

## II Diagnóstico de la Salud y del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid 2022

### **Introducción.**

En 2019, CCOO de Madrid y la Asociación en Defensa de la Sanidad Pública, tras un ingente trabajo de elaboración propia, publicamos el primer Diagnóstico de Salud del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

Tres años después nos hemos impuesto la tarea de acometer un trabajo que debería realizar el Gobierno Regional a través de la Consejería de Sanidad. Es muy preocupante que, a pesar del tremendo impacto que la pandemia provocada por el Covid-19 ha tenido en la ciudadanía y en la propia sanidad madrileña, el último Informe sobre el Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid sea de 2016.

Este Informe que presentamos tiene como objetivo analizar cómo ha evolucionado el sistema sanitario madrileño en su conjunto y la propia salud de la ciudadanía madrileña en estos tres últimos años, en los que la pandemia, indudablemente, ha tenido una incidencia brutal.

Un análisis que incorpora la situación y recursos de la sanidad pública, pero también del sector privado, del aseguramiento, de la siniestralidad laboral y de la normativa de aplicación en el sector sanitario madrileño.

Analizaremos la situación y el comportamiento de la sanidad pública en todos sus niveles, atención especializada, atención primaria y salud mental, y lo haremos tanto desde la perspectiva de la prestación del servicio público como desde el análisis comparativo con el resto de los recursos disponibles.

Y lo hacemos con la intención de evidenciar las fortalezas que tiene el sistema sanitario público madrileño, pero también para aflorar sus importantes carencias y, sobre todo, para poner de manifiesto la constante apuesta de los diferentes gobiernos del Partido Popular por la sanidad y el aseguramiento privados.

Un documento que analiza la actual situación, pero en el que se realizan propuestas concretas para revertir la actual situación de recortes, e incluso de maltrato institucional a la sanidad pública, cuyo último ejemplo han sido las trabajadoras y trabajadores de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

Finalmente, queremos volver a denunciar la opacidad, la falta de transparencia y la ausencia de cualquier tipo de participación ciudadana en el sistema sanitario público. En este sentido volvemos a exigir al Gobierno Regional la constitución del Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid, recogido en el artículo 41 de la Ley de Ordenación Sanitaria (LOSCAM), aprobada en 2001.

## 1. DETERMINANTES DE LA SALUD.

La pandemia provocada por el COVID-19, ha generado graves consecuencias y distorsiones sanitarias, económicas y sociales. A pesar de los buenos datos y las proyecciones económicas y macroeconómicas favorables para este año 2022 previsto para nuestro país antes de la guerra que está afectando a toda Europa, hará que todas las previsiones a nivel económico cambien sus indicadores que rebajaran las buenas expectativas de recuperación económica.

Este estudio pretende analizar y hacer una valoración de los factores determinantes de la salud, mostrar la situación actual de la población de la Comunidad de Madrid, en aspectos como la demografía, las migraciones, el paro, las desigualdades, el riesgo de pobreza, el nivel de vida, etc., tanto en España como en la Comunidad de Madrid.

### 1.1. Aspectos demográficos

La población de la Comunidad de Madrid a 1 de enero de 2021, es de 6.751.251 habitantes, de los cuales 3.305.408 se encontraban en la Ciudad de Madrid. La Comunidad duplicó su población desde comienzo de los años 70. Desde principio de Siglo XXI la población de la Comunidad aumento en 1.500.000 habitantes, siendo en la actualidad la tercera Comunidad en número de habitantes.

La población de la Comunidad representa el 14,25 % de la población de España que a fecha 1 de enero de 2021 es de 47.344.649 habitantes (avance provisional al 20 de abril). Esta cifra supone una disminución de 106.146 personas (un -0,2%) respecto a los datos a 1 de enero de 2020. Desde 2015 al año 2021 la población aumento en 314.255 habitantes, a una media de 52.376 habitantes por año. En España en ese mismo periodo de tiempo el aumento fue de 760.766, habitantes, lo que representa que el 41,30 % de ese aumento poblacional fue absorbido por la Comunidad de Madrid.

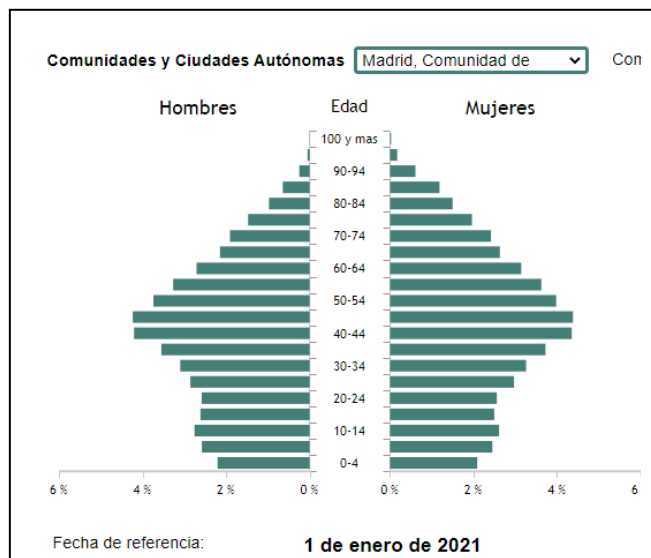
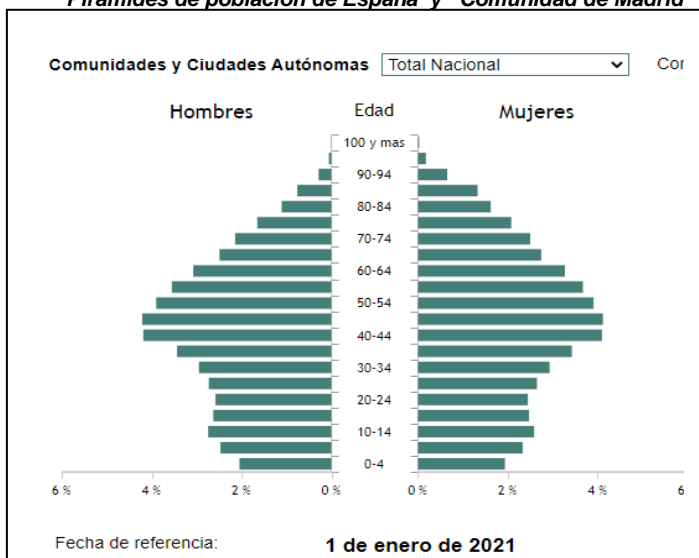
La proporción de hombres y mujeres en la Comunidad permanece prácticamente igual desde la década de los 70, siendo en 2021 mayor la proporción de mujeres con un 4,33 % equivalente a 291.851 mujeres. La población en 2020 año de la pandemia sobre el 2021 disminuyo en 28.637 habitantes. (Tabla. 1)

Evolución población por sexo, Comunidad de Madrid	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2021
Población oficial a 1 de enero <sup>(1)</sup>	6.751.251	6.779.888	6.663.394	6.578.079	6.507.184	6.466.996	6.436.996	
Hombres	3.229.700	3.243.793	3.187.312	3.147.872	3.115.522	3.098.631	3.087.022	
Mujeres	3.521.551	3.536.095	3.476.082	3.430.207	3.391.662	3.368.365	3.349.974	
Proporción de hombres	47,83	47,84	47,83	47,85	47,88	47,91	47,96	
Proporción de mujeres	52,16	52,16	52,17	52,15	52,12	52,09	52,04	

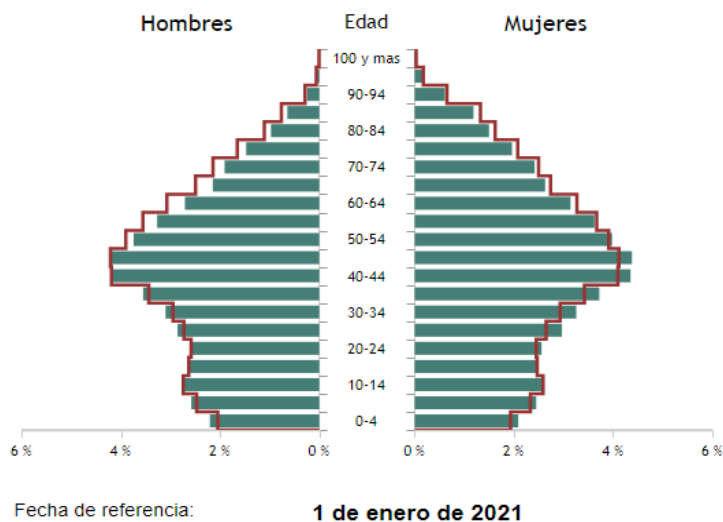
Tabla 1. Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid



**Pirámides de población de España y Comunidad de Madrid**



**Comparativa pirámides de población Comunidad de Madrid y España.**



En el Grafico 3, podemos ver que la población española aumenta en el grupo de hombres a partir de los 49 años en comparación con la población de la Comunidad de Madrid. Mientras que en el grupo de mujeres la población es significativamente algo mayor desde los 25 años hasta los 49 en la Comunidad de Madrid. Se puede decir que la población española

*Grafico 3. Fuente: INE. Estadística del Padrón Continuo*

En enero de 2021 la población empadronada extranjera en la Comunidad de Madrid, representaba el 15 % del total con 1.037.671 habitantes de los cuales los hombres representan el 52 % y las mujeres el 48 %. (Grafico 4)

La población empadronada extranjera está volviendo a los niveles del año 2008, año de la crisis financiera mundial. En el año 2021 la población era de 1.037.671 habitantes, 22.935 menos que en 2008. El año 2016 fue cuando menos personas estaban empadronadas en la comunidad con 826.085 habitantes. Entre los años 2011 y 2015, la población empadronada extranjera disminuyó en 241.385 habitantes un 21,57 % menos que el año 2010 que fue el de mayor población con 1.118.991 habitantes, (Grafico 5). Entre los años 2019 y 2020 fue el mayor crecimiento de dicha población con un 7,93%, mientras que entre los años 2013 y 2014 fue la máxima disminución con un 6,97 %. (Grafico 6)

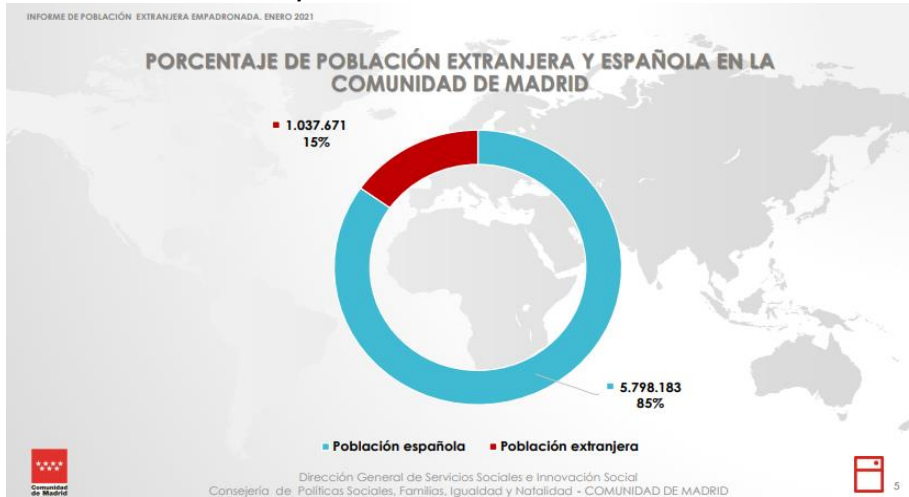


Grafico 4. Dirección General de Estadística Comunidad de Madrid



Grafico 5. Dirección General de Estadística Comunidad de Madrid

**Crecimiento Relativo Población Extranjera Empadronada interanual 2008 - 2021**



Grafico 6. Dirección General de Estadística Comunidad de Madrid

La población empadronada en el año 2021 extrajera menor de 29 años representaba un 35,42 % entre su población, mientras que la población española en este grupo representa el 29,85 %, lo que supone un 5,57 % menor.

La población extranjera a fecha 1 de enero de 2021 empadronada en España, se situaba en 5.407.822 habitantes representando el 11,4 % de la población de España, de los cuales el 50,1 % son hombre dos puntos más que en Madrid y el 49,9 % son mujeres, dos puntos menos que las mujeres de la población de Madrid . La población extranjera de la Comunidad de Madrid representa un 19,18 % de la población empadronada a nivel nacional.

## 1.2. Aspectos socioeconómicos.

La población ocupada en la Comunidad de Madrid ya supero 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. Desde 2012 la población ocupada aumento en 400.200 personas un 12,5 % más. Siendo el año 2013 el que menos población ocupada hubo en esta década con 2.666.400 personas. (Tabla 4), (Gráfico 7).

**Población ocupada total. Comunidad de Madrid.**

Año	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Media anual
2008	3.126,10	3.128,80	3.150,60	3.121,20	3.131,70
2012	2.837,30	2.840,80	2.822,50	2.775,40	2.819,00
2013	2.760,70	2.739,00	2.706,20	2.666,40	2.718,10
2014	2.636,10	2.688,50	2.746,20	2.789,00	2.714,90
2015	2.786,60	2.808,30	2.806,40	2.845,70	2.811,70
2016	2.817,00	2.831,00	2.833,00	2.860,80	2.835,40
2017	2.856,60	2.902,20	2.942,40	2.927,00	2.907,10
2018	2.948,90	2.987,40	2.991,70	3.035,60	2.990,90
2019	3.032,00	3.093,10	3.096,20	3.174,50	3.098,90
2020	3.147,00	2.962,60	3.005,30	3.067,50	3.045,60
2021	3.107,90	3.124,10	3.129,30	3.175,60	3.134,20

Tabla 4 . Fuente Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Unidad: Miles de personas.

