

EL SISTEMA SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

INFORME 2021

CONCLUSIONES

Financiación y gasto

- 1) La Comunidad de Madrid esta situada en los últimos lugares en cuanto a gasto y presupuesto sanitario per capita. En 2018, ultimo dato conocido de gasto liquidado, ocupaba el penúltimo lugar entre las CCAA en cuanto a gasto sanitario per capita, y en 2020 el ultimo en presupuesto destinado a la sanidad por habitante.
- 2) En 2021 la segunda prorroga del presupuesto de 2019 vuelven a colocarla en el último lugar en presupuesto por habitante, 376,3 € por habitante debajo de la media y 573,4€ por debajo de la comunidad autónoma que más dedica por habitante.
- 3) Esta subfinanciación se traslada a todos los apartados, pero especialmente a lo relativo a inversiones y a Atención Primaria(AP), a la que los presupuestos dedican el menor porcentaje de todas las CCAA (11,4% en 2018, 10,4% en 2019 y presupuestos posteriores).
- 4) Por otro lado es la que menos dedica a Sanidad en % del PIB (3,6% frente al 5,5% del total) y la que tiene menor recaudación fiscal en los impuestos cedidos (entre 2010 y 2019 dejó de recaudar 39.516 millones €, el 27,39% de esta cantidad no recaudada hubiera permitido homologar en este periodo el gasto sanitario por habitante en Madrid con el promedio de las CCAA)

Recursos y actividad

- 1) Los recursos humanos en AP en Madrid son insuficientes. El numero de TSI por profesional esta por encima de la media en todas las categorías y la situación empeora continuamente.
- 2) En 2018 había 2021 TSI por profesional de enfermería, 1.849 por profesional de medicina de familia, 1.121 por pediatra y 2.463 por administrativo/a, frente a 1.508, 1.581, 1.044 y 2.922 respectivamente en el total de las CCAA.
- 3) Asimismo el 50,4% de I@s medic@s de familia con más de 2.000 TSI del total del país se encontraban en la Comunidad de Madrid
- 4) Por otro lado la dotación de personal (TSI/ profesional), la frecuentación y la presión asistencial eran muy variables según las distintas direcciones asistenciales (DA)
- 5) Se ha evidenciado una disminución en el numero de consultas de AP entre 2010 y 2018 del 9,48% (el 8,23% en el conjunto del país) y un aumento de las urgencias hospitalarias del 27,62% en Madrid (el 16,96% en el total de las CCAA) en el mismo periodo, lo que cuestiona la utilización de la AP como primer escalón asistencial.
- 6) Las demoras en las citas en AP se han incrementado entre 2018 y 2019, en este ultimo año no lograron cita en 24 horas el 68,87% de quines la solicitaron en medicina de familia, el 47,37% en pediatría y el 42,8% en enfermería.

- 7) Estas demoras también se distribuyen de manera irregular según DA. En 2019 el máximo en % con citas en más de 14 horas en pediatría y enfermería se da en la DA Oeste y en medicina de familia en la Este. En todos los casos se trata de DA con menor nivel socioeconómico.
- 8) Existe también una baja dotación de las Unidades apoyo, con una densidad de profesionales por TSI muy baja y claramente inapropiada: Odontólogos: 0,022/ 1000 TSI; Psicólogos: 0,003/ 1000 TSI; Matronas: 0,03/ 1000 TSI; Higienistas:0,019/ 1000 TSI; Fisioterapeutas: 0,03/ 1000 TSI; y Trabajadores sociales: 0,018/ 1000 TSI
- 9) Como era de esperar las demoras en las mismas son elevadas, especialmente en fisioterapia (52,76 días de demora media), odontología (26,95 días) e higienista dental (17,55 días) con una gran variabilidad (hasta 180 días para odontología, 150 para fisioterapia y 120 para higienista).
- 10) Se ha producido un aumento en los recursos de cuidados paliativos (en AP y hospitalaria) pero todavía siguen sin cubrir la totalidad de las necesidades.
- 11) El número de camas hospitalarias de la Comunidad de Madrid es bajo (3,10/1.000 habitantes frente a 3,29 del conjunto del país), más aún si se compara con los estándares internacionales (5,3 UE, 4,5 OCDE). Pese a ello ha disminuido en Madrid en los últimos años (- 8,41% entre 2010 y 2018).
- 12) Las camas de titularidad pública son 2,11/ 1.000 habitantes, pero las camas disponibles son menos si tenemos en cuenta las camas en funcionamiento sobre las instaladas (1,83), que además son menos en los centros públicos respecto a los privados en la región (86,82 versus 91,56%) y menos en los centros públicos madrileños que en los del conjunto de las CCAA (90,23%). Es decir hay una infrautilización de los hospitales públicos que fomenta una mayor utilización de los centros privados que en el resto del país (90,51% de camas en funcionamiento).
- 13) En Madrid existe además una preocupante escasez de camas de media y larga estancia (0,11/1000 habitantes, 0,32 en España, 1,25 en la UE)
- 14) Existe un incremento en la dotación de quirófanos, mayor en la Comunidad de Madrid que en España. También un aumento significativo de la dotación tecnología de RM, TAC, PET y mamógrafos, pero este aumento es más significativo en términos proporcionales en el conjunto del país que en la Comunidad de Madrid.
- 15) En cuanto a los trabajadores hospitalarios por mil habitantes, hay un leve incremento en la Comunidad de Madrid, y un incremento ligeramente mayor en el resto del país. Sin embargo, existe una diferencia llamativa de trabajadores según la titularidad de los centros, ya que en los centros públicos hay 10,2 trabajadores por cada mil habitantes, frente a 2,55 en los centros privados. La diferencia es mayor cuando se analiza lo que ocurre con los profesionales médicos (1,9 en hospitales públicos por cada 1000 habitantes, y solo 0,33 en los hospitales privados) y de enfermería (3,05 versus 0,64). Lo que da cuenta de que los centros públicos tienen más personal total (1,87 por cama) médico (2,5 por cama) y de enfermería (2,25 por cama), evidenciando una situación preocupante en el sector sanitario privado.

