



Diagnóstico
de la salud
y del sistema sanitario
de la Comunidad de Madrid
Conclusiones y recomendaciones

Este documento ha sido elaborado por un grupo de trabajo constituido por:

- Comisiones Obreras de Madrid. CCOO. <http://www.madrid.ccoo.es/>
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid. FADSP. <http://www.fadsp.org/>

Con la colaboración de:

- Asociación de Planificación Familiar de Madrid. APFM. <http://apfm.es/>
- Asociación Madrileña de Salud Mental. AMSM. <https://amsm.es/>

Recopilación y colaboración técnica:

- Madalina Georgiana Crisbasianu.



• CONCLUSIONES Y TENDENCIAS IDENTIFICADAS

Determinantes de la salud.

- Una de las consecuencias de la crisis económica en la Comunidad de Madrid, como en el resto del país, ha sido la pérdida de población, fundamentalmente por el éxodo de inmigrantes.
- El 1 de enero de 2010, la proporción de inmigrantes era del 16.72% de la población de la Comunidad de Madrid. En mayo de 2017, esta proporción era del 13.1%.
- Entre 2007 y 2010 se produjo el mayor aumento en la tasa de paro que pasó del 6.38% en el 4º trimestre de 2007 al 15.75% en el mismo trimestre de 2010.
- El riesgo de pobreza aumentó también a nivel general en la comunidad, siendo más significativo en sectores de población con menor formación, en parados y hogares con 1 adulto y 1 o más dependientes.
- En 2016 se contabilizaron en Madrid 86.800 hogares en emergencia social, sin perceptores de ingresos, frente a las 45.100 familias en esa situación en 2007.
- Ha mejorado ligeramente el consumo de alcohol y tabaco según los datos publicados en 2018, a expensas fundamentalmente de la población más favorecida económicamente, que también ha contribuido a mejorar los datos en relación con el aumento de actividad física y el consumo de frutas.
- Sin embargo, el Índice de Masa Corporal (IMC), respecto a la obesidad, va en aumento desde 1987; en ese año alcanzó a un 7.4 % de la población del país frente al 17.4% alcanzado en 2017. Esto afecta en una proporción muy importante a la clase social más desfavorecida: la VI. Lo mismo se puede decir de la actividad física. El sedentarismo es más frecuente en la clase social VI.
- En cuanto al entorno, como referencia para la calidad ambiental que incide en la salud de la población, la Comunidad de Madrid supera las cifras de dióxido de Nitrógeno, CO₂ y partículas en suspensión.



- Con respecto a la salud laboral, que afecta a una parte importante de la población trabajadora, el estudio de la siniestralidad es uno de los aspectos más significativos a tener en cuenta. Los accidentes laborales disminuyeron de manera notable en los primeros años de la crisis, básicamente por el descenso de la población ocupada. Sin embargo, se observa un repunte muy importante a partir de 2012 como consecuencia de las políticas de ajuste aplicadas en nuestro país. Es significativo observar cómo, entre otros aspectos, la eventualidad en los contratos, la deficiente y escasa formación, la elevada rotación de los trabajadores y las empresas con servicios externos de prevención, inciden de manera significativa en el aumento de la siniestralidad.

Indicadores del nivel de salud.

- La autopercepción del estado de salud de las personas en la Comunidad de Madrid ha bajado un punto en 2017 con respecto a 2011, aunque esa percepción es más favorable entre las personas de clase social I (85.11%) que entre las de clase VI (67.01%).
- Lo que continúa aumentando es la esperanza de vida al nacer, que en Madrid se sitúa en los 84.01 años, debido fundamentalmente a la disminución de la mortalidad entre la población mayor de 50 años y especialmente de la de 70 y más años.
- Con respecto a la mortalidad, los tumores son la primera causa de muerte, seguidos de las enfermedades circulatorias y respiratorias.
- En cuanto a los datos de morbilidad recogidos en 2017, llama la atención el aumento significativo de la prevalencia de enfermedades de riesgo cardiovascular desde 1993: Hipertensión, Hipercolesterolemia y Diabetes.
- En niños, la enfermedad crónica más prevalente es la alergia seguida por el asma.
- Los cuidados informales a las personas dependientes recaen fundamentalmente en mujeres y dedican más tiempo a esta tarea las mujeres de clase VI que las de clase I.