Serie: Población ocupada - Total. Comunidad de Madrid



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Gráfico 7

La población parada de la Comunidad de Madrid mejoro los niveles de desempleo de antes de la crisis del 2008, situándose en febrero de 2022 en 138.360 personas. Desde 2012

el desempleo disminuyó en 526.140 personas, un 79,17 % menos. El año 2013 fue el año con más personas paradas con 685.500 personas. El año de la declaración de la pandemia del COVID-19 (11 de marzo de 2020), la población parada aumento en 127.700 personas, produciéndose en los años anteriores de esta década una disminución continua hasta llegar al año 2020, donde paso a ser de 480.000 personas. (Tabla 5), (Gráfico 8).

Población parada total. Comunidad de Madrid.

Año	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Media anual
2008	249,50	296,90	286,00	347,70	295,00
2012	629,10	641,40	629,40	664,50	641,10
2013	689,70	651,00	651,80	685,50	669,50
2014	677,00	631,80	583,60	612,30	626,20
2015	602,80	602,50	545,30	562,80	578,30
2016	569,40	549,20	507,40	489,10	528,80
2017	474,10	435,20	414,80	466,50	447,60
2018	456,20	410,30	402,50	396,20	416,30
2019	401,90	364,60	354,10	352,30	368,20
2020	373,00	427,50	459,10	480,00	434,90
2021	429,80	429,80	420,40	357,50	409,40

Tabla 5. Fuente Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Unidad: Miles de personas.

Serie: Población parada - total. Comunidad de Madrid

Miles de personas



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Gráfico 8

La tasa de actividad de la Comunidad de Madrid estaba 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 tasa de actividad no alcanza los niveles del año 2008 que se situaba en el 66,01 %, situándose en el momento actual en un 2,95 % menor que en dicho año, estando en una disminución constante en esta última década. En España esa disminución fue de un 1,7 %. (Tabla 6), (Gráfico 9).

<b>Tasa de Actividad C. de Madrid - España</b>		
<b>Año</b>	<b>C. MADRID - %</b>	<b>ESPAÑA %</b>
	<b>T-4</b>	<b>T-4</b>
<b>2008</b>	66,01	60,35
<b>2012</b>	65,03	60,23
<b>2013</b>	64,05	59,86
<b>2014</b>	64,82	59,77
<b>2015</b>	64,75	59,43
<b>2016</b>	63,18	58,95
<b>2017</b>	63,32	58,80
<b>2018</b>	62,94	58,61
<b>2019</b>	63,40	58,74
<b>2020</b>	63,33	58,19
<b>2021</b>	63,06	58,65

Tabla 6 . Fuente Instituto Nacional de Estadística

Gráfico 9

La tasa de paro de la Comunidad de Madrid se encontraba 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 del 2008 que se situaba en el 10,02 %, situándose un 0,10 % mayor que en dicho año, pero con una disminución constante en esta última década, bajando del 19,32 % en 2012 al 10,12 %. En España la tasa de paro en el cuarto trimestre del 2021 se encuentra en un 13,33 %, situándose casi en la misma tasa que en el año 2008. En España la tasa de paro bajo en esta última década un 12,44 %, pasando del 25,77 % al 13,33 % en 2021. (Tabla 7), (Gráfico 10)

<b>Tasa de paro C. de Madrid - España</b>		
<b>Año</b>	<b>C. MADRID - %</b>	<b>ESPAÑA %</b>
	<b>T-4</b>	<b>T-4</b>
<b>2008</b>	10,02	13,79
<b>2012</b>	19,32	25,77
<b>2013</b>	20,45	25,73
<b>2014</b>	18,00	23,70
<b>2015</b>	16,51	20,90
<b>2016</b>	14,60	18,63
<b>2017</b>	13,75	16,55
<b>2018</b>	11,54	14,45
<b>2019</b>	9,99	13,78
<b>2020</b>	13,53	16,13
<b>2021</b>	10,12	13,33

Tabla 7 . Fuente Instituto Nacional de Estadística

Gráfico 10

La tasa de empleo de la Comunidad de Madrid se encuentra 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 %. La tasa de empleo en la Comunidad se encuentra un 2,71 % menor que en el año 2008, la tasa de empleo no deja de subir en esta última década, con una bajada de 1,92 % en el año de la pandemia. En España la tasa de empleo subió en esta última década un 6,12 %, pasando del 44,71 % en 2012 al 50,83 % en 2021. (Tabla 8)

Tasa de empleo C. de Madrid - España

Año	C. MADRID - % T-4	ESPAÑA % T-4
2008	59,39	52,03
2012	52,47	44,71
2013	50,95	44,46
2014	53,15	45,61
2015	54,06	47,01
2016	53,96	47,97
2017	54,62	49,07
2018	55,68	50,14
2019	57,06	50,64
2020	54,76	48,81
2021	56,68	50,83

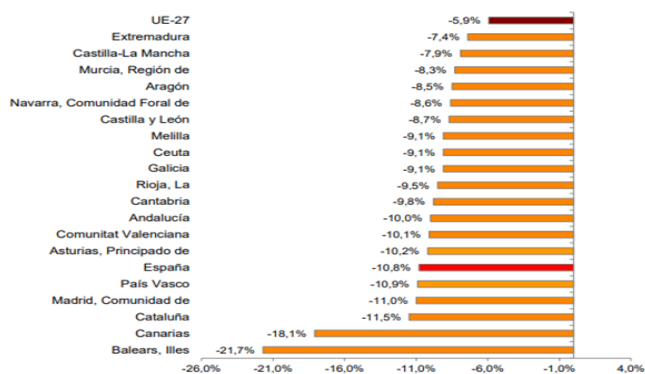
Tabla 8. Fuente Instituto Nacional de Estadística

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, el de País Vasco fue de un 28.3 % y el de la Comunidad

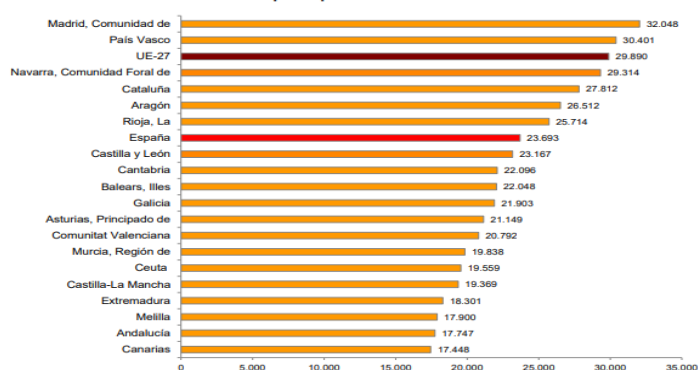
El PIB per cápita de Madrid en 2020 fue de 32.048 €, 4.001 € menor que en 2019 que fue de 36.049 €, y solo 1.169 € más que en el año 2010 cuando el PIB per cápita en Madrid era de 30.879. El PIB per cápita a nivel nacional en el año 2021 fue de 25.410 €, 1.720 € más que en 2020 que fue de 23.690 €, con un crecimiento de un 5,1 %, en la Comunidad de Madrid creció un 6,5 %, representando el 19,3 % del PIB nacional. (Gráfico 12)

La diferencia entre la primera y la última Comunidad en el PIB per cápita en el año 2020 fue de 14.600 € y corresponde a la Comunidad de Madrid y de Canarias.

Tasa de crecimiento anual del PIB en 2020 en términos de volumen



PIB per cápita en euros. Año 2020



(Gráfico 11)

(Gráfico 12)

El número de pensiones en la Comunidad de Madrid en enero de 2022 asciende a 1.197.254, sobre el año anterior aumento en 540 y sobre el año 2020 el aumento fue de 19.846 pensiones.

En el año 2022, 803.204 corresponden a pensiones de jubilación, 271.902 de viudedad, 83.640 de incapacidad permanente, 35.779 de orfandad, y 2.729 de favores familiares. La nómina mensual en el pago de dichas pensiones supuso un importe de 1.518.062.557,63 €, en el mes de enero de 2022.

En 2020 el 20,9 % de la población residente en Madrid estaba en riesgo de pobreza o exclusión social, lo que equivale a 1,4 millones de personas, una variación de 1,9 puntos porcentuales mayor comparado con el año anterior, según la Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística. En España en 2020 el porcentaje se encontraba en un 26,4 %, 5,5 % mayor que en la Comunidad de Madrid. (Gráfico 13)

El 16 % de los hogares en la Comunidad de Madrid quedan por debajo del umbral de la pobreza severa tras pagar los gastos de la vivienda, lo que sitúa a más de 400.000 familias con una reducida capacidad económica para terminar el mes. El desempleo que afecta a toda la familia se ha incrementado un

Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social en Comunidad de Madrid VS España



(Gráfico 13)

Según el indicador europeo AROPE, el riesgo de pobreza de los habitantes de Madrid en 2020 es de un 15,4 %, en carencia material severa un 6,9 % y de baja intensidad en el empleo del 6 %. Desde el año 2010 el riesgo de pobreza aumentó en la Comunidad un 6,9 % y la carencia material severa un 30,2 %. Las tasas de desempleo son particularmente elevadas entre las personas menores de 25 años (33 %).

El riesgo de pobreza o exclusión social ha crecido un 10 % en un año. Mientras que a nivel nacional el aumento ha sido del 4 %. La pobreza es una realidad estructural en nuestra región y se encuentra estancada. En la última década no ha bajado nunca del 19 %. (Tabla 9)

Tabla. Tasa de riesgo de pobreza.

COMUNIDAD DE MADRID	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	% Diferencia 2019-2020	% Diferencia 2010-2020
Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social	19,3	20,5	21,7	20,6	19	19	20,9	10	8,3
En riesgo de pobreza	14,4	15,1	18,2	16,9	16,1	15	15,4	2,07	6,9
Con carencia material severa	5,3	5,7	4,3	5,4	4,7	4,5	6,9	53,3	30,2
Viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo (de 59 años)*	5,6	10,05	10,4	9,2	6,5	6,8	6	-11,8	7,1

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida INE. Elaboración Secretaría de Políticas Sociales y Diversidad CCOO Madrid

Tabla 9.

Los hogares con retrasos en el pago de la vivienda han aumentado en el último año un 53,8 % y los que no pueden mantener la vivienda a temperaturas adecuadas un 42 %. Cerca de un 30 % de los hogares madrileños no tienen capacidad de afrontar imprevistos, más de un 25 % respecto al 2019 de los hogares que no pueden comer carne, pollo o pescado al menos cada dos días. (Tabla 10)

Tabla de Indicadores Básicos.

Indicadores básicos.	2019	2020	% Diferencia 2020-2019
% Hogares con algún grado dificultad llegar fin de mes	41,9	38,3	-8,6
% Hogares sin capacidad afrontar gastos imprevistos	30,6	28,8	-5,9
% Hogares con retraso pago vivienda principal	5,2	8	53,8
% Hogares no puede permitirse la vivienda con una temperatura adecuada	7,6	10,8	42,1
% Hogares no puede permitirse comer carne, pollo o pescado al menos cada dos días	2,7	3,4	25,9
% Hogares no pueden permitirse 1 semana vacaciones	22	23,8	8,2
% Hogares carece al menos 3 conceptos de 7	10,3	12,2	18,4

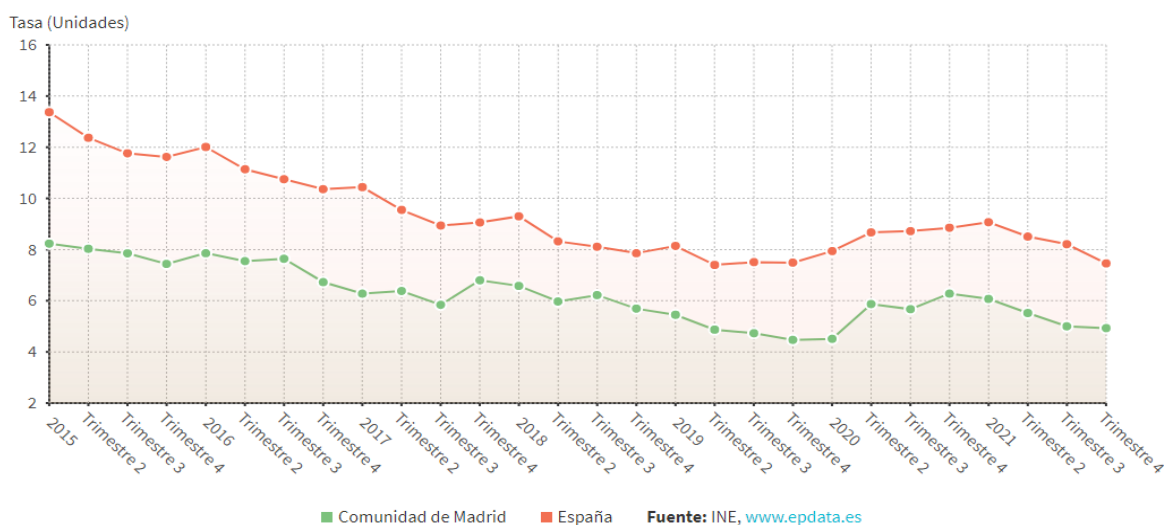
(Tabla 10) Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida INE. Elaboración Secretaría de Políticas Sociales y Diversidad CCOO Madrid

En el cuarto trimestre del 2021 el 4.92 % de los hogares madrileños tiene a todos los activos en paro, llegando al 7,46 % de los hogares a nivel nacional. Desde 2015 el porcentaje en la Comunidad de Madrid disminuyó en un 3.30 % y en España esta caída fue del 6,90 %.