- 16) El número de estancias por 1.000 habitantes disminuyó en la Comunidad de Madrid un 8,28%, más que en el conjunto de país en donde hubo una disminución de un 6,3%. Las altas por mil habitantes también aumentaron en la Comunidad de Madrid (2,88%) levemente más que en el promedio español (2,18%). Además, disminuyó la estancia media más que en promedio estatal (-10,78 % frente a -8,37%).
- 17) El número de consultas por 1.000 habitantes aumentó de manera importante en la Comunidad de Madrid (26,58%), más que en España (19,54%). Este incremento se ve en mucha mayor medida en los centros privados (81,7%) que en los públicos (8,47%).
- 18) Se evidencia un ligero aumento de la actividad en pruebas diagnósticas de radiología y laboratorio, pero muy inferior al crecimiento de la población madrileña.
- 19) Los datos oficiales de la Lista de espera quirúrgica en agosto de 2020 señalan que se ha producido un aumento de 16,72 días, si bien tanto en esta como en la lista de espera de consultas se evidencia que no se contabilizan las personas que vieron anuladas sus citas durante la pandemia (por ejemplo la Comunidad reconoce que se anularon 93.001 intervenciones quirúrgicas) y que no se han producido entradas, lo que significa que la realidad es mucho peor de lo publicado.
- 20) Como ya se ha señalado la atención de urgencia en Madrid es muy elevada y se incrementa anualmente, sin que aumenten los ingresos desde urgencias, lo que significa que acuden a urgencias muchos problemas de salud que deberían atenderse en AP y no encuentran solución probablemente por las demoras elevadas.
- 21) La situación en salud mental y salud sexual y reproductiva es claramente insuficiente en la región.
- 22) El gasto sanitario privado en Madrid se sitúa en el 2º lugar de todas las CCAA después de Cataluña.
- 23) El número de profesionales sanitarios que trabajan en el sector privado disminuyó entre 2016 y 2018 en 20.299 personas (un 29%)
- 24) El sector privado tiene un elevado porcentaje del equipamiento de alta tecnología de la región (un total del 45%)
- 25) El número de personas con seguros privados en la región crece desde 2015, en 2019 un total de 2.216.948 (el 33,17% de la población) tenían un seguro privado.

Política farmacéutica

- 1) El número de recetas y el gasto por recetas en la Comunidad de Madrid mantiene una curva ascendente, con una bajada en 2012 debido a la aplicación del RDL 16/2012 que excluía medicamentos de la financiación pública y aumento los copagos.
- 2) Este aumento se ha mantenido con oscilaciones anuales (4,06% en 2015, 2,79% en 2019), y además como ya se señaló en el apartado de financiación con un escenario presupuestario que diseñaba una disminución del gasto farmacéutico con presupuestos menores que el gasto realizado el año anterior.

