiene como finalidad el conseguir 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030. Uno de esos objetivos, el número 3, dice: “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*” a través de una financiación más eficiente de los sistemas sanitarios.

En la Unión Europea la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, proclamada en el año 2000 en Niza, reconoce en su artículo 35 que *toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Según se afirma a continuación, al definirse todas las políticas y acciones de la Unión Europea, se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.*

A nivel estatal la principal legislación con afectación en materia sanitaria serían la propia Constitución y la Ley 14/1986 General de Sanidad.

A nivel autonómico la principal legislación que afectaría a la sanidad madrileña sería la Ley Orgánica 3/1983, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, y la Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Diagnóstico de la Salud y del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid

La Ley General de Sanidad, Ley 14/1986), establece su financiación pública, universalidad y gratuidad; su descentralización autonómica y su integración en el Sistema Nacional de Salud (SNS). En definitiva, todas las personas tienen derecho a una atención sanitaria de calidad en condiciones de igualdad.

Aunque, la Ley 14/1986 Ley General de Sanidad, abrió la puerta a la concertación de “actividades sanitarias privadas”, estableciendo una doble vía para la acción concertada con centros y servicios sanitarios privados: la del concierto, prevista en el artículo 90, y la más intensa del convenio a que se refieren los artículos 66 y 67 de la citada Ley.

Esta “apertura” se materializó en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Esta Ley establece que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios puede llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho.

Por su parte, el Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid establece que corresponde a la Comunidad de Madrid el desarrollo legislativo, la potestad reglamentaria, y la ejecución en materia de sanidad e higiene, así como la coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.

La primera ley de la Comunidad de Madrid fue la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, llamada también LOSCAM. Entre sus artículos se puede observar que pretende ser una ley basada en los principios de equidad, igualdad, universalidad y solidaridad: desde una concepción integral del sistema que contemple la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención y la asistencia, no sólo de los madrileños, sino de las personas que se encuentren en su ámbito territorial. Pero en esta ley también hay que destacar que facilitaba la externalización de las prestaciones sanitarias.

Al establecer la separación entre las funciones de compra (que corresponde al Servicio Madrileño de Salud) y la provisión de servicios sanitarios (de la cual se hace cargo la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, la cual está formada tanto por proveedores públicos como privados), esto supone la generalización de pseudomercados y fomenta mecanismos de “competencia regulada entre centros”.

Una de las leyes más importantes para el impulso del proceso de externalización y privatización de la sanidad en la Comunidad de Madrid es la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid. En ella se habla de la libertad individual de elegir, en concreto de la libre elección de médica/o, enfermera/o y pediatra en la Atención Primaria sanitaria, y médica/o y hospital en Atención Especializada, excluyéndose esta elección en urgencias y en la atención domiciliaria.

Aunque fueron la Ley 8/2012, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas y los Presupuestos del año 2013, los mayores intentos de privatización de la sanidad madrileña, al pretender entregar a empresas privadas la gestión de seis hospitales y un número indeterminado de Centros de Salud de Atención Primaria. Aunque finalmente la movilización de la “Marea Blanca” y los tribunales paralizaron el proyecto.

Por último, un paso más en esta dirección de aprovechar la legislación para impulsar las concertaciones de servicios sanitarios, es la normativa comunitaria (Directiva 2014/24/UE), así como su posterior trasposición al ordenamiento jurídico español mediante la LCSP de 2017. En el caso de la Comunidad

de Madrid se quiere utilizar para continuar el proceso de legislar a favor de la externalización de servicios sanitarios el proyecto de Decreto desarrollado durante el año 2021, aunque ya se intentó en el año 2018, por el que se quiere regular la acción concertada de los servicios sanitarios en la Comunidad de Madrid.