(Gráfico 14)

#### Hogares con todos sus miembros en paro en Comunidad de Madrid y España

% de hogares con todos los miembros en paro



(Gráfico 14)

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 Cataluña 664 €. Resulta significativo que siendo el PIB de la Comunidad de Madrid el más alto de toda España, este por debajo de otras economías con un PIB inferior.

El importe de la Renta Mínima de Inserción de algunas Comunidades es menor al del IMV, en once autonomías, mientras otras que lo complementan y han decidido optar por esta opción o, en su defecto, mantenerla con carácter subsidiario. En la Comunidad de Madrid prevalece el carácter subsidiario. Si no se consigue acceder al Ingreso Mínimo Vital, se podrá hacerlo de los 469,93 euros de su Renta Mínima de Inserción.

En el gráfico 15, se puede ver la evolución de las familias receptoras y las solicitudes de la RMI desde el año 2010.

Gráfico. Evolución RMI – Solicitudes 2010 - 2020 (

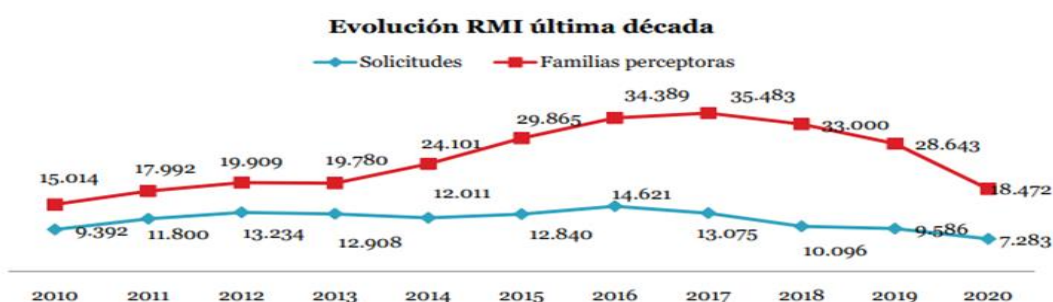


Gráfico 15). Fuente: Balances RMI C. Madrid

En enero del 2022, las familias receptoras 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 receptoras disminuyeron en 7.317 (Gráfico 16).

Familias receptoras RMI, C. de Madrid 2021



Fuente: Aplicación RMI

(Gráfico 16).

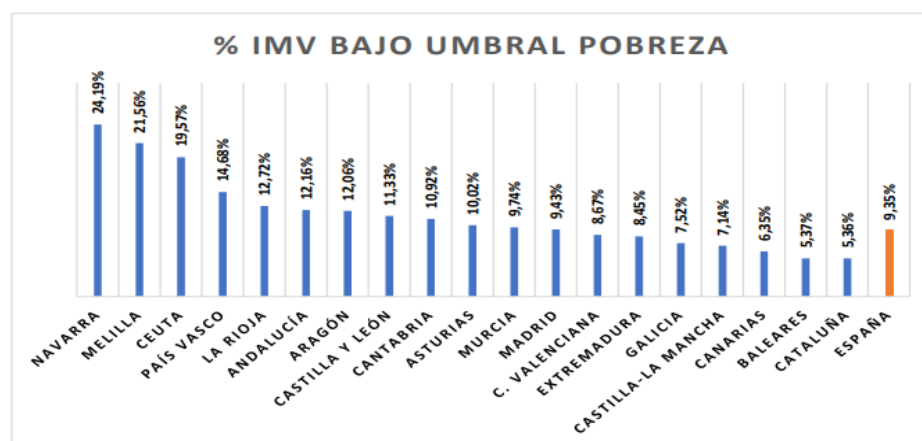
Fuente Comunidad de Madrid.

En relación al Ingreso Mínimo Vital para el año 2022, la cuantía mínima es de 491,63 € mensuales o 5.899,60 € año. 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 de los cuales 63.506 son adultos y 52.037 serían menores, esta ayuda solo dio cobertura al 9,43 % de la población que se encontraba bajo el umbral de la pobreza.

A nivel nacional, en marzo de 2022 del IMV se benefician 428.043 hogares lo que supone 1,06 millones de personas de ellas el 43 %, 456.000 son niños y niñas y más de 600.000 serían adultos. En la Comunidad de Madrid en la misma fecha hay 42.345 prestaciones con 115.543 beneficiarios de los cuales 63.506 son adultos y 52.037 serían menores.

La cobertura del Ingreso Mínimo Vital en la población bajo el umbral de la pobreza, continúa siendo desigual en el territorio nacional, hay CC.AA 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. En el Ingreso Mínimo Vital las coberturas tienen una horquilla del 19 %, entre CC.AA con menores coberturas que rondan el 5 % y las de mayor cobertura que alcanzan el 24 % (Gráfico 16 A).

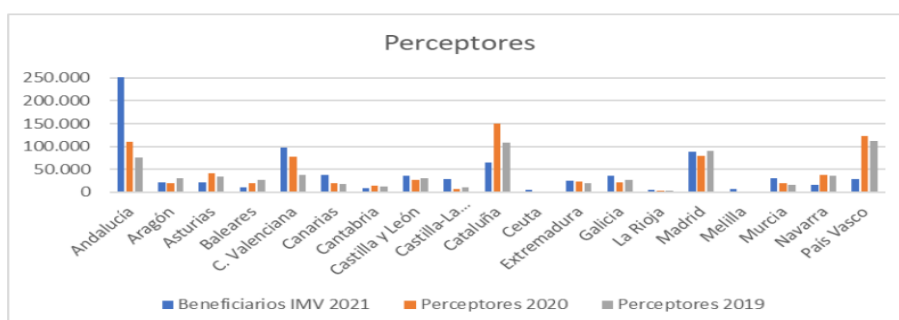
Porcentaje de Personas Bajo el Umbral de la Pobreza Cubiertas por el IMV



(Gráfico 16 A). Fuente Comunidad de Madrid

La situación en el año 2021, en 11 Comunidades Autónomas (Castilla La Mancha, Andalucía, Canarias, La Rioja, Galicia, Murcia, Castilla y León, Valencia, Madrid, Extremadura y Aragón) hay más personas receptoras del IMV que las que había con la Renta Mínima en el año 2020 (Gráfico 16 B).

Perceptores de IMV y RRMM. Por Comunidades Autónomas.



Fuente: (Gráfico 16 B). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

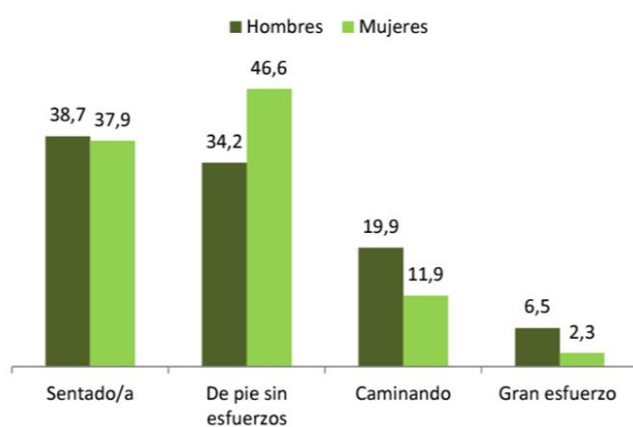
### 1.3 Hábitos y estilos de vida

Un elemento importante para determinar el nivel de salud de una población es la actividad física. En España, en los últimos años, la población se ha tornado más sedentaria, tanto en su actividad laboral como en su tiempo de ocio.

En 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 permanecía sentada la mayor parte de la jornada, lo que, entre ambos grupos, supone en esta última un 87,47 % de la población estudiada. Un 15,7 % a nivel nacional y un 15,33 % en la Comunidad pasó su jornada caminando y llevando algún peso, y/o efectuando desplazamientos frecuentes un 4,2 % y un 4,9 % respectivamente realizan tareas que requieren un gran esfuerzo físico (Gráfico 17)

#### Actividad Física Población Mayor de 15 años

Figura 1. Actividad física en el trabajo o actividad principal en población de 15 y más años ocupada, estudiante o dedicada a labores del hogar, según sexo (%). España 2017. ENSE, MSCBS/INE



(Gráfico 17). Fuente: Encuesta nacional de Salud 2017. ENSE.

Los grupos de edad más jóvenes y los mayores son los que con mayor frecuencia están sentados en su trabajo o actividad principal. Dos de cada tres jóvenes de 15 a 24 años, donde se concentran los estudiantes, pasan sentados la mayor parte de la jornada, mientras que la proporción es de una de cada tres personas entre los 25 y los 75 años.

El tiempo medio diario que se pasa sentado es de 5 horas, algo mayor en hombres 5,2 que en mujeres 4,8. Es muy similar en todos los grupos de edad excepto en el grupo de 15 a 24 años, considerablemente más elevado 6,4. Disminuye conforme desciende la clase social, de forma más acusada en hombres.

Más de un tercio 36 % de la población refiere que su tiempo libre lo ocupa de forma casi totalmente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.). Se mantiene el descenso observado en los últimos años. La prevalencia es mayor en mujeres que en hombres 40 % frente a 32 %.

Según la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020, un 8,4 % de hombres y un 7,0 % de mujeres de 15 y más años realizaba ejercicio físico diario durante el tiempo de ocio. Un 46,5 % de hombres y un 54,8 % de mujeres no dedicaban ningún día al ejercicio físico durante su tiempo de ocio.

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

**Porcentaje de Personas con Obesidad, por Sexo por Comunidad Autónoma**

	18 y más años			*Entre 2 y 17 años		
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	Ambos sexos	Niñas	Niños
España	16,0	15,5	16,5	10,3	10,2	10,4
Andalucía	19,7	19,8	19,5	12,5	14,4	10,6
Aragón	15,7	15,1	16,4	2,5	3,5	1,6
Asturias, Principado	19,1	17,6	20,8	7,9	6,4	9,3
Baleares, Illes	16,3	14,2	18,4	10,0	12,6	7,8
Canarias	17,5	17,9	17,1	10,4	9,9	10,9
Cantabria	13,7	11,9	15,5	2,6	4,0	0,9
Castilla y León	16,8	16,9	16,7	5,6	7,5	4,0
Castilla-La Mancha	14,4	11,3	17,4	10,1	8,6	11,7
Cataluña	14,2	15,2	13,2	12,7	10,1	14,8
Comunitat Valenciana	16,7	14,2	19,2	12,0	11,2	12,7
Extremadura	12,8	11,4	14,3	10,4	7,8	12,7
Galicia	16,5	16,2	16,8	6,2	4,6	7,6
Madrid, Comunidad de	13,4	13,0	13,9	7,5	9,3	5,8
Murcia, Región de	19,1	18,6	19,5	14,2	10,1	18,3
Navarra, C. Foral de	13,2	13,0	13,5	1,4	1,4	1,5
País Vasco	13,5	13,5	13,5	11,1	9,4	12,8
Rioja, La	15,8	14,3	17,3	8,3	12,1	5,2
Ceuta	13,5	13,9	13,1	18,0	18,4	17,7
Melilla	6,8	8,5	5,1	11,5	12,8	10,5

Obesidad en adultos mayores de 18 años corresponde a un Índice de Masa Corporal (peso en Kg/talla m<sup>2</sup>) >= a 30,0 kg/m<sup>2</sup>. Para determinar la obesidad en niños de 2 a 17 años se han utilizado los puntos de corte publicados en Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320:1-6

Año 2020: 18 y más años. \*Año 2017: Entre 2 y 17 años

(Tabla 11). Fuente: Encuesta nacional de Salud 2017(ENSE).

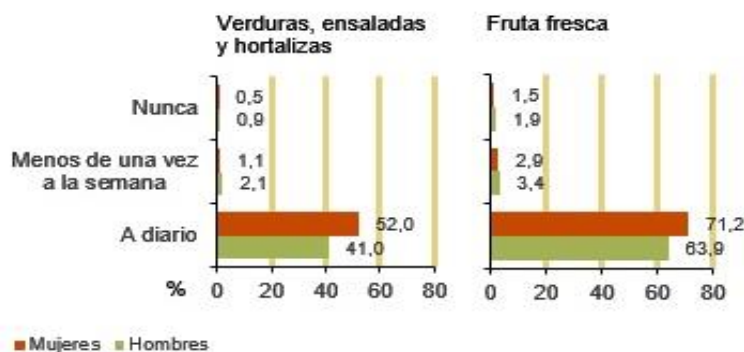
Encuesta Europea de Salud en España 2020.

La alimentación es un factor decisivo en la obesidad, los hábitos alimentarios es uno de los elementos más importantes. En el consumo de fruta fresca diaria (sin incluir los zumos) en

En referencia a la obesidad según la Encuesta Europea de Salud en España en el año 2020, hay un 16 % en ambos sexos, un 16,5 % de hombres de 18 y más años y un 15,5 % de mujeres padecen obesidad, en la Comunidad de Madrid entre esta misma población estaría un 13,4 % entre ambos sexos, un 13 % en mujeres y un 13,9 % en hombres, siendo la Comunidad de Madrid con unos de los menores porcentajes. En los menores de 17 años, en ambos sexos el porcentaje es del 7,5 %, en niñas un 9,3 % y en niños un 5,8 %, también con unos niveles más bajos de toda España. (Tabla 11).

los mayores de 15 años a nivel nacional en hombres es del 63,9 % y el de mujeres del 71,2 %. En el consumo de verduras, ensaladas y hortalizas diario en los hombres son del 41 % y en la mujeres del 52 %. (Gráfico 18)

Consumo de fruta y verdura. 2020



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS

(Gráfico 18)

El 22 % de la población en España mayor de 15 años afirma fumar a diario, el 2 % es fumador ocasional, mientras que el 25 % se declara ex fumador y el 50,6 % declara que nunca ha fumado. Por otra parte, más de la mitad se declara no fumador. La cifra de personas mayores de quince años que afirma fumar a diario asciende en España a alrededor de 8,6 millones de personas, mientras que la de no fumadoras asciende hasta casi 20 millones de personas.

En la Comunidad de Madrid el 19 % declara fumar a diario, el 3 % es fumador ocasional, el 28 % se declara ex fumador y el 49,5 % declara no haber fumado nunca. La diferencia entre fumador diario entre hombres y mujeres en la comunidad es de un 6 % menor entre las mujeres. (Tabla 12)

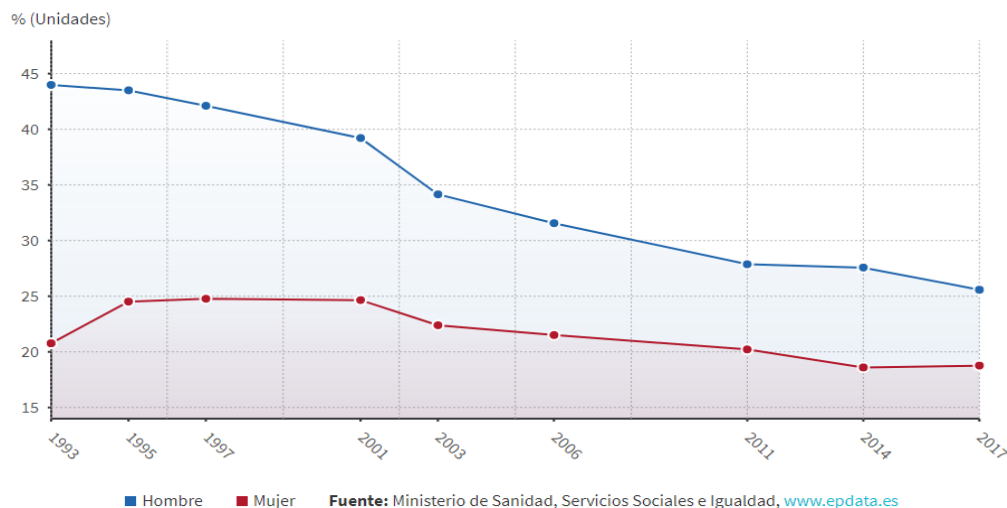
Consumo de Tabaco Población de más de 15 años. Población Nacional y de la Comunidad de Madrid

CONSUMO DE TABACO					
Porcentaje según sexo. Población de 15 y más años. Nacional y Comunidad Madrid					
	TOTAL	FUMADOR DIARIO	FUMADOR OCASIONAL	EX FUMADOR	NUNCA HA FUMADO
TOTAL NACIONAL	100,00	22,08	2,34	24,93	50,65
TOTAL C. MADRID	100,00	19,00	3,16	28,26	49,58
TOTAL NACIONAL HOMBRES	100,00	25,58	2,66	32,23	39,54
TOTAL NACIONAL MUJERES	100,00	18,76	2,04	18,02	61,18
HOMBRES C. MADRID	100,00	22,15	3,56	33,32	40,97
MUJERES C. MADRID	100,00	16,16	2,79	23,69	57,35

(Tabla 12). Fuente: Encuesta nacional de Salud 2017(ENSE).

El consumo diario de tabaco está disminuyendo desde el año 1993, desde ese año al 2017 el consumo diario en hombres disminuyó un 18,40 % y en las mujeres un 2 %. En el año 1993 la diferencia de consumo diario de tabaco entre hombre y mujeres era del 23,21 % a favor de los hombres, en 2017 esa diferencia baja al 6,82 %. (Gráfico 19)

### Porcentaje de fumadores habituales, por sexos



(Gráfico 19). Fuente: Encuesta nacional de Salud 2017(ENSE).

En referencia a la exposición al humo de tabaco en lugares cerrados, no hay diferencias significativas entre los porcentajes a nivel nacional y autonómico y tampoco al nivel de exposición entre hombre y mujeres. (Tabla 13)

#### Exposición al Humo de Tabaco en Lugares Cerrados

EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO EN LUGARES CERRADOS					
Porcentaje según sexo. Población de 0 y más años. Nacional y Comunidad Madrid					
	TOTAL	NUNCA O CASI NUNCA	MENOS DE UNA HORA AL DÍA	ENTRE 1 Y 5 HORAS AL DÍA	MÁS DE 5 HORAS AL DÍA
TOTAL NACIONAL	100,00	87,42	6,02	5,13	1,44
TOTAL C. MADRID	100,00	88,02	5,56	5,04	1,39
TOTAL NACIONAL HOMBRES	100,00	86,79	6,35	5,41	1,45
TOTAL NACIONAL MUJERES	100,00	88,02	5,69	4,86	1,43
HOMBRES C. MADRID	100,00	87,89	5,70	5,00	1,41
MUJERES C. MADRID	100,00	88,15	5,42	5,08	1,36

(Tabla 13). Fuente: Encuesta nacional de Salud 2017(ENSE).

La edad media a nivel nacional de inicio al consumo de tabaco de los fumadores diarios en la población de 15 y más años en ambos sexos es a los 17,4 años, siendo en los hombres a los 17,1 y las mujeres a los 17,7 años. En la Comunidad de Madrid en ambos sexos es a los 17,3 años, siendo los hombres a los 17,1 y las mujeres a los 17,5, siendo muy similares a los nacionales.

En el consumo de bebidas alcohólicas diarios de población de más de 15 años a nivel nacional es del 14,7 % y en la Comunidad de Madrid del 13,16 %. Destacan los hombres con un 22,55 % con una diferencia de 15,24 % superior sobre las mujeres, en la Comunidad de Madrid esta diferencia es de 12,5 % mayor hacia los hombres. Las mujeres que declaran que nunca consume bebidas alcohólicas ascienden al 34,4 % y los hombres un 13,47 % siendo la diferencia del 20,9 % a favor de la mujeres. (Tabla 14)

En el consumo diario de bebidas alcohólicas a nivel nacional y en función de ingresos netos mensuales en el hogar, el grupo de menos de 1.050 € mensuales es el de menor consumo con un 13,79 %, en el grupo de 1.050 € a 1.550 € el porcentaje es del 16,90 % y a partir de ese grupo según sube los ingresos mensuales desciende el porcentaje con un 14,82 % en ingresos de más de 3.600 €.

## Consumo de Bebidas Alcohólicas

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS							
Porcentaje según sexo. Población de 15 y más años. Nacional y Comunidad Madrid							
	TOTAL	DIARIO	SEMANAL (PERO NO DIARIO)	MENSUAL (PERO MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA)	MENOS DE UNA VEZ AL MES	NO EN EL ULTIMO AÑO	NUNCA
TOTAL NACIONAL	100,00	14,72	21,78	17,84	11,16	13,91	20,59
TOTAL C. MADRID	100,00	13,16	31,77	14,25	8,46	7,86	24,50
TOTAL NACIONAL HOMBRES	100,00	22,55	26,48	18,31	8,65	12,51	11,51
TOTAL NACIONAL MUJERES	100,00	7,31	17,32	17,39	13,54	15,24	29,20
HOMBRES C. MADRID	100,00	19,79	37,28	14,22	6,42	8,82	13,47
MUJERES C. MADRID	100,00	7,20	26,81	14,27	10,29	7,00	34,42

(Tabla 14). Fuente: Encuesta nacional de Salud 2017(ENSE).

En relación al porcentaje de personas que beben diariamente en función de su edad de mayores de 15 años a nivel nacional, los grupos de edad de mayor consumo corresponden al grupo de 65 a 74 años con el 27,90 %, seguido del de 55 a 64 años con un 24,85 % ambos suman el 52,75 %. Siendo el grupo de menor consumo el comprendido entre 15 a 24 años con un 0,83 %.

### 1.4 Entorno y medioambiente

El medio ambiente y el cambio climático es un tema que cada vez más prioritario e importante en el contexto político y social, pues las consecuencias implican en gran medida la salud de las personas y también indirectamente y a más largo plazo comprometen su bienestar futuro.

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 la zona donde residen. En la UE-28 este porcentaje era del 14,9 % en el año 2019 según datos estimados.

A nivel de comunidad autónoma los porcentajes más elevados de población que sufren estos problemas correspondieron a Melilla 26,2 %, mientras que los porcentajes de población más bajos que declaraban sufrir estos problemas correspondieron a Castilla La Mancha 3,1 %. En la Comunidad de Madrid el 16,2 % declara sufrir problemas de contaminación. (Gráfico 20)

En el año 2020, un 11,5 % de hombres y un 12,1 % de mujeres declaraban sufrir estos problemas.

En relación con el grado de urbanización, los porcentajes son más altos en las áreas con mayor densidad de población y menores en las áreas poco pobladas.

Desde el 2004 la población que declara sufrir problemas de salud disminuyó un 4,5 % y a nivel nacional un 4 %. (Tabla 15)

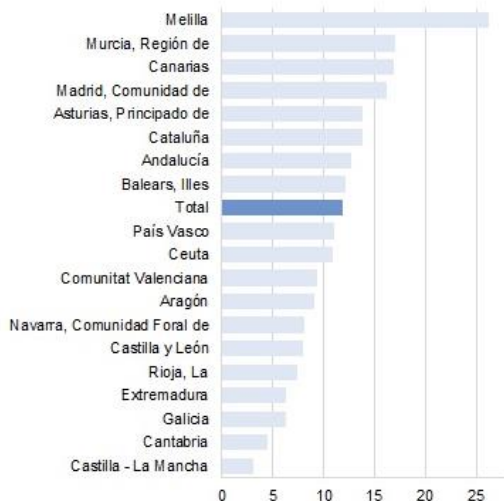
En relación a la población que sufre problemas de ruidos producidos por vecinos o del exterior a nivel nacional, en el año 2020 un 21,9 % de personas declaraba problemas de ruidos producidos por vecinos o del exterior. En la UE-28 en el año 2019 este valor fue del 17,5 % y en España del 14,1 %. (Gráfico 21)

A nivel de comunidad autónoma, en el año 2020 los porcentajes más elevados corresponden a: Ceuta 34,1 %, Murcia 33,6 % y Canarias 30,4 %, la Comunidad de Madrid es la quinta con mayor problemas de ruidos con un 26,4 % un 8,9 % más que el año anterior.

**Población que Sufre Problemas de Contaminación por Comunidades.**

**Comparación España – C. de Madrid**

Población que sufre problemas de contaminación. 2020 (%)



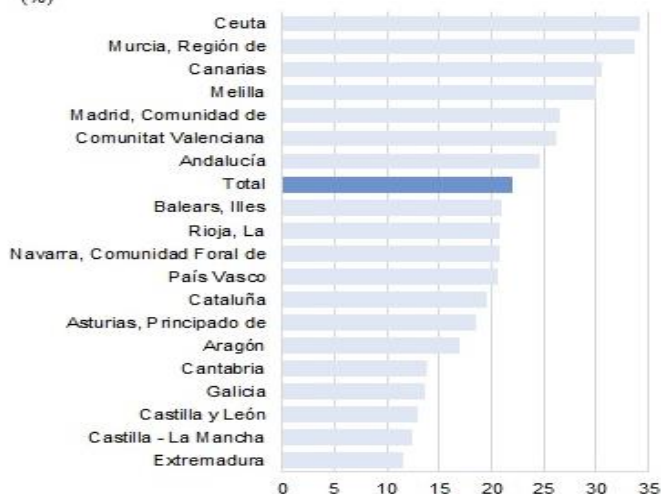
Población que sufre problemas de contaminación y otros problemas ambientales (% de población total)		
AÑOS	TOTAL NACIONAL	C. de MADRID
2004	15,8	20,7
2005	16,8	21,2
2006	16,5	23,8
2007	15,7	19,0
2008	13,0	15,0
2009	13,6	17,0
2010	10,8	10,5
2011	8,1	9,9
2012	8,0	8,8
2013	9,8	17,2
2014	10,2	16,3
2015	10,3	18,3
2016	10,0	15,9
2017	8,2	9,0
2018	10,1	18,5
2019	9,9	18,5
2020	11,8	16,2

(Gráfico 20). Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida INE 2020.

(Tabla 15). Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida INE 2020.

Según la variable sexo, en el año 2020 los porcentajes son prácticamente iguales en mujeres y hombres 22,1 % y 21,4 %, respectivamente.

Población que sufre problemas de ruidos. 2020 (%)



Considerando la edad, en el año 2020 los porcentajes más altos de personas que declaraban sufrir estos problemas de ruidos corresponden al grupo de 16 a 24 años con un 25,5 %.

Teniendo en cuenta el tipo de hogar, en el año 2020 los porcentajes más elevados de personas que sufren problemas de ruidos producidos por vecinos o del exterior correspondían a los hogares formados por un adulto solo con hijos dependientes con un 31 %.

(Gráfico 21). Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida INE 2020.

Considerando el grado de urbanización, en las áreas densamente pobladas el porcentaje es más alto que en las áreas menos pobladas. En el año 2020, este porcentaje era del 27 % en las áreas densamente pobladas, del 19,3 % en las áreas pobladas de nivel intermedio y del 14,3 % en las áreas poco pobladas.

En relación a la población urbana expuesta a contaminación del aire (micropartículas PM10, PM2,5) estas dos partículas PM10 y las partículas PM2,5 son de los contaminantes del aire más importantes en términos de peligrosidad para la salud humana, pues pueden ser inhaladas y penetrar en el sistema respiratorio causando importantes daños las partículas PM10 y de las partículas PM2,5 forma parte de la Estrategia Europa 2020,

estando incluida en los Indicadores de Eficiencia de los Recursos, en el apartado de Naturaleza y Ecosistemas, Calidad del aire.

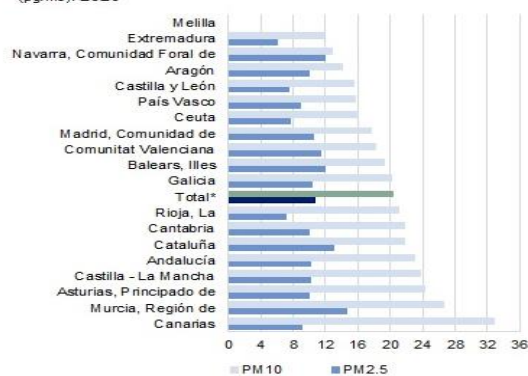
En estas normativas se establecen un Valor Límite Anual (VLA) y un Valor Límite Diario (VLD) para la concentración de micropartículas PM10. Para las partículas PM2,5 se establecen un Valor Límite Anual (VLA)+ Margen de Tolerancia (MdT) y un Valor Objetivo Anual (VOA) para alcanzar en un período determinado, con el objetivo de proteger la salud humana.

Para las partículas PM10, el VLD se establece en 50 µg/m3, considerando el valor medio en 24 horas. Este valor no debe superarse en más de 35 ocasiones por año civil. El valor límite está en vigor desde el año 2005. El VLA para las partículas PM10 se establece en 40 µg/m3 y está en vigor desde 2005. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece para este límite anual un valor más restrictivo que la normativa europea y lo fija en 20 µg/m3.

Para las partículas PM2,5 se establece un VOA de 25 µg/m3 que está en vigor desde 2010. El VLA se estableció en 25 µg/m3 con un MdT (margen de tolerancia) de 1 µg/m3 con fecha de cumplimiento 1 de enero de 2015. El VLA es de 20 µg/m3 con fecha de cumplimiento 1 de enero de 2020. La OMS establece un valor más restrictivo que la normativa europea y fija el valor de la media anual de PM2,5 en 10 µg/m3.

Media ponderada con la población de la concentración media anual de PM10 µg/m3 en 2020 para España fue de 20,3 µg/m3.

Población urbana expuesta a contaminación del aire (micropartículas PM10, PM2,5). Concentraciones medias anuales y nº de días en que se supera la concentración límite según CCAA, según tamaño de municipio. Media ponderada con la población de la concentración media anual de PM10 y PM2,5 (µg/m3). 2020



(\*) Total Nacional de 50.000 y más habitantes. Para Melilla datos no disponibles. Nota: Para PM10 el valor límite de concentración anual desde 2005 es 40 µg/m3 y para PM2,5 el valor límite de concentración anual objetivo desde 2010 es 25 µg/m3.

A nivel de CC.AA., en el año 2020 el valor más alto de concentración media anual PM10 ponderada por población correspondió a Canarias 32,9 µg/m3 y el valor más bajo a Extremadura 11,7 µg/m3. En la Comunidad de Madrid su nivel fue de 17,7 µg/m3. (Gráfico 22)

Considerando el tamaño del municipio, en el año 2020 la concentración media anual de PM10 es más elevada en los municipios de 250.000 a 500.000 habitantes, 22,8 µg/m3, y la menor en municipios de más de 500.00 habitantes con 18,9 µg/m3.

(Gráfico 22). Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida INE 2020

A nivel de CC.AA., en el año 2020 los valores más altos en el número de días en que se superó el valor límite diario de partículas PM10 correspondieron a Canarias 38,9 días, en la Comunidad de Madrid fue de 7,1. La media nacional fue de 8,3 días.

Media ponderada con la población de la concentración media anual de PM2,5 µg/m3 en 2020 para España fue de 10,7 µg/m3.

En relación a las partículas PM2,5, la concentración media anual ponderada por población para municipios de más de 50.000 habitantes ha ido disminuyendo desde hace más de una década alcanzando un valor de 10,7 µg/m3 en el año 2020, siendo de 20,7 µg/m3 en 2004.

A nivel de CC.AA, en el año 2020 los valores más altos de concentración media anual ponderada por población de partículas PM2,5 correspondieron a: Región de Murcia 14,6 µg/m3, Cataluña 13,1 µg/m3, e Illes Balears 12,0 µg/m3, en la Comunidad de Madrid fue de 10,4 µg/m3.

El VOA (valor objetivo de concentración media anual) de 25 µg/m3 (establecido desde 2010) para las partículas PM2,5 no presenta superaciones en ninguno de los ámbitos de tamaño de población definidos.

### 1.5 Siniestralidad Laboral

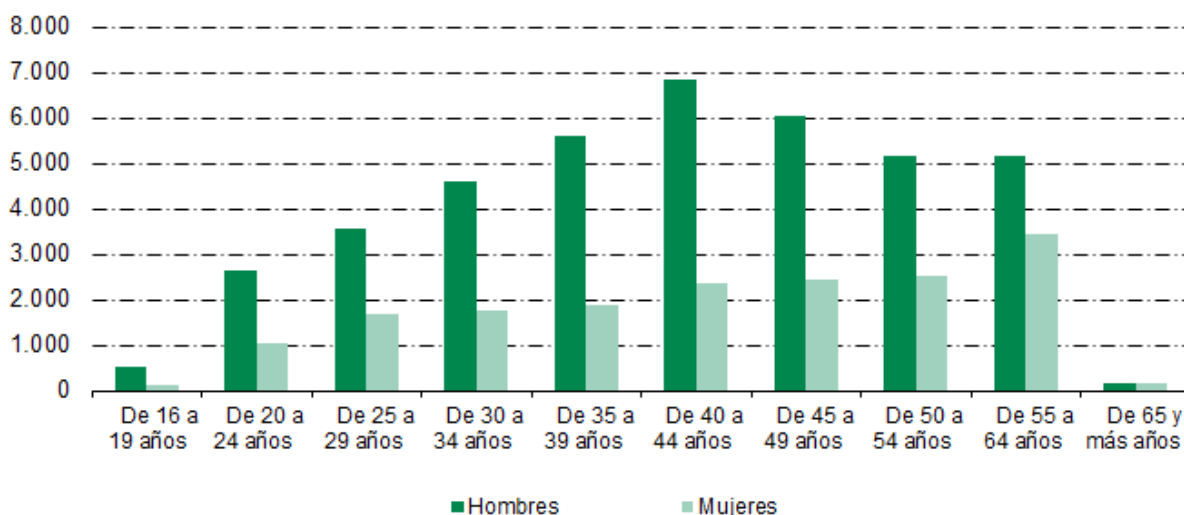
Entre febrero de 2021 y enero de 2022 se produjeron en España 2.650, accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo (ATJT) por cada 100.000 personas trabajadoras, en términos absolutos se produjeron 495.195 accidentes, 71.324 más que en el periodo anterior, febrero 2020 enero 2021, por sectores en servicios fueron 288.808, construcción 78.445, industria 97.132 y sector agrario 30.907. En total los accidentes mortales en jornada de trabajo fueron de 568 en dicho periodo. El mayor número se dio en el sector servicios con 286, seguido de la construcción 124, industria 107 y sector agrario 51.

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 periodo anterior y supuso el índice más bajo entre las comunidades autónomas. Se produjeron en ese periodo 61 accidentes mortales.

En la Comunidad de Madrid, en términos absolutos en el año 2021 se produjeron 67.952 accidentes de trabajo, un 15,16 % más que en el año 2020 que fueron de 57.654 accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo y supuso el 13,65% del total nacional.

En lo que respecta a la edad y el sexo de las personas trabajadoras accidentadas en la Comunidad de Madrid en el año 2020, se observa que son los rangos más jóvenes, de 16 a 19 y de 20 a 24 años, los que presentan menores incidencias, a nivel nacional son los índices más altos de accidentabilidad. Entre los grupos de edad de 40 a 49 años se encuentran las cifras más altas de accidentes. Entre las mujeres la mayor accidentabilidad se encuentra en el grupo de edad de 55 a 64 años, y en los hombres de 40 a 44 años. (Gráfico 23).

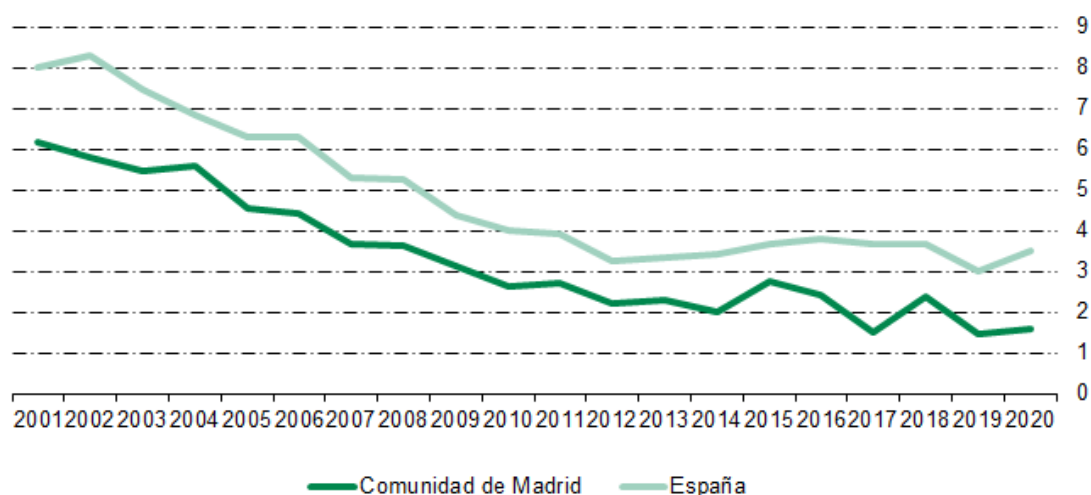
*Accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo según grupos de edad y sexo en la Comunidad de Madrid. 2020*  
Personas



En relación a los accidentes de trabajo mortales en jornada de trabajo (ATJT mortales), en el año 2020 se produjeron en España 3,49 ATJT mortales por cada 100.000 trabajadores, siendo en la Comunidad de Madrid de 1,6 ATJT. Desde el año 2001 el índice de incidencia de accidentes de trabajo mortales en la Comunidad de Madrid fue bajando pasando del 6,2 al actual de 1,6 y a nivel nacional del 8 al 3,5. (Gráfico 24).

El índice de incidencia de ATJT mortales a nivel nacional de los hombres (6,15) es dieciséis veces el de las mujeres (0,38).

#### Índice de incidencia de accidentes mortales en jornada de trabajo



Fuente: Dirección General de Política Económica de la Comunidad de Madrid.  
Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Ministerio de Trabajo y Economía Social.

(Gráfico 24).

En lo que respecta a la edad de los trabajadores accidentados con causa de muerte a nivel nacional, se observa que son los rangos de mayor edad los que presentan mayores incidencias. En concreto, el índice de incidencia de accidentes mortales experimenta un aumento considerable a partir de los 45 años.

Al realizar una valoración de estos datos, se debe tener presente que los accidentes de trabajo que son infartos, accidentes cerebrovasculares, y patologías de estas características (comúnmente denominados patologías no traumáticas PNT) tienen un gran peso entre los accidentes mortales de trabajo (representan en torno al 39% del total de accidentes mortales en jornada), y afectan de forma preferente a los trabajadores de más edad.

Al nivel nacional, al analizar la edad y el sexo de forma simultánea, se observa en los varones el crecimiento exponencial del índice con la edad; mientras que las trabajadoras presentan datos muy inferiores a cualquier edad. A medida que aumenta la edad, las diferencias entre ambos sexos se van ampliando. Tanto para los varones como para las mujeres la incidencia máxima se da en el intervalo de 60 años y más.

En relación a las enfermedades profesionales por sexo según tenencia o no de baja, 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 causó baja. El número de casos entre hombres y mujeres son iguales y

las diferencias entre enfermedades profesionales con baja y sin baja, son pocos significativos. (Tabla 16).

**Enfermedades profesionales por sexo según tenencia o no de baja. Comunidad de Madrid y España. 2020**

Personas	Total	Con baja	Sin baja
Comunidad de Madrid	853	534	319
Hombres	426	255	171
Mujeres	427	279	148
España	18.400	8.669	9.731
Hombres	9.409	4.497	4.912
Mujeres	8.991	4.172	4.819

Fuente: Dirección General de Política Económica de la Comunidad de Madrid.

Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Ministerio de Trabajo y Economía Social.

(Tabla 16).

## 2. INDICADORES DE NIVEL DE SALUD

### 2.1 Autopercepción de salud

En relación al estado de salud, según la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020, los hombres declaran tener mejor estado de salud que las mujeres. Considerando la población mayor de 15 años, un 79,3 % de hombres y un 71,9 % de mujeres valoran su estado de salud como muy bueno o bueno.

La percepción de un estado de salud bueno o muy bueno disminuye con la edad tanto en hombres como en mujeres según la Encuesta Europea de Salud en España 2020. En el grupo de 15 a 24 años un 93,9 % de hombres y un 90,7 % de mujeres perciben su estado de salud como buena o muy buena. Estos porcentajes son del 72,2 % de hombres y 67,9 % de mujeres en el grupo de 55 a 64 años. Para edades más avanzadas se acentúa la diferencia entre el porcentaje de hombres que declaran un estado de salud muy bueno o bueno y el porcentaje de mujeres que declaran un porcentaje bastante menor.

Según la situación laboral, en la Encuesta Europea de Salud en España 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. (Gráfico 25)

Valoración del estado de salud percibido. Muy bueno o bueno. 2020 (% población de 15 y más años)



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS

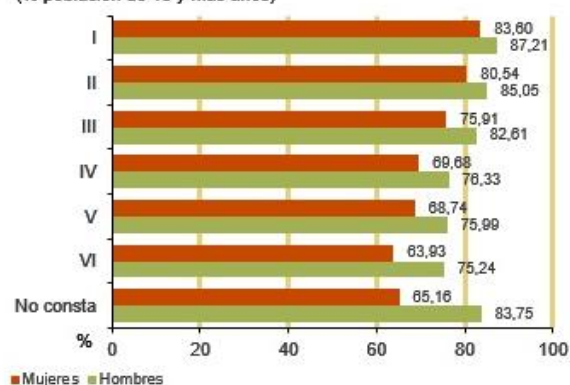
(Gráfico 25)

El nivel socioeconómico está relacionado con el estado de salud percibido, ya que a medida que se desciende en la clase social, basada en la ocupación según la clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología, disminuye la valoración positiva del estado de salud, tanto en hombres como en mujeres.

El porcentaje de personas que consideran su estado de salud bueno o muy bueno, alcanza un valor de 85,1 % en la clase II (Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico, deportistas y artistas) y un 75,2 % en la clase VI (Trabajadores no cualificados), en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres, un 80,5 % en la clase II y un 63,9 % en la clase VI consideran su estado de salud bueno o muy bueno. (Gráfico 26)

#### Valoración del estado de salud percibido según sexo y clase social basada en la ocupación

Estado de salud percibido: muy bueno o bueno. 2020  
(% población de 15 y más años)



Clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología:  
I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias  
II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas  
III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia  
IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas  
V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as  
VI. Trabajadores/as no cualificados/as

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS

(Gráfico 26)

## 2.2 Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer en la Comunidad de Madrid en el año 1975 fue 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 de Madrid es de 82,33 siendo en los hombres de 79,45 y en las mujeres de 85,05 años, en España es de 82,33 años, siendo para hombres de 79,59 y para mujeres de 85,06. La diferencia en la esperanza de vida entre hombres y mujeres en los dos años mencionados es de seis años superior en la esperanza de vida para las mujeres.

Según el Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid de 2016 publicado en 2017 con datos de 2015 – la mejora de la esperanza de vida al nacer desde 2007 se debe fundamentalmente a la mejora de la mortalidad en la población mayor de 50 años y, especialmente, de la población de 70 años y más.

España ha empeorado su situación respecto a los 192 países de estudio de Datosmacro.com en esperanza de vida y ha pasado de ocupar el puesto 8 en 2019 al 16 en 2020.

Si miramos la evolución de la esperanza de vida en España en los últimos años, vemos que ha bajado respecto a 2019 en el que fue de 83,58 años.

## 2.3 Mortalidad

Los fallecimientos en la Comunidad de Madrid en el año 2020 año del 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 el 36,6 % del total y supuso un 30,7 % más que el año 2019. En el grupo de edad de 90 a 99 años los fallecimientos fueron de 17.328 un 26 % del total y supuso un 29,4 % más que el año anterior. Estos dos grupos de edad de 80 a 99 años representan el 62,3 % del total de fallecidos y si súmanos el grupo de edad de 70 a 79 años representaría el 81,1 % de defunciones en el año 2020. (Tabla 17)

Del total de fallecidos por sexos los hombres supusieron 33.105 el 49,67 % y las mujeres 33.543 el 50,33 %. En todos los grupos de edad el número de fallecimientos es mayor el de los hombres, exceptos en los grupos de 80 a 89 años con 12.277 fallecimiento de mujeres y 11.911 de hombres, en el grupo siguiente de 90 a 99 años las defunciones en mujeres fueron de 11.609 y los hombres de 5.719 y en el grupo de 100 o más años las mujeres fallecidas fueron 817 un 81,1% más que los hombres que supuso 180 defunciones.

**Defunciones de Residentes en la Comunidad de Madrid Según Grupos de Edad**

	Total	Menos de 1 año	De 1 a 9 años	De 10 a 19 años	De 20 a 29 años	De 30 a 39 años	De 40 a 49 años	De 50 a 59 años	De 60 a 69 años	De 70 a 79 años	De 80 a 89 años	De 90 a 99 años	De 100 y más años
<b>Datos absolutos</b>													
<b>Total</b>													
2008	41.270	209	69	105	292	624	1.556	2.657	4.250	9.222	14.413	7.472	401
2009	41.265	215	72	84	251	618	1.451	2.700	4.508	8.723	14.607	7.570	466
2010	40.528	244	55	60	204	526	1.384	2.591	4.252	8.478	14.707	7.557	470
2011	41.614	199	67	82	185	483	1.281	2.622	4.453	8.324	15.232	8.171	515
2012	42.799	251	84	82	172	446	1.348	2.650	4.524	8.110	15.802	8.797	533
2013	42.393	188	58	51	142	450	1.206	2.666	4.550	7.873	15.698	8.915	596
2014	43.064	201	64	73	153	406	1.211	2.611	4.579	7.940	15.809	9.415	602
2015	46.859	165	56	55	153	333	1.173	2.857	4.748	8.226	17.398	10.945	750
2016	45.066	160	59	78	145	334	1.098	2.683	4.580	7.831	16.446	10.930	722
2017	47.069	151	51	80	155	333	1.076	2.686	4.763	8.008	17.149	11.811	806
2018	46.599	155	66	88	163	341	1.030	2.650	4.650	7.907	16.863	11.936	750
2019	47.165	124	45	68	152	314	1.012	2.664	4.796	8.285	16.739	12.233	733
2020	66.648	124	32	83	151	402	1.160	3.301	6.319	12.563	24.188	17.328	997

(Tabla 17) Fuente: Dirección General de Economía. Comunidad de Madrid

## 2.4 Morbilidad

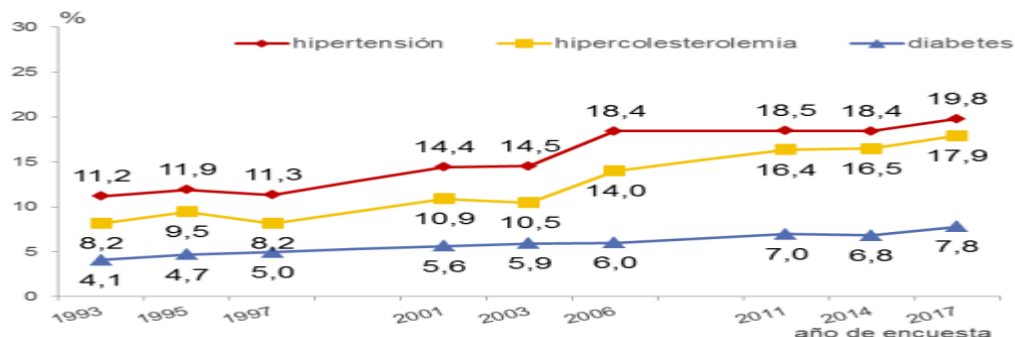
Continúa aumentando la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular metabólicos y de otras enfermedades crónicas: hipertensión arterial 19,8 %, colesterol elevado 17,9 %, obesidad 17,4 % y diabetes 7,8 %. Todos ellos presentaron en 2017 un aumento igual o superior a un punto porcentual, confirmando la tendencia observada desde 1993. (Gráfico 27)

La hipertensión es el problema de salud más frecuente, referido por el 19,8 % de la población. Subiendo en ambos sexos, ya sin diferencias entre ellos. No se ha reducido la brecha entre la clase social más alta y la más desfavorecida, que se mantiene en 12 puntos porcentuales. Como en tantas otras variables del estado de salud el gradiente social es a expensas de las mujeres.

La prevalencia de diabetes casi se ha doblado en España entre 1993 con 4,1 % y 2017 con 7,8 %. El incremento se ha producido en hombres a partir de los 55 años y en mujeres de

los 75 años en adelante. Las personas en la clase social menos acomodada tienen una probabilidad dos veces mayor 9,4 % de declarar diabetes que las de la clase más alta 4,3 %. Las diferencias por clase social son más marcadas en mujeres que en hombres en toda la serie, manteniéndose en torno a 6 puntos la diferencia entre la clase I y la clase VI en mujeres y en torno a 2-3 puntos en hombres.

**Evolución España Factor Enfermedades más Frecuentes**



*(Gráfico 27) Fuente: Encuesta Nacional de Salud en España 2017 INE*

También en el caso del colesterol alto se ha duplicado la prevalencia entre 1993 con 8,2 % y 2017 con 17,9 %. Las diferencias por sexo siempre han sido pequeñas, pero a lo largo de toda la serie se mantiene el gradiente social en mujeres, con una diferencia en torno a los 6 puntos entre las clases sociales extremas.

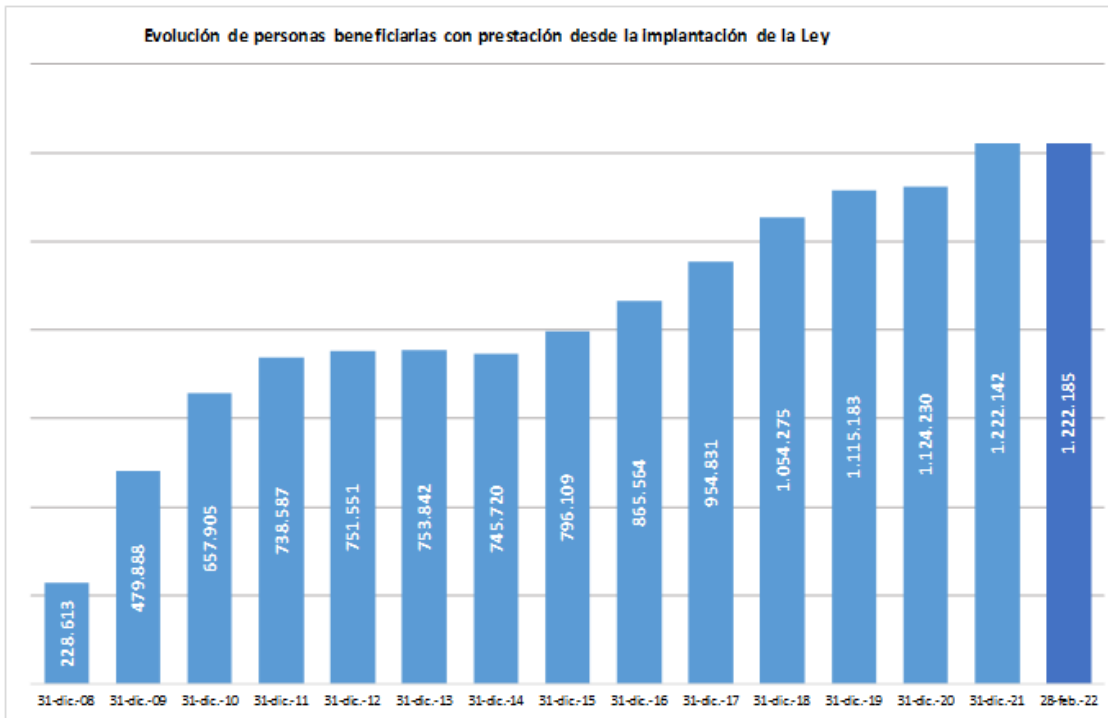
En los tres problemas de salud, la diferencia según clases sociales es muy importante, siendo de 12 puntos porcentuales entre la clase I y la VI para la hipertensión, alrededor de 6 puntos para la hipercolesterolemia y también de 6 puntos para la diabetes, siendo estas diferencias siempre a cuenta de las mujeres. Entre los hombres de las distintas clases sociales la diferencia es menor.

Por otra parte, en el apartado de prácticas preventivas, en 2017 se observa cómo aumenta la proporción de la población que se ha medido en el último año la tensión arterial, y lo mismo sucede en el caso del colesterol y de la glucemia.

## 2.5 Dependencia.

La cifra de personas beneficiarias con prestación de Dependencia a nivel nacional es de 1.222.185, a 28 de febrero de 2022, una vez realizado el cruce con los ficheros de fallecidos. Asimismo, se han tenido en cuenta otro tipo de bajas, siendo el fallecimiento la principal causa de baja en el Sistema. En el mes de febrero de 2022 han aumentado sobre el mes anterior las personas beneficiarias con prestación en términos netos en 2.898 personas respecto al mes anterior.

En el siguiente gráfico se puede ver la evolución de las personas beneficiarias con prestación desde que comenzó de la implantación de la Ley. *(Gráfico 28)*



(Gráfico 28). Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

En cuanto al perfil por edad de los beneficiarios, el 72,22 % tienen 65 o más años. En concreto un 18,81 % tienen una edad comprendida entre los 65 y 79 años, mientras que un 53,41 % tienen 80 o más años.

El número de servicios y prestaciones económicas es de 1.572.146, de esta cifra, más de dos tercios corresponden a servicios, 1.089.712, con un 69,31% del total. Por otra parte, las prestaciones económicas de cuidados en el Entorno Familiar son en la actualidad 482.434, un 30,69 %.

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. (Tabla 18)

**Personas Beneficiarias por Comunidades Autónomas. 2021-2022**

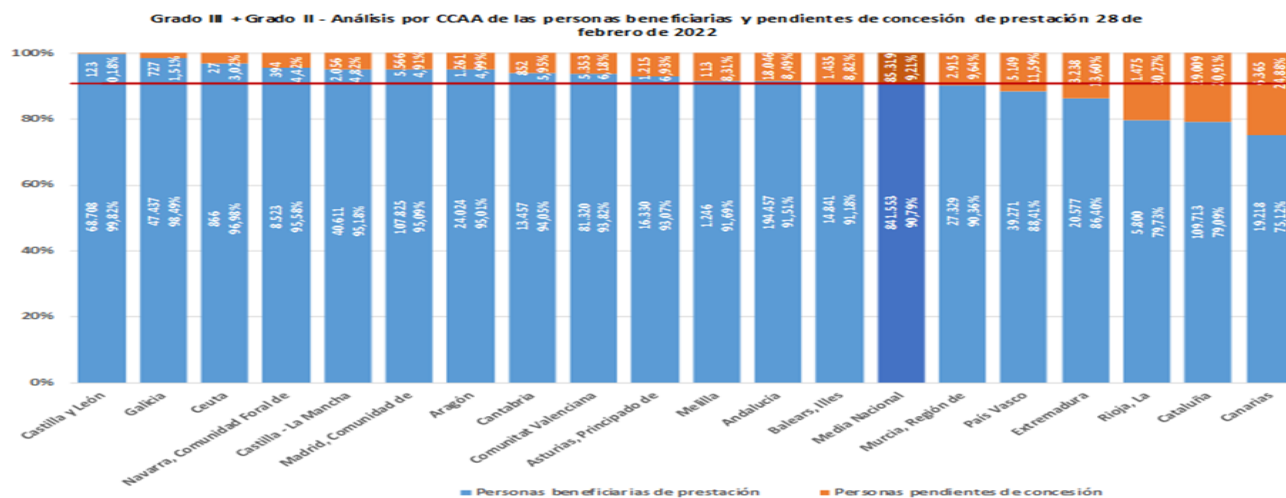
	País Vasco	Melilla	Ceuta	Cantabria	Rioja, La	Navarra, Comunidad Foral de	Baleares, Illes	Murcia, Región de	Canarias	Extremadura	Galicia	Asturias, Principado de	Castilla y León	Castilla - La Mancha	Aragón	Cataluña	Madrid, Comunidad de	Comunitat Valenciana	Andalucía	TOTALES
<b>DIFERENCIA</b>	-314	8	84	272	381	618	931	1.624	1.887	2.019	2.764	3.334	3.636	3.991	4.468	10.924	16.942	17.904	29.459	100.932
28/02/2021	65.641	1.656	1.236	17.189	7.602	13.422	23.288	35.179	24.959	28.214	62.641	24.367	105.685	59.256	30.819	155.765	133.895	101.819	228.540	1.121.293
28/02/2022	65.327	1.664	1.320	17.461	8.063	14.040	24.219	36.803	26.846	30.233	65.405	27.701	109.321	63.247	35.287	166.689	150.837	119.723	257.999	1.222.185

(Tabla 18). Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

A nivel nacional a fecha 28 de febrero de 2022 hay un total de 926.872 personas beneficiarias de Grados III y II (grandes y severos dependientes), cuya implantación se produjo entre los años 2007 y 2009, de las cuales 841.553 son personas beneficiarias con prestación reconocida, lo que supone un 90,79 % y hay un total de 85.319 personas de los Grados III y II pendientes de recibir prestación, esto es un 9,21 % de las personas, de estos Grados, que ya han sido declaradas con derecho a servicio o prestación.

En la Comunidad de Madrid hay 107.825 personas beneficiarias de prestación de Grado III y de Grado II y 5.566 personas pendientes de la concesión lo que suponen un 95,01 % y el

4,99 % respectivamente. Castilla León, Galicia y Ceuta son las comunidades que menos beneficiarios de prestación están por adjudicar y Canarias, Cataluña y La Rioja son la que más beneficiarios tienen pendientes de adjudicar en ese orden. (Gráfico 29)



(Gráfico 29). Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

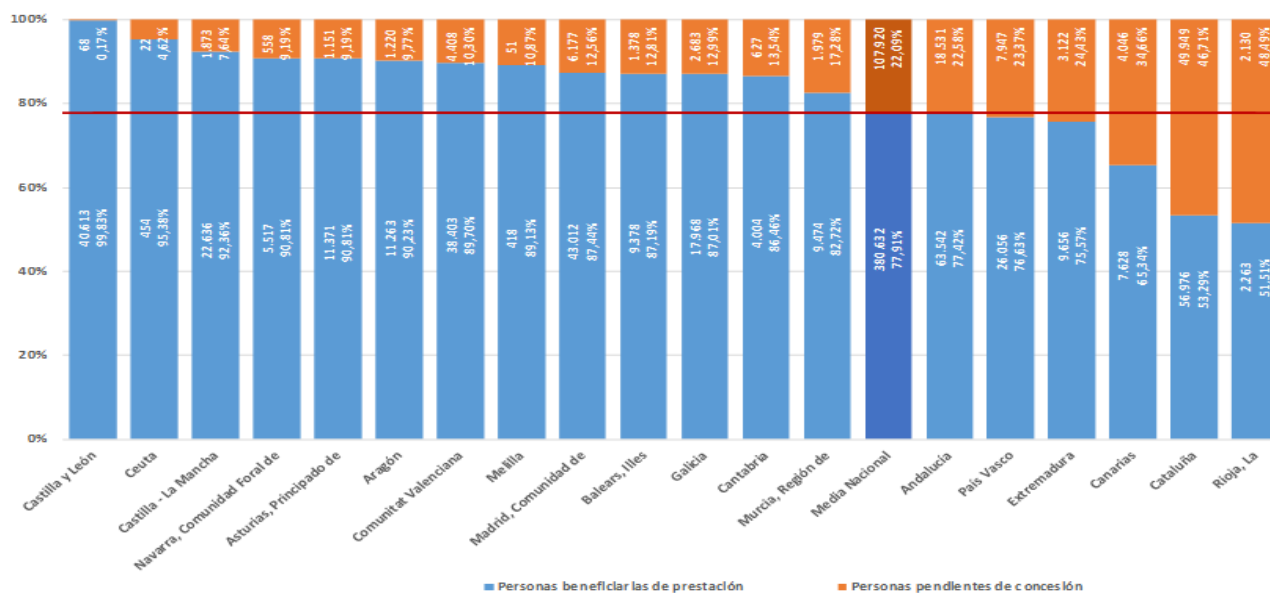
Respecto al Grado I (cuya plena implantación se produjo en julio de 2015), a fecha 28 de febrero de 2022 a nivel nacional hay un total de 488.552 personas beneficiarias, de las cuales hay 380.632 personas con prestación reconocida, lo que significa un 77,91 % de cobertura media nacional. Hay 107.920 personas pendientes de recibir prestación del Grado I, que supone un 22,09 % del total de las personas beneficiarias de Grado I. (Gráfico 30)

En la Comunidad de Madrid hay 43.012 personas beneficiarias con el Grado I y 6.177 pendientes de la prestación, lo que representa un 87,19 % y un 12,56 % respectivamente.

En el siguiente gráfico se representa el porcentaje de personas pendientes de recibir prestación, en relación al número total de personas beneficiarias con derecho a prestación, en cada Comunidad Autónoma.

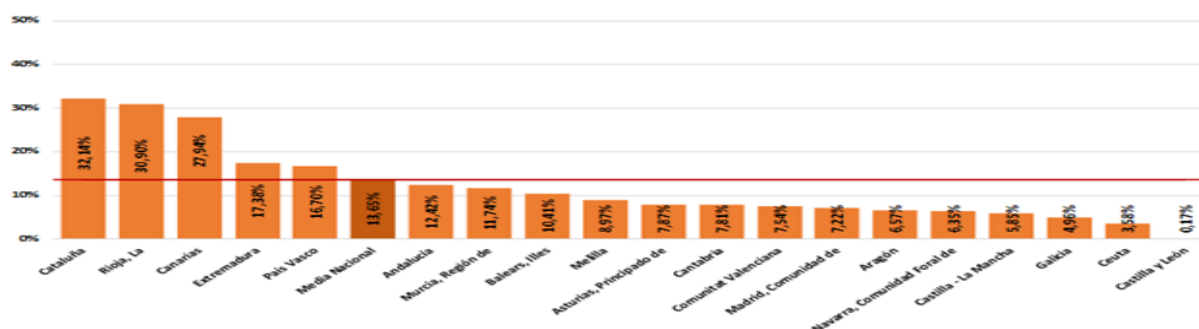
En la Comunidad de Madrid hay un 7,22 % de personas pendiente de recibir prestación a fecha 28 de febrero de 2022. Estando 6,4 puntos por debajo de la media Nacional. Cataluña con un 32,14 % es la mayor y Castilla y León con un 0,17 %, la menor. (Gráfico 31)

Grado I - Análisis por CCAA de las personas beneficiarias y pendientes de concesión de prestación 28 de febrero de 2022



(Gráfico 30). Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

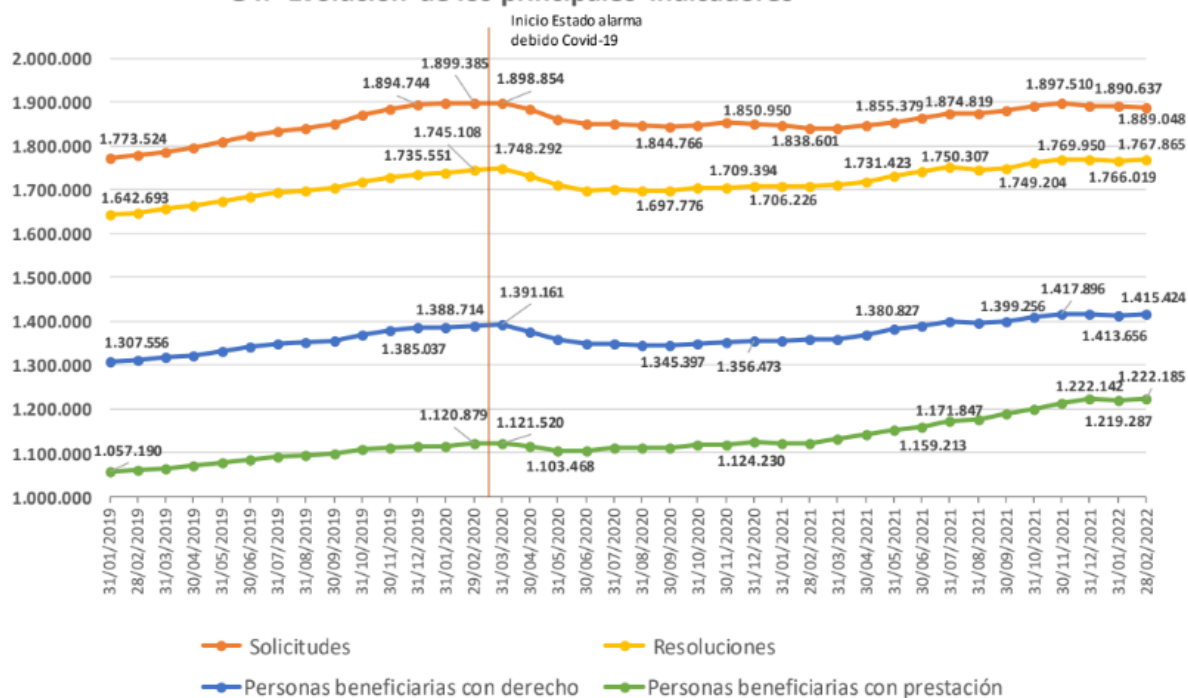
Porcentaje de personas pendientes de recibir prestación del SAAD en cada Comunidad Autónoma a 28 de febrero de 2022



(Gráfico 31). Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

En el gráfico 32, se puede ver la evolución a nivel nacional de los principales indicadores de la Ley de Dependencia, desde 2019, hasta febrero de 2022. Aumentaron 117.113 las solicitudes, 125.172 las resoluciones, 107.868 más de personas beneficiarias con derecho y 164.995 personas beneficiarias con prestación.

## G I.- Evolución de los principales indicadores



(Gráfico 32). Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

### 3. LEGISLACIÓN.

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

A nivel Universal, aunque no tenga específicamente un carácter legislativo, destaca que en el año 2015 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.

España se compromete a:

- consolidar la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo el acceso efectivo y equitativo de las personas residentes en España con independencia de su situación penal, administrativa, o laboral a través de la Ley de medidas para mejorar la equidad, la universalización y cohesión del SNS.
- materializar el anteproyecto de Ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud para introducir el enfoque de la salud en todas las políticas públicas.

- elaborar el marco Estratégico de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud para atender, entre otras, a la mejora de las condiciones de trabajo de los y las profesionales sanitarias y el refuerzo de las plantillas en todos los niveles de asistencia.
- elaborar una Ley Orgánica de universalización de la Atención Temprana y el apoyo al Desarrollo Infantil.
- elaborar la Estrategia Española de Medicina Personalizada de Precisión, que incluye planes de actuación para la generación y utilización de información genómica y molecular de las personas e integración de esta información con datos clínicos.
- elaborar la Estrategia Nacional de Salud Mental, que tendrá especial atención a la equidad de género y a los colectivos procedentes de entornos más vulnerables.

### **A nivel de la Unión Europea, la principal legislación con afectación directa al Sistema Nacional de Salud sería;**

Las diferentes directivas en materia de salud, aunque son los países de la Unión Europea los principales responsables de organizar y prestar servicios sanitarios y atención médica.

La política de salud de la Unión Europea tiene como objeto el complementar las políticas nacionales, garantizar la protección de la salud en la Unión Europea y por último trabajar por una Unión Europea con una la Salud más fuerte.

Puede adoptar legislación sanitaria en virtud del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea: [Artículo 168](#) (protección de la salud pública), artículo 114 (mercado único) y artículo 153 (política social). Entre los ámbitos más importantes en los que la UE ha legislado se incluyen.

- dictamen del Comité Económico y Social europeo sobre “los derechos del paciente”.
- los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.
- los productos farmacéuticos y los productos sanitarios ( fármaco vigilancia, falsificación de medicamentos, ensayos clínicos).
- seguridad sanitaria y enfermedades infecciosas.
- sanidad y servicios asistenciales digitales.
- tabaco.

- trasplante de órganos, sangre, tejidos y células.

El Consejo de la UE también puede dirigir recomendaciones sobre salud pública a los países miembros.