- 3) El gasto farmacéutico hospitalario ha crecido entre 2014 (primer año en que se facilita este dato) y 2019 en un 37,57%
- 4) El porcentaje de aportación de los usuarios se mantiene prácticamente estable desde 2013 (10,17% en 2018)
- 5) Lo mismo sucede con el porcentaje de genéricos 51,9% que ha bajado ligeramente desde 2015 y 2016 (52,6%), siempre lejos del promedio de la UE (62%)

Privatización

- 1) Madrid es la comunidad autónoma con mayor grado de privatización en 2020 según el Informe anual sobre privatización sanitaria realizado por la FADSP.
- 2) Los modelos de privatización hospitalaria son varios en Madrid: hospitales PFI (iniciativa de financiación privada) con 7 hospitales, concesiones administrativas con cuatro y cesión de la atención sanitaria de un área de población a un centro privado (Fundación Jiménez Díaz).
- 3) Todos ellos coinciden en un bajo número de camas por 1.000 habitantes, poco personal y costes muy elevados en comparación con los centros de gestión pública.
- 4) Por otro lado existe un laboratorio centralizado privatizado y un gran número de conciertos hospitalarios (Madrid es la 2ª comunidad autónoma en % de gasto en conciertos del presupuesto sanitario público).
- 5) Este modelo ha generado una importante deuda con el sector privado (280,8 millones en 2018).
- 6) Existe una presencia predominante de Fresenius (Capiro, Quirón) entre los centros privatizados lo que le dan una peligrosa situación oligopolística.

Salud Pública

- 1) la Salud Pública esta infradesarrollada e infradotada en la región, con una plantilla mínima y sin capacidad para desarrollar las funciones que tiene asignadas

Residencias de mayores

- 1) En Madrid el 76,5% de las plazas de residencias son privadas (72,8% en el conjunto del país) y están en el 45,3% de los casos en centros con más de 100 plazas (22,9% en el promedio español). La proporción de plazas en residencias públicas es realmente menor porque una parte importante de ellas están cedidas a la gestión privada.
- 2) Por otro lado la mayoría de las plazas privadas están en manos de grandes empresas en muchos casos multinacionales del sector.
- 3) Finalmente el control de la administración sobre las residencias es mínimo por lo que tienen poco personal y poco cualificado.
- 4) Las alternativas de atención domiciliaria tienen poca penetración (solo un 5,67% de la población mayor de 65 años recibe esta prestación en la región)

RECOMENDACIONES

La situación sanitaria de la Comunidad de Madrid antes de la pandemia, como se ha visto en los datos de este Informe, reunía todas las condiciones para un desastre ante cualquier estrés, estaba infrafinanciada, con un gasto farmacéutico creciente y sin control, una Atención Primaria jibarizada y falta de recursos con aumentos de las demoras en las citas, falta de camas hospitalarias, con elevadas listas de espera, con una creciente privatización que provocaba sobrecostes que hacían aún más insuficientes los presupuestos sanitarios y todo ello presionaba hacia un crecimiento de las derivaciones hacia el sector privado y del aseguramiento sanitario privado. Un modelo en transición desde un servicio público de salud hacia un sistema sanitario neoliberal cuyo paradigma es EEUU.

Lógicamente la crisis sanitaria de la covid19 hizo estallar todas las costuras del sistema sanitario público, desbordado y colapsado, que además fue el que hizo frente a la pandemia porque el sector privado se puso de perfil y atendió un porcentaje muy inferior de los casos que le corresponderían según su dotación de camas y aún así a los casos menos graves. Sin la respuesta de la Sanidad Pública, y pese a la notoria incompetencia del gobierno regional para gestionar la pandemia, la situación habría sido mucho mas grave.

Pero para abordar con garantías de éxito la situación actual y, sobre todo responder a las necesidades de salud de la población, necesitamos emprender con urgencia las siguientes propuestas:

1. Financiación y gasto

- 1.1. Hay que garantizar recursos suficientes a la sanidad Pública madrileña. Para ello y como primer paso se necesita homologar los presupuestos de 2021 al promedio del presupuesto por habitante de las CCAA, es decir 376 € por habitante más, lo que significaría 10.878 millones € de presupuesto sanitario.
- 1.2. En esos nuevos presupuestos debería garantizarse un aumento muy significativo de los dedicados a AP para llegar al 20% de los mismos y a Salud Pública, al menos el 2,5% del total.
- 1.3. Estos nuevos recursos podrían conseguirse fácilmente si se recuperan impuestos como los de patrimonio, donaciones y sucesiones con los estándares de las demás CCAA.

2. Recursos y actividad

- 2.1. Deben de recuperarse las áreas de salud en Madrid para integrar la totalidad de los recursos asistenciales y garantizar una coordinación y atención sanitaria de calidad, integral y equitativa a toda la población.
- 2.2. En la Comunidad de Madrid se precisa un aumento muy importante de los recursos humanos del sistema sanitario público. Especialmente en AP donde se precisan cuando menos 500

profesionales más de medicina, 5.000 de enfermería y 600 en las unidades administrativas. Por otro lado en las unidades de apoyo deberían de garantizarse unas ratios de 1 profesional/1.000 habitantes.