Legislación.

- Se ha podido ver que las leyes, tanto en la Comunidad de Madrid como en el ámbito nacional, han ido dirigidas hacia el favorecimiento de la privatización, y por ende a dar un mayor protagonismo al sector sanitario privado. Pues tanto la LOSCAM, como la Lista de Espera Quirúrgica y la Ley de Libre Elección (con el Área de Salud Única) esconden tras ellas un afán por dar al sector privado una mayor atención.

La privatización sanitaria.

Once años después de iniciado el proceso de privatización de la asistencia sanitaria pública madrileña se puede concluir que:

- El proceso de apertura de 10 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 3,50 camas por 1000 habitantes a 3,33 camas/1.000 habitantes en 2016 (promedio de la UE 5 camas/1000 habitantes). Este hecho se debe 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 concesiones administrativas supone un sobrecoste del 14,95% anual y la concesión de la asistencia a un hospital privado ha presentado un incremento presupuestario del 25,04% anual.
- Existen numerosos casos detectados de aportaciones extrapresupuestarias 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 el 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 se desconoce, y se sospecha que no la habido, si se han aplicado sanciones por los numerosos incumplimientos conocidos.
- El número de camas/1.000 habitantes y de trabajadores 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 hacen recortes para mejorar la rentabilidad empresarial sin tener en cuenta 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.
- Asimismo hay 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, hay que 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 recurso 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 ciudadanos en lista de espera quirúrgica (que han pasado de 27.672 en junio de 2005 a 76.808 en octubre de 2018).
- Entendemos que todos estos hechos son más que suficientes para exigir el final de la privatización sanitaria y la reintegración de los centros privatizados así como, la Fundación Alcorcón y las Empresas Públicas Fuenlabrada y UCR 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.



Financiación y gasto.

- Los Presupuestos Sanitarios han sido insuficientes para garantizar una atención sanitaria de calidad a toda la población de la Comunidad de Madrid, la Comunidad de Madrid, es la cuarta por la cola en gasto per cápita sanitario.
- Siendo necesaria una puesta en marcha de una Central de Compras de Material Sanitario y Productos Farmacéuticos Hospitalarios, para así evitar los sobre costes y diferencias de precio entre hospitales
- Gran parte de los recortes en el gasto de la sanidad madrileña se han llevado a cabo reduciendo las plantillas y precarizando las condiciones laborales. Actualmente la tasa de temporalidad es del 33% y en el periodo 2010 – 2017 se han perdido 4.419 puestos de trabajo

Recursos sanitarios.

Atención primaria.

- La Atención Primaria en Madrid esta desfinanciada, y lo está más que en el conjunto del SNS, que a su vez tiene una preocupante situación. De resultas de ello el número de TSI en la CM por medic@ 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 ha disminuido en un porcentaje mucho mayor que en el SNS (probable resultado de las privatizaciones).
- La frecuentación de los 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 2015 mientras que paralelamente se incrementaron las urgencias hospitalarias.
- Las demoras en las citas de Atención Primaria se han incrementado notablemente durante el periodo 2010-2017. 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.

Se encontraron grandes diferencias en cuanto a la densidad 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, 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).

Atención especializada.