Como la **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea**. Proclamada en el año 2000 en Niza, donde se 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.**

- Constitución Española del año 1978.
- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública,
- Ley 14/1986 General de Sanidad,
- El RD 1575/1993, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud,
- Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud
- Ley 41/2022 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica,
- Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud,
- Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- El RD 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización
- El RD 1093/2010, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud,
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo,
- Ley 33/2011, de Salud Pública,
- El RD ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones,
- El RD ley 7/2018, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

Todos ellos de obligado cumplimiento por las distintas legislaciones autonómicas en la materia.

**A nivel Autonómico la principal legislación que afectaría a la sanidad madrileña sería,**

- Ley Orgánica 3/1983, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid,
- Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Ley 22/2009, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributaria.
- RD 2060/1985, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad de Madrid en materia de Sanidad.
- Real Decreto 1479/2001, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.
- Real Decreto 599/2002, sobre identificación de personal de Servicios Centrales y ampliación de los medios económicos traspasados a la Comunidad de Madrid por Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
- Decretos 14/ 2005 Integración del SERMAS en el Instituto Madrileño de Salud, cambiando su denominación.
- Decreto 24/2008, del Consejo de Gobierno, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud.
- Ley 6/2009, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid
- Ley 11/2017, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.
- Los diferentes presupuestos anuales en materia sanitaria.

El derecho a la protección de la salud se reconoce en el artículo 43 de la Constitución y atribuye a los poderes públicos la competencia para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, lo que implica que el contenido del derecho a la protección de la salud ha de ser fijado por el legislador ordinario, en el marco de competencias que corresponden al Estado y a las Comunidades Autónomas de acuerdo con la distribución constitucional (arts. 148.1.21.<sup>a</sup>, y 149.1.16.<sup>a</sup> y 17.<sup>a</sup>) y con lo que establezcan en cada caso los respectivos Estatutos de Autonomía.

Y se concreta en la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986), que 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, abre 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 cita 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 se 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; entre otras formas jurídicas, la presente disposición ampara la gestión a través de entes interpuestos dotados de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones -en los mismos términos a las ya creadas- u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico.

Por su parte, el Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, aprobado por Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, y reformado por las Leyes Orgánicas 10/1994, de 24 de marzo, y 5/1998, de 7 de julio, establece en su artículo 27.4 y 5 que, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, 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. Por otra parte, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, crea el Sistema Nacional de Salud como conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

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 podemos 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 queremos 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”.
- En la red sanitaria única de utilización pública, se aceptan proveedores privados, aumentando el papel de estos en los servicios públicos.

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.

Esta ley significó la eliminación de las áreas sanitarias, estableciendo un Área de Salud Única integrada por todo el conjunto territorial de la Región, lo que claramente está pensado para fomentar la derivación de enfermos desde el sector público a los centros privados, al poder saltarse la zonificación previa.

Por otra parte, también nos encontramos con la Orden 804/2016, en la que se aprobaban las instrucciones de gestión del Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud. Esta gestión tiene diferentes pasos a seguir, pero el objetivo real es “maquillar” los datos reales sobre la lista de espera.

Su ámbito de aplicación, incluye a todos los pacientes que tienen derecho a asistencia sanitaria pública, que tengan una prescripción programada no urgente de un procedimiento terapéutico o diagnóstico por un médico especialista quirúrgico.

La clasificación de pacientes se divide en:

- Pacientes en espera estructural, están en situación de ser intervenidos pero la espera se debe a la organización y los recursos disponibles.
- Pacientes en espera tras rechazo de la propuesta de intervención en un centro alternativo: en este caso la espera se debe a la libre elección del paciente.
- Pacientes transitoriamente no programables: la programación no es posible por contraindicaciones o porque el paciente solicita un aplazamiento.

Con ello se elimina de las listas de espera a pacientes aunque estos continúen realmente esperando y así se reducen los tiempos de demora contabilizados.

Criterios de inclusión en el registro.

- Generales: aquellos pacientes que pertenecen al Sistema Sanitación de la Comunidad de Madrid, pacientes de otras Comunidades Autónomas (o de la Unión Europea) que hayan sido derivados.
- Clínicos; incluyéndose la visita previa a la consulta de anestesia, lo que se utiliza para disminuir el tiempo computado de espera, de manera que hay un grupo de pacientes no contabilizados “a la espera de entrar en la lista de espera”, cuando lo razonable es que se contabilizase esta desde el momento de la indicación quirúrgica.

Se trata de un registro único para todos los centros públicos y concertados de la Comunidad de Madrid.

El contenido del registro son los datos del paciente, del hospital, relacionados con la intervención, la situación del paciente en relación a la lista de espera y los datos relacionados con la suspensión o baja en la lista de espera.

El flujo de pacientes en la lista, corresponden a los médicos especialistas quirúrgicos que tienen la responsabilidad de establecer e indica la prioridad clínica de los pacientes, así como la derivación de pacientes a otros centros, como pueden ser los privados, con el objeto de reducir la lista de espera.

La salida del Registro de Lista de Espera Quirúrgica corresponde al Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica que haya incluido al paciente.

Y puede ser por diferentes causas

- Suspensión temporal. Debido a causas clínicas, motivos personales, otras situaciones de catástrofe, emergencias o conflicto.
- Obligaciones de los usuarios. Tener sus datos actualizados, informa de cualquier problema (justificarlo), facilita su documentación.

Esta regulación, unida a la libre elección con la implantación del área única, son los instrumentos principales que han contribuido a la privatización sanitaria en la Comunidad de Madrid.

Aunque fue la Ley 8/2012, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas y los presupuestos del año 2013, el mayor intento 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 en su posterior de trasposición al ordenamiento jurídico español mediante la LCSP de 2017. Pero esta Ley no establecía un régimen uniforme para las CCAA que tienen las competencias, para regular las formas de gestión de los servicios sanitarios propios.

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 es 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 Decreto tendría como objetivo simplificar y reducir la tramitación de la contratación de servicios concertados, es decir un desarrollo normativo que establezca las condiciones básicas de aplicación en el ordenamiento autonómico, facilitando con ello al SERMAS de un instrumento jurídico, que con la excusa de favorecer y proporcionar el acceso de los pacientes a los servicios de sanitarios de una manera más ágil. El Decreto contendrá también qué servicios o prestaciones sanitarias pueden ser objeto de concertación.

En el propio informe sobre el impacto económico y presupuestario se dice:

*En el año 2021, el presupuesto del Servicio Madrileño de Salud destinado a atención hospitalaria concertada asciende a 918,7 millones de euros. Cantidad que no va a verse afectada con la aprobación de éste Decreto puesto que, tal y como se ha expuesto en el apartado 2 anterior, **el objetivo de la norma no es conseguir un ahorro económico**, sino proporcionar al Servicio Madrileño de Salud un instrumento jurídico que favorezca y simplifique el acceso de los usuarios a los servicios de carácter sanitario.*

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**

Por tanto, no tendría realmente ningún efecto beneficioso para los pacientes, sino solo para las empresas privadas concesionarias de los servicios externalizados.

#### **4. LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA.**

La privatización de la sanidad en la Comunidad de Madrid comienza antes de las transferencias. En un primer momento se favorecen los mecanismos de gestión privada (personal laboral, personalidad jurídica independiente, etc.) a través de la puesta en marcha de la Fundación Alcorcón, que siendo de propiedad pública empezó a funcionar a través de la gestión privada.

La privatización sanitaria en Madrid viene de lejos, pero es a partir del año 2003, cuando Esperanza Aguirre tomó la presidencia de la Comunidad, con Manuel Lamela como consejero de Sanidad, cuando se intensifica este afán privatizador. Además, se concede la atención sanitaria de un área a la Fundación Jiménez Díaz, que a pesar de haber sido inaugurado con fundación privada en el año 1955, en el año 2003 comienza a ser gestionada por la empresa privada IDC Salud, que actualmente se encuentra en manos de Quirón Salud.

Como ya hemos anticipado, a partir del año 2003 comienza la construcción de nuevos hospitales siguiendo dos modalidades de colaboración público – privada o concesiones que explicaremos a continuación.

#### **Hospitales con modelo Iniciativa de Financiación Privada (PFI)**

Estos hospitales están contruidos por Unión Temporal de Empresas (UTEs), que se forman por una o varias empresas privadas que se dedican a la construcción de la infraestructura y que, posteriormente, se apropian de la gestión de aquellas áreas consideradas no sanitarias, es decir, todos los servicios a excepción de los facultativos, enfermería y los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), que son los únicos servicios que son gestionados a través del sector público.

Los nuevos hospitales de modalidad PFI construidos por Aguirre son 7, siendo uno de estos un traslado:

1. Hospital del Tajo en Aranjuez. Se inauguró en 2008.
2. Hospital Infanta Cristina en Parla. Se inauguró en 2008.
3. Hospital Universitario Puerta de Hierro en Majadahonda. Se traslada desde Madrid a Majadahonda en el año 2008 y sigue el modelo PFI.
4. Hospital Infanta Sofía en San Sebastián de los Reyes. Inaugurado en 2008.
5. Hospital del Henares en Coslada. Se inauguró en 2008 siguiendo el modelo PFI.
6. Hospital Infanta Leonor en Vallecas. Se inauguró en 2008 siguiendo el modelo PFI.
7. Hospital del Sureste en Arganda del Rey. Se inauguró en 2008 siguiendo el modelo PFI.

En relación a estos hospitales debemos resaltar ciertas cuestiones importantes:

→ **Gestión.**

La gestión de los servicios sanitarios de estos nuevos hospitales inicialmente se hace mediante la creación de 6 empresas públicas, correspondiéndole cada una de ellas a uno de los centros. Se excluye el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda.

Posteriormente, en 2016, se acaba con estas 6 empresas y se integra la gestión de todos los hospitales al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

→ **Número de camas insuficiente.**

El número de camas instaladas por 1.000 habitantes en el año 2020 en estos hospitales se encuentra muy por debajo del cómputo total de la Comunidad de Madrid. En la tabla inferior podemos ver que hay 2,11 camas instaladas en la Comunidad de Madrid por cada 1.000 habitantes, mientras que en los hospitales PFI este número dista mucho: en el Hospital del Henares es donde más se acerca a este número, siendo 1,86 camas; seguido por el Hospital Puerta de Hierro con 1,54 camas; estando los demás hospitales 1 punto por debajo en número de camas instaladas.

En cuanto al número de camas funcionantes vemos que el número queda mucho más reducido, llegando a ser en algunos casos un 0,3% menos camas.

	<b>Camas instaladas</b>	<b>x1.000 hab.</b>	<b>Camas funcionantes</b>	<b>x1.000 hab.</b>
<b>Hospital Puerta de Hierro (Majadahonda)</b>	613	1,54	551	1,38
<b>Hospital Infanta Leonor (Vallecas)</b>	361	1,16	242	0,78
<b>Hospital Infanta Cristina (Parla)</b>	188	1,09	176	1,02
<b>Hospital del Tajo (Aranjuez)</b>	102	1,28	98	1,23
<b>Hospital del Henares (Coslada)</b>	323	1,86	254	1,47
<b>Hospital del Sureste (Arganda)</b>	148	0,78	132	0,69
<b>Hospital Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes)</b>	289	0,87	276	0,83
<b>Comunidad de Madrid</b>	14.289	2,11	-	-

*Tabla 1. Número de camas centros PFI 2020.*

*Fuente: Elaboración propia con datos de "Memoria 2020. SERMAS".*

### → Escasez de personal.

En cuanto al número de personal de medicina y enfermería en el año 2020 en la Comunidad de Madrid, vemos nuevamente que es escaso.

En la tabla inferior se puede ver que el personal médico por cada 1.000 habitantes en la Comunidad de Madrid es de 3,6 y que el hospital PFI que más se acerca a esta cifra es el Hospital del Tajo, con 2,28 médicos por cada 1.000 habitantes, casi 1,3 médicos menos.

Lo mismo pasa con el personal de enfermería. La media de la Comunidad es de 3,9 enfermeros por 1.000 habitantes, y el hospital que más se acerca a esta cifra es el Puerta de Hierro, con 3,04 enfermeros, situándose en casi 1 punto por debajo.

*Tabla 2. Personal centros PFI 2020.*

	<b>Medicina</b>	<b>x1000 hab.</b>	<b>Enfermería</b>	<b>x1000 hab.</b>
<b>Hospital Puerta de Hierro (Majadahonda)</b>	707	1,77	1214	3,04

<b>Hospital Infanta Leonor (Vallecas)</b>	534	1,71	793	2,54
<b>Hospital Infanta Cristina (Parla)</b>	222	1,29	286	1,66
<b>Hospital del Tajo (Aranjuez)</b>	182	2,28	225	2,82
<b>Hospital del Henares (Coslada)</b>	262	1,51	424	2,45
<b>Hospital del Sureste (Arganda)</b>	217	1,14	256	1,34
<b>Hospital Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes)</b>	384	1,15	584	1,75
<b>Comunidad de Madrid</b>	13.558	3,6	21.506	3,9

*Fuente: Elaboración propia con datos de “Memoria 2020. SERMAS”.*

→ **Costes elevados.**

En cuanto a los costes de estos hospitales sabemos que han sido sumamente elevados y que la transparencia en los presupuestos ha sido escasa. El coste de construcción fue de 701 millones de euros y el canon de alquiler establecido inicialmente de 158,2 millones de euros, lo que supone que en 30 años será de 4.746 millones de euros. No obstante se conoce que en 2010 el Consejo de Gobierno de la Comunidad “rescató” a estos hospitales e incrementó el canon anual en 1.896 millones de euros anuales. Posteriormente se realizan 3 modificaciones que incrementan notablemente