El pasado diciembre, el Gobierno de la Comunidad de Madrid presentó un Anteproyecto de Ley Ómnibus, que entre las medidas que recogía estaba, en su artículo 44, la creación de la Agencia de Contratación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, un nuevo ente público, con plena capacidad jurídica y de obrar, y que actuará con sometimiento al Derecho Privado. Con esta medida, el Gobierno del PP en la Comunidad de Madrid crea un organismo independiente que podrá constituir o participar en cualquier entidad que adopte la forma de sociedad mercantil. Es decir una entidad que puede contratar de forma centralizada cualquier suministro, bien o servicio en materia sanitaria. Con el fin de la agilización de compras en situaciones de emergencia como la que aun vivimos en la crisis sanitaria pero que realmente quiere dar amparo legal a privatizaciones de la asistencia sanitaria

CAPÍTULO IV. PRIVATIZACIÓN SANITARIA

Quince años después de iniciado el proceso de privatización de la asistencia sanitaria pública y 21 después de las transferencias, puede concluirse:

- La apertura de 13 nuevos hospitales privados o semiprivados en la región no solo no ha supuesto un aumento de las camas de financiación pública, sino por el contrario una reducción de las mismas.
- El proceso de apertura de 13 nuevos hospitales, y el traslado de otro, contra toda lógica y de una manera aparentemente sorprendente, ha supuesto una reducción en el número de camas de la región (300 camas menos), pasando de 3,37 camas por 1.000 habitantes en 2010 a 3,09 camas por 1.000 habitantes en 2020 (el promedio de la UE es de 5,15 y el de la OCDE de 4,5 camas por 1.000 habitantes), siendo públicas 2,29 en 2010 y 2,05 /1.000 en 2020. Este hecho se debe en parte al cierre en paralelo de camas en los hospitales preexistentes.
- La Comunidad de Madrid no ha realizado una evaluación de estos centros y la ausencia de transparencia es la norma, existiendo poca información pública confiable. Es necesario reivindicar una total transparencia y publicidad sobre todos los datos de funcionamiento de estos hospitales.
- Los sobrecostes de los tres modelos privatizadores utilizados en la Comunidad de Madrid son bien patentes. El modelo PFI incrementa el coste entre 7 y 8 veces sobre la alternativa de construcción y gestión pública. El de gestión privada supone un sobrecoste en torno a 10 -11 veces. Por otro lado, los centros de gestión privada no sufren los recortes derivados de los recortes presupuestarios de las administraciones públicas y han continuado con una financiación incrementada durante las crisis.

- Existen numerosos casos detectados de aportaciones extrapresupuestarias y/o irregulares de financiación pública hacia estos centros, pero no se ha hecho un análisis sistemático de la situación. Hay que exigir una auditoria por parte de la inspección sanitaria y del tribunal de cuentas para conocer detalladamente la realidad.
- No hay un control público sobre el funcionamiento de estos centros y el cumplimiento de los contratos que mantienen con el sector público. Asimismo las sanciones por incumplimientos han sido poco relevantes y en pocos casos.
- El número de camas/1.000 habitantes y de trabajadores y trabajadoras por cama es significativamente inferior en estos centros respecto a los hospitales de gestión tradicional, lo que dificulta su capacidad para garantizar la atención sanitaria de calidad y evidencia que se prioriza la rentabilidad empresarial por encima de la calidad de la asistencia.
- Hay muchas pruebas de un deterioro sistemático de los centros de gestión tradicional, especialmente de los más cercanos a los nuevos centros, y del trasvase de pacientes hacia los centros privatizados, facilitado por la gestión del *call center* privatizado.
- Existe una experiencia dilatada de la práctica de selección de riesgos por estos centros de gestión privada, aunque los datos oficiales permanecen ocultos. Una vez más existe una gran opacidad en la información disponible, lo que obliga a exigir información pública y detallada de los trasvases de enfermos, incluyendo la complejidad de los mismos y las transferencias económicas que producen.
- No existe ninguna evidencia de mejora de la asistencia sanitaria en la región, a pesar de los ingentes recursos económicos destinados a los centros privatizados, tal y como se deduce de la opinión de la ciudadanía expresada en los Barómetros Sanitarios y en el aumento del número de personas en lista de espera quirúrgica (que han pasado de 27.672 en junio de 2005 a 90.317 personas en marzo de 2022).
- La pandemia del covid19 ha sido aprovechado por la Comunidad de Madrid para aumentar las privatizaciones en vacunaciones, hospitalizaciones, rastreadores, compras, etc., de una manera incontrolada y en más de un caso con sospechas de corruptelas y/o nepotismo.
- Entendemos que todos estos hechos son más que suficientes para exigir el final de la privatización sanitaria y la reintegración de los centros privatizados en la red de gestión pública del SERMAS, que está demostrando ser más eficaz y más eficiente a la hora de atender los problemas de salud de la población.

CAPÍTULO V. FINANCIACIÓN Y GASTO

En el presente capítulo se analizará la situación actual de la sanidad pública madrileña desde la perspectiva de la financiación y el gasto. La sanidad pública ha sido históricamente una de las cuestiones claves del modelo de Estado de bienestar que necesitamos y queremos, más aún

Diagnóstico de la Salud y del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid

después de la pandemia Covid-19, que constituye la mayor crisis sanitaria mundial, pero también social y económica, de los últimos tiempos, y como tal, nos ha mostrado la solidez del sistema sanitario público, sobre todo de sus profesionales, pero de igual modo nos ha mostrado unas carencias y vulnerabilidades que es urgente reforzar.

Previamente a la pandemia la sanidad pública madrileña arrastraba desde hace años deficiencias estructurales tanto en recursos humanos, como en infraestructuras y equipamientos técnicos, motivadas todas ellas por una visible falta de inversión pública en las mismas.

Unas políticas sanitarias caracterizadas por la puesta en marcha de las políticas neoliberales, que aunque con ritmos y énfasis diferentes, según los diferentes gobiernos, han tenido como objetivo prioritario el aumento de las externalizaciones y las privatizaciones,

Una financiación que ha ido menguando en la Comunidad de Madrid, en relación a las necesidades de la ciudadanía, bajo la justificación de la “sostenibilidad financiera”, un proceso que ya había comenzado anteriormente a la crisis económica de 2008 – 2014, pero se profundizó y aceleró durante la misma.

El gasto sanitario representa un gasto importante en los presupuestos de las comunidades autónomas. La Comunidad de Madrid, tanto en gasto sanitario por habitante como en gasto sanitario en función del PIB regional, se encuentra en los últimos puestos del *ranking*. En el caso de gasto sanitario por habitante, en la penúltima posición con 1.340 euros y en el caso de gasto sobre PIB regional, en la última posición con un 3,7%.

Reclamamos que el gasto sanitario público por habitante se aproxime a la media de las comunidades autónomas, llevando el gasto inicial de la Consejería de Sanidad hasta los 10.000 millones de euros y que de esa cantidad al menos el 25% se destine a la Atención Primaria.

El presupuesto de 2019 tenía como característica principal que recuperaba los niveles de gasto del año 2009.

En el periodo 2009–2014 los recortes más importantes sucedieron en dos capítulos del gasto. En primer lugar en el capítulo 1, correspondiente al gasto de personal, con un ajuste del 15,10% por dos causas; la bajada de los sueldos de los empleados y empleadas públicos, que tiene su máxima expresión en la reducción del 5% de 2010, y por el menor número de personas trabajando en la sanidad pública madrileña, una reducción de 5.850 trabajadores y trabajadoras menos.

En segundo lugar, el capítulo 6, correspondiente a las inversiones reales (construcción, rehabilitación o dotación de centros sanitarios), con un ajuste del 67%, que significó un descenso de 395 camas disponibles en los hospitales públicos madrileños y el estancamiento del número de Centros de Salud en 266 centros.

El único gasto en sanidad que se vio incrementado en estos años fue el gasto en externalizaciones de prestaciones sanitarias con medios ajenos, que aumentó en un 95%.

Los Presupuestos Consejería de Sanidad. Es histórico en la Comunidad de Madrid, que los presupuestos iniciales están muy por debajo de lo realmente ejecutado/gastado, con diferencias de

más de 600 millones de euros, en el caso del año 2020 hasta 2.600 millones más a causa de la pandemia provocada por el Covid-19. Por tanto, se presupuesta por debajo de lo realmente gastado el año anterior. Las mayores desviaciones de gasto se producen en el capítulo 2 “Gasto Corriente en Bienes y Servicios” y específicamente aquel gasto relacionado con el Material Médico Quirúrgico, los medicamentos hospitalarios y las externalizaciones con medios privados, todos ellos dentro del Programa 312A Atención Hospitalaria.

Por otro lado, frente a estas desviaciones al alta, se producen otras a la baja, concentradas en el capítulo 6 “Inversiones Reales” con la no ejecución de gran parte de las inversiones previstas. Hay que recordar que desde 2007 solo se han sumado 3 Centros de Salud al sistema sanitario madrileño.

En cada ejercicio presupuestario en sanidad se vienen arrastrando objetivos de anteriores ejercicios presupuestarios, como los Planes de Infraestructuras Sanitarias, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Por tanto serían promesas incumplidas por los distintos gobiernos regionales durante los últimos 15 años. En Atención Primaria llevan 5 ejercicios anunciando el mismo número de Centros de Salud para construir o reformar y la cifra no pasa de 266, e igual sucede con la Atención Hospitalaria, con el número de camas instaladas que ha pasado de 15.247 en el año 2010 a 14.199 en el año 2019, de las cuales estaban funcionando 12.664 camas.

La evolución del gasto de personal entre los años 2002 y 2008 fue un crecimiento continuo. A partir del año 2009 y hasta el año 2014, la remuneración de los asalariados se redujo en 525 millones de euros, un ajuste que equivale al 15,10% de la masa salarial de 2009.

La pérdida de personal alcanzó los 5.989 efectivos, según cálculos de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO Madrid. A partir de 2014 se ha recuperado la plantilla levemente, y como se observa en el cuadro el gasto en personal ha ido aumentando año tras año. Según las Memorias del SERMAS, al finalizar el año 2009 había 75.490 profesionales. Al finalizar el año 2019, había 73.570 efectivos, lo que significaba que una década después faltaban casi 2.000 efectivos.

A causa de la pandemia Covid 19 en los ejercicios presupuestarios de los años 2020 y 2021, se alcanzaron 83.600 y 83.480 efectivos respectivamente.

Según el Informe de Fiscalización de la Cuenta General de la Comunidad de Madrid, elaborado por la Cámara de Cuentas, el presupuesto del año 2019 lo cifra en 8.778 millones de euros, es decir 670 millones de euros por encima de lo presupuestado inicialmente.

Destacan los 407 millones más al capítulo 2 Gasto Corriente en bienes y servicios, y sobre todo los 35,3 millones más para la Fundación Jiménez Díaz (hospital externalizado a Quirón Salud), y por último 170 millones más en Material Quirúrgico, medicamentos de alto impacto y farmacia.

La prórroga de los Presupuestos 2020 y 2021. En los ejercicios presupuestarios del año 2020 y del año 2021, el Gobierno regional fue incapaz de aprobar nuevos presupuestos, siendo prorrogados, durante dos ejercicios, los aprobados para el año 2019. Es decir, que durante dos años el Gobierno madrileño prescindió del instrumento legal del que disponía para realizar las estimaciones de in-

gresos y gastos anuales, con la finalidad de planificar y ejecutar las políticas públicas, algunas tan importantes para la ciudadanía como la sanidad o la educación.

A lo largo del año 2020, con la llegada de la pandemia causada por el Covid-19, el presupuesto, que ya partía deficitario, como se ha comentado, se tuvo que modificar al alza para hacer frente a las consecuencias sanitarias de la pandemia hasta los 10.780 millones, es decir 2.615 millones, un 32% más, de los cuales se han reconocido hasta ahora 10.277 millones de euros.

Este incremento se debe, sobre todo, a las aportaciones extraordinarias procedentes del Gobierno central a través del Fondo Covid-19, que según datos de la propia Consejería habrían sido 2.163 millones de euros.

Aunque las ayudas extraordinarias totales procedentes del Estado habrían sido de 2.321 millones de euros, 837 millones de euros, bajo el epígrafe Excesos de Provisiones, se han destinado a pagar deudas, la mayoría con concesionarias. Es decir, que se ha destinado parte del dinero que ha venido del Estado a pagar deudas anteriores con concesionarias de servicios externalizados.

La pandemia además demostró el maltrato continuo que sufre la Atención Primaria. Se, debe recordar que durante la pandemia del año 2020 se cerraron más de 90 Centros de Salud. Aún hoy uno de cada seis centros de salud y consultorios de Atención Primaria permanecen cerrados. Aun así fueron el muro de contención que evitó un mayor desbordamiento en los hospitales y el colapso.

Los centros de salud madrileños estaban ya desbordados antes de la explosión del virus, como se venía denunciando desde el Observatorio Madrileño de Salud (conformado por organizaciones sociales, profesionales, sindicales y ayuntamientos). Denunciaban el terrible deterioro de la Atención Primaria a través de un manifiesto con treinta medidas para salvarla, que es salvar la sanidad pública ante los recortes presupuestarios. La Atención Primaria en Madrid posee el mayor número de usuarios asignados a por médico de familia, pediatra, profesional de enfermería y administrativo de toda España. Mientras la población de Madrid crece, las plantillas han ido disminuyendo con menos de un profesional médico o enfermería por cada mil habitantes, estimando que existe un déficit de 2.000 profesionales de enfermería y medicina de familia. Ante este déficit de personal, la Consejería decide cerrar 41 Centros de Salud.

El Presupuesto del año 2021 fue también prorrogado y aun no se dispone de la liquidación completa del SERMAS (que representa el 90% del mismo), por tanto sólo se puede indicar el presupuesto inicial propuesto, que fue de 8.284 millones de euros, 117 millones de euros más que el presupuesto inicial del año 2020, el 1,4% más, pero 2.508 millones de euros menos sobre lo realmente gastado en 2020, un descenso del 23%.

Toda ello, en el año donde se han producido 3 olas de contagios más, donde no se han vuelto abrir los SUAP cerrados y donde la saturación ha vuelto a ser la tónica de la sanidad madrileña.

Estos primeros datos de ejecución evidencian la infradotación de los presupuestos del año 2021, lo que ha supuesto un nuevo desbordamiento de la sanidad madrileña durante este último año, con la cuarta, quinta y tercera ola del Covid además de los tres procesos de vacunación.

Para el año 2022, se han estimado unos gastos que incrementan en un 8,6% el presupuesto apro-

Diagnóstico de la Salud y del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid

bado inicialmente para el año 2019 (693,2 millones de euros). Este incremento está por debajo de la media de incremento del conjunto del Presupuesto, que está en un 14,8%.

La situación es peor si se toma como referencia lo realmente gastado en el año 2019, que fueron 8.778 millones de euros (año pre pandemia) y que es prácticamente lo que se pretende gastar en 2022, es decir 8.784 millones de euros.

Es decir, en 2022 la sanidad madrileña va a disponer, en términos ajustados por la inflación, de menos fondos que antes de la pandemia, si bien debe afrontar todavía gastos derivados del COVID y sus consecuencias sobre el resto de la actividad sanitaria (como los retrasos acumulados en consultas e intervenciones), así como la necesaria readaptación a la situación post-COVID.

Por otra parte, en diciembre 2021, el portal de transparencia indica que casi 800.000 ciudadanos/as de la Comunidad de Madrid llegan a esperar hasta seis meses para que les llamen para ser operados/as, para someterse a una prueba diagnóstica o, simplemente, para que les atienda un médico en una primera consulta.

En conclusión, la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid, necesita una apuesta decidida por un modelo público de gestión directa, basado en un Plan de Salud Pública consensuado, que aborde de manera equitativa las necesidades sanitarias de los ciudadanos y ciudadanas, y que aporte recursos suficientes para el desarrollo y mejora de su calidad, además de asegurar el futuro de los y las profesionales de la sanidad, dotándoles de los medios necesarios. En definitiva, un modelo que acabe con el objetivo mercantilista y privatizador del Gobierno regional.

CAPÍTULO VI. RECURSOS SANITARIOS

Atención Primaria

- La Atención Primaria en Madrid está desfinanciada, y lo está más que en el conjunto del SNS, que a su vez tiene una preocupante situación. De resultados de ello el número de tarjetas sanitarias individuales en la Comunidad de Madrid 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. Asimismo, el personal administrativo en Madrid por tarjeta sanitaria individual es netamente inferior al promedio de las comunidades autónomas y ocupa el 6ª lugar del país.
- La frecuentación de los y las profesionales en Atención Primaria es elevada, con una gran diferencia entre las 7 direcciones asistenciales. El número total de consultas en Atención Primaria disminuyó entre 2010 y 2020 mientras que paralelamente se incrementaron las urgencias hospitalarias.
- Las demoras en las citas de Atención Primaria se han incrementado notablemente durante el periodo 2010-2022, agravándose con la pandemia. En noviembre de 2021 el 74,92% de quienes pedían cita para el médico de familia la obtenían después de 48 horas frente al 36,51% en pediatría y el 52,35% en enfermería. Se encontraron grandes diferencias en cuanto a la densi-

Diagnóstico de la Salud y del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid

dad de profesionales por habitante y en las demoras en las citaciones según las direcciones asistenciales. Es probable que las demoras en las citas expliquen el aumento de las urgencias hospitalarias y la disminución del número de consultas.

- Aunque la actividad de las unidades de apoyo se ha incrementado, es claramente insuficiente y presenta demoras muy elevadas. La situación de fisioterapia (71,04 días de promedio) es simplemente escandalosa. La odontología y las demoras en las recogidas de muestras de laboratorio también son excesivas (38,71 y 67,71 días respectivamente).

Atención Especializada

- El número de camas hospitalarias en la Comunidad de Madrid ha disminuido desde 2010, pasando de 3,33 a 3,12/1.000 habitantes, pero especialmente han disminuido las camas de hospitales públicos, y sobre todo en aquellos que conservan la gestión tradicional, de manera que solo hay 2,17/1.000 camas públicas, que serían 1,88/1.000 si se consideran solo las funcionantes, ya que en los centros públicos el porcentaje de camas en funcionamiento sobre las instaladas es netamente inferior al del sector privado (85,90% versus 89,69%). El hecho es especialmente significativo si se tiene en cuenta que desde 2010 se abrieron 11 hospitales nuevos en la región.
- El número de estancias hospitalarias/1.000 habitantes disminuyó, incrementándose el número de altas por una disminución de la estancia media. Paralelamente se incrementó el número total de consultas (+31,44%) pero sobre todo de las sucesivas, porque las primeras consultas solo aumentaron un 2% y estas sobre todo en el sector privado, con pocas consultas sucesivas. Asimismo, se incrementaron notablemente las urgencias/1.000 habitantes (+40,4%) pero evidentemente no la gravedad de las mismas porque el porcentaje de ingresos sobre urgencias disminuyó (-15,66%), si bien estos datos deben ser vistos con prudencia pues son anteriores a la pandemia.
- Las listas de espera en la Comunidad de Madrid continúan siendo un problema importante para la asistencia sanitaria. Más de 800.000 personas estaban en lista de espera (quirúrgica, de consultas externas y/o pruebas diagnósticas) en 2021. Las demoras totales para el diagnóstico y tratamiento de un problema de salud se sitúan por encima de los 8-10 meses. Por otro lado, existe una clara discriminación en el tiempo de demora para quienes se niegan a ser derivados a un centro privado.

Salud mental

- La Salud mental sufre un gran abandono en la Comunidad de Madrid, pues tanto los recursos hospitalarios como los recursos humanos de este área son muy escasos. Esto ha provocado que las listas de espera en Salud mental sean muy elevadas, debido también a que la demanda en atención psicológica ha aumentado, y, también, a que las consultas sucesivas hayan disminuido considerablemente.

Salud sexual y reproductiva

- Este área de la salud sufre graves deficiencias en cuanto a la atención, la tardanza y los recursos de los que se dispone. El primer problema es que no existe una educación sexual de calidad

en los centros escolares madrileños, pues a pesar de que la Ley Orgánica 2/2010 introduce la educación afectivo sexual como algo importante, esta se realiza desde la reproducción, lo cual hace que haya graves deficiencias en la enseñanza a los más jóvenes.

- Otro punto importante son los métodos anticonceptivos, los cuales también suponen un difícil acceso (a excepción de los métodos de barrera). Los métodos anticonceptivos hormonales (pastillas o parches) son los más utilizados, pues son los que menos tiempo de espera suponen, ya que los prescribe el o la profesional de Atención Primaria. En cambio, los métodos de larga duración (DIU, implantes, etc.) requieren la intervención de un ginecólogo, lo cual supone que la paciente deba esperar a ser atendida en Atención Especializada.
- También se hace complicada en ocasiones la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), pues cuestiones como requerir el consentimiento de los padres en menores de 16 y 17 años o el gran número de profesionales que trabajan en la sanidad pública que se niegan a practicarla (objeción de conciencia) hacen que este servicio sea poco accesible, y, por ende, con ello se favorece a las clínicas privadas.
- Esto mismo ocurre con las técnicas de reproducción asistida (TRA), pues se cuentan con muy pocos recursos en la sanidad pública que faciliten el acceso y la utilización de este servicio, y de nuevo, en este campo, son las clínicas privadas las que acaban siendo beneficiadas.

Atención sanitaria privada

- Al contrario de lo que pasa en la sanidad pública, la atención sanitaria privada ha aumentado tanto el número de personal, como las camas, pues existe un peso cada vez mayor del sector privado (especialmente el que funciona con financiación pública) y una significativa menor dotación del sector privado respecto al público. También se ha podido ver un aumento del 5,01% en los aseguramientos privados desde el año 2016 al 2020, que puede ser consecuencia tanto del desgaste que ha sufrido la sanidad pública por las diferentes leyes que la han atacado en los últimos años, como por la propaganda que se hizo de los seguros privados desde el Gobierno.

CAPÍTULO VII. COBERTURA SANITARIA

- La población asignada ha aumentado desde el 2012 un 5,34% y lo ha hecho en todos los grupos de edad, a excepción de los comprendidos entre los 0 y 6 años, lo cual se puede achacar a una baja natalidad. Existe un número de tarjetas sanitarias superior al de población censada.
- Las mutualidades de funcionarios tienen 348.790 personas beneficiarias (un 5,16% de la población madrileña) y mayoritariamente optan por el aseguramiento privado, aunque no hay datos desagregados para la Comunidad de Madrid.
- El aseguramiento privado en la región es muy elevado y ha tenido un gran incremento en los últimos años. En diciembre de 2020 el 36,65% tenía un seguro privado en la región y en 2021 se acercaba al 39%.

- A pesar de las nuevas regulaciones estatales siguen detectándose casos de desatención y/o dificultades para el acceso a la asistencia sanitaria de las personas no regularizadas.

CAPÍTULO VIII. RESULTADOS DEL SISTEMA SANITARIO

- A pesar de todos los intentos de empeorar la sanidad pública, en el barómetro de 2019 se puede ver cómo la mayoría de la población madrileña prefiere la Sanidad Pública para Atención Primaria, las consultas de Atención Especializada, la atención en urgencias y la hospitalización.
- En general los resultados del sistema sanitario se sitúan en la media de los del conjunto de las comunidades autónomas.

CAPÍTULO IX. POLÍTICA FARMACÉUTICA

- El gasto farmacéutico continúa incrementándose (33,57% desde 2014), sobre todo el gasto farmacéutico hospitalario (51,60%, desde 2014).
- La calidad de la prescripción farmacéutica en la Comunidad de Madrid es susceptible de una mejora importante, porque está cayendo el porcentaje de genéricos y el perfil de prescripción es manifiestamente mejorable.

RECOMENDACIONES

La inacción, la falta de compromiso con los servicios públicos y la persistencia en las políticas privatizadoras por parte del Gobierno Regional, unido al tremendo impacto que la pandemia provocada por el COVID-19 ha tenido en la sociedad madrileña, hacen que las recomendaciones que planteamos, tras el estudio y diagnóstico presentado, sean prácticamente las mismas que las realizadas en 2019.

1. Es necesario garantizar la transparencia económica, asistencial y de situación de la sanidad pública madrileña, por ello estimamos necesaria una web de transparencia de Salud y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, que ofrezca información actualizada de todos los aspectos relacionados con la salud y el Sistema Sanitación público de la Comunidad.
2. La Comunidad de Madrid precisa de una nueva Ley de Ordenación Sanitaria que sustituya a la LOSCAM de 2001, que acabe con las derivas privatizadoras, refuerce el Sistema Público, recupere las áreas de salud, garantice la universalidad y la accesibilidad de la atención sanitaria, impulse la Salud Pública y la participación efectiva de profesionales y ciudadanía.
3. Entendemos urgente la elaboración de un Plan de Salud de la Comunidad de Madrid que establezca Objetivos de Salud para toda la población, fomente la Salud Pública, la promoción y la prevención, ponga a la salud en todas las políticas, con enfoque de género, mejora del medio ambiente y la salud laboral, haciendo énfasis en la prevención de las enfermedades, la educación para la salud desde la escuela y la adecuación al ciclo vital y la situación social de las personas, con el objetivo de reducir la inequidad y las desigualdades en salud.
4. La Comunidad de Madrid necesita un presupuesto sanitario suficiente como instrumento eficaz para la gestión y planificación sanitaria. Para ello es necesario que, como mínimo, se sitúe en la media del gasto sanitario per cápita de las CCAA, 11.312 millones de euros.
5. Hay que impulsar decididamente la Atención Primaria madrileña dotándola de recursos y equipamientos suficientes para asegurar la mayoría de la asistencia sanitaria pública, fomentando especialmente sus aspectos comunitarios. Para ello se precisaría incrementar sus recursos humanos en 500 profesionales médicos, 2.000 de enfermería y 600 en el área administrativa. La Atención Primaria debe de recuperar las citaciones con los especialistas y las pruebas diagnósticas.
6. La saturación y presión en las urgencias hospitalarias ponen de manifiesto la necesidad de que permanezcan activos y en funcionamiento todos los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP) y las Unidades de Atención Domiciliaria (UAD) que el Gobierno Regional ha propuesto cerrar.
7. Hay que incrementar de manera significativa el número de camas hospitalarias/1.000 habitantes en la región, con el horizonte de alcanzar las 5 camas/1.000 habitantes. Este aumento debe realizarse en los centros sanitarios de gestión tradicional.
8. Deben asimismo aumentarse las camas de media y larga estancia de manera urgente (al menos 1.300 camas para alcanzar el promedio del país), para ello debería utilizarse el antiguo Hospital de Puerta de Hierro y las camas que se cerraron en los centros de gestión tradicional con las privatizaciones.

9. Puesta en marcha de un Plan de Infraestructuras y Equipamiento de la Comunidad de Madrid, que debe aprobarse en la Asamblea de Madrid, para potenciar y modernizar la Sanidad Pública, aprovechando los fondos europeos Next Generation para la Recuperación y la Resiliencia.
10. Hay que garantizar el aprovechamiento intensivo de todos los recursos tecnológicos de la Sanidad Pública y acabar con las derivaciones a los centros privados que deben tener un papel complementario del sistema público.
11. Hay que acabar con las privatizaciones e iniciar un proceso de recuperación de los servicios y centros privatizados, empezando por no renovar las concesiones realizadas a empresas privadas. Mientras se produce esta reversión debe realizarse un control sistemático y riguroso del cumplimiento de los respectivos contratos.
12. Deben de recuperarse las citaciones por la Sanidad Pública desde los equipos administrativos de centros de salud y hospitales.
13. Es necesario un control riguroso del gasto farmacéutico favoreciendo las compras centralizadas, las subastas de medicamentos, un aumento del porcentaje de genéricos, etc.
14. Es imprescindible garantizar la formación continuada de los profesionales por la Sanidad Pública, para ello debe recuperarse una agencia de formación de la Comunidad de Madrid.
15. Hay que desarrollar servicios esenciales que actualmente tienen grandes carencias, como, entre otros: la salud mental, los cuidados paliativos, los programas de salud sexual y reproductiva, la salud bucodental, la atención a pacientes con enfermedades raras, la atención domiciliaria y la fisioterapia.
16. Es imprescindible educar a los más jóvenes en la salud sexual y reproductiva, pues con ello conseguimos evitar tanto los embarazos no deseados como las ETS, y avanzar en una mejor educación en la sexualidad alejada de los estereotipos provenientes de la pornografía.
17. Se necesita una mayor facilidad en el acceso a anticonceptivos hormonales, pudiendo realizar áreas ginecológicas especializadas en los centros sanitarios públicos, así como una reducción en los precios de los mismos. Así como facilitar el acceso a tratamientos de reproducción asistida incrementando la financiación de estos. A la vez que la creación de clínicas públicas en las que se realicen interrupciones voluntarias del embarazo.
18. Es necesaria una nueva política de personal, basada en el respeto, el buen trato y en el diálogo. Se debe recuperar el empleo destruido así como promover la estabilidad laboral y los valores del servicio público. Es fundamental una mayor concienciación del personal con respecto a aquellos/as pacientes con necesidades especiales.
19. Es preciso poner en funcionamiento sistemas efectivos de participación social y profesional que fomenten el control de la población sobre la Sanidad Pública y su gestión. Esto implica la creación de un marco jurídico y organizativo que garantice la participación responsable y crítica de la ciudadanía y los/as profesionales de manera estable y segura.