- El número de camas hospitalarias en la Comunidad de Madrid ha disminuido desde 2010, pasando de 3,33 a 3,17/1.000 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 2,19/1.000 camas públicas que serían 1,87/1.000 si consideramos solo las funcionantes, ya que los centros públicos el % de camas en funcionamiento sobre las instaladas es netamente inferior al del sector privado (85,62% versus 91,17%). El hecho es especialmente significativo si tenemos en cuenta que en estos años 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 (+ 23%) pero sobre todo de las sucesivas, porque las primeras consultas solo aumentaron un 2% y estas sobre todo el sector privado con pocas consultas sucesivas. Asimismo se incrementaron notablemente las urgencias/1.000 habitantes (+ 25%) pero evidentemente no la gravedad de las mismas porque el porcentaje de ingresos sobre urgencias disminuyó ligeramente (- 3%).
- Las listas de espera en la Comunidad de Madrid continúan siendo un problema importante para la asistencia sanitaria. Cerca de 600.000 personas estaban en lista de espera (quirúrgica, de consultas externas y/o pruebas diagnósticas) en octubre de 2018. 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 el personal sanitario de esta área son muy escasos. Esto ha provocado que las listas de espera en Salud Mental sean muy largas, debido también a que la demanda en atención psicológica ha aumentado, y también que las consultas sucesivas hayan disminuido considerablemente

Salud sexual y reproductiva.

- Esta 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 que encontramos 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 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 4,5% en los aseguramientos privados desde el año 2013 al 2016, 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.

Cobertura sanitaria.

- La población asignada ha aumentado desde el 2014, a excepción de los grupos de edad comprendidos entre los 0 y 6 años, lo cual podemos achacar a una baja natalidad. A su vez, el número de Tarjetas Sanitarias también ha sufrido un incremento en estos años, aunque existe un mayor número de población asignada que de tarjetas. Esto se atribuye principalmente a colectivos como inmigrantes o parados de larga duración, a los cuales, mediante el Real Decreto-Ley 16/2012 se les denegó la tarjeta.

Resultados del sistema sanitario.

- A pesar de todos los intentos de empeorar la sanidad pública, en el barómetro de 2017 podemos ver cómo el 66% de la gente encuestada elige la atención pública frente a la privada.



Política farmacéutica.

- Es necesario acabar con los copagos farmacéuticos, que han supuesto, desde su entrada en vigor una caída del consumo entre la población pensionista del 7,2%.
- El gasto farmacéutico continúa incrementándose, sobre todo el gasto farmacéutico hospitalario.
- La calidad de la prescripción farmacéutica en la Comunidad de Madrid es susceptible de una mejora prescriptiva.



• RECOMENDACIONES

1. Es necesario garantizar la transparencia económica, asistencial y de situación de salud de la Comunidad de Madrid (CAM), 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 sanitario 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 y la adecuación al ciclo vital y la situación social de las personas, con el objetivo de reducir las inequidad y las desigualdades en salud.
4. La Comunidad de Madrid necesita un presupuesto sanitario suficiente para que se conviertan en instrumentos eficaces de gestión y planificación sanitaria. Necesita unos presupuestos que como mínimo se sitúen en el promedio de los presupuestos per cápita de las CCAA para 2018 (9.119 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. 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.

7. 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.
8. Hay que realizar un Plan de Infraestructuras y Equipamiento de la Comunidad de Madrid que debe aprobarse en la Asamblea de Madrid y en el que debe de potenciarse la Sanidad Pública.
9. 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.
10. Hay que acabar con las privatizaciones e iniciar un proceso de recuperación de los 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
11. Deben de recuperarse las citaciones por la Sanidad Pública desde los equipos administrativos de centros de salud y hospitales.
12. Es necesario un control riguroso del gasto farmacéutico favoreciendo las compras centralizadas, las subastas de medicamentos, un aumento del porcentaje de genéricos, etc.
13. 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.
14. 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.
15. 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 ITS. Así como una mayor educación en la sexualidad que no provenga de la pornografía.



16. Se necesita que haya 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
17. 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.
18. 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 los ciudadanos y los profesionales de manera estable y segura.