- 2.3. Hay que reducir la variabilidad en dotación de personal entre las áreas sanitarias y/o direcciones asistenciales
- 2.4. Debe asegurarse una cita en AP en un máximo de 24 horas cuando menos en el 95% de los casos.
- 2.5. Hay que desarrollar la actividad comunitaria, de prevención y promoción en la AP
- 2.6. Hay que aumentar el número de camas hospitalarias de la región para alcanzar las 5 por 1.000 habitantes, lo que supone un total de 13.281 camas más, que deberían de abrirse en centros de titularidad y gestión pública. De ellas al menos 5.000 deberían de ser de media y larga estancia.
- 2.7. A corto y medio plazo una parte importante de las mismas podría hacerse operativa, de manera rápida y a bajo coste, mediante la apertura de las camas cerradas en los centros públicos, la puesta en funcionamiento de los espacios no utilizados en los mismos (3ª planta del hospital de Vallecas, apertura torre 4 Hospital del Norte, reapertura y adecuación del antiguo hospital Puerta de Hierro, etc), así como la remodelación del actual hospital Isabel Zendal, para transformar, lo que ahora es un hangar con camas, en un hospital general con instalaciones adecuadas para tal fin.
- 2.8. Hay que garantizar una utilización intensiva de los recursos de la Sanidad Pública para lo que se precisa incrementar los recursos humanos en Atención Especializada.
- 2.9. Debe de potenciarse la dedicación exclusiva de los profesionales en el sistema sanitario público (AP y AE)
- 2.10. Debería ponerse en marcha un plan de recursos tecnológicos que permita establecer las necesidades de los mismos, su uso racional y equipos de electromedicina que permitan su adecuado mantenimiento y utilización, así como un sistema centralizado de compras.
- 2.11. Debe de ponerse en funcionamiento un plan integral de atención a las listas de espera, que asuma la atención a las mismas en un tiempo razonable, de acuerdo con la importancia de las patologías a atender, y que se base en la utilización intensiva de todos los recursos de los centros públicos.
- 2.12. Debería de efectuarse un diagnóstico de la situación de la atención especializada en la Comunidad de Madrid estableciendo los recursos necesarios y su distribución territorial.
- 2.13. Deben reforzarse los servicios de Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva de la región.
- 2.14. Deberían de establecerse estándares de calidad y sistemas de control del funcionamiento del sector sanitario privado.
- 2.15. Hay que integrar las mutualidades de funcionarios en la atención sanitaria pública para acabar con una inaceptable situación de discriminación actual.

3. Política farmacéutica

- 3.1. Hay que controlar y racionalizar el gasto farmacéutico en la región para asegurarse que su incremento es inferior al de los presupuestos sanitarios públicos. Especialmente hay que actuar en el control de gasto farmacéutico hospitalario
- 3.2. Se deben de incrementar la utilización de genéricos y biosimilares
- 3.3. Habría que realizar subasta de los medicamentos de uso más común para disminuir los costes.
- 3.4. Deben de regularse estrictamente los conflictos de interés entre profesionales e industria farmacéutica.
- 3.5. Hay que garantizar la formación continuada a sus profesionales por parte del sistema sanitario público, sin que intervengan, directa o indirectamente, empresas farmacéuticas

4. Privatización

- 4.1 Hay que paralizar las nuevas privatizaciones de prestaciones sanitarias
- 4.2. Deben de reintegrarse al sistema sanitario público los centros y servicios privatizados para lo cual el primer paso que debe realizarse, es la no prorrogación de los contratos en vigor
- 4.3. Debe de efectuarse una inspección y control riguroso del funcionamiento de los centros y servicios privatizados y exigir un estricto cumplimiento de los contratos.

5. Salud Pública

- 5.1 La Salud Pública necesita refuerzos de personal muy significativos (no menos de 2 trabajadores/1.000 habitantes y un aumento presupuestario (al menos un 2,5% del presupuesto sanitario)
- 5.2. Debe de mejorarse la relación y coordinación de los dispositivos de Salud Pública con la AP, AE y atención sociosanitaria, así como con las corporaciones locales

6. Residencias de mayores

- 6.1 Hay que incrementar notablemente la red de residencias públicas en la Comunidad con el objetivo de alcanzar al menos un 40% de las plazas residenciales en 5 años.
- 6.2. Debe realizar un control estricto de las condiciones de las actuales residencias y la intervención de las que no cumplan con los estándares de calidad.
- 6.3. Debe de mejorarse la relación entre las residencias y la AP favoreciendo el control y seguimiento desde los centros de salud.
- 6.4. Hay que promover residencias menor tamaño, con menos internos, y favorecer la puesta en funcionamiento de pisos asistidos
- 6.5. Debe de fomentarse la atención domiciliaria con el objetivo de llegar un 15% de la población mayor de 65 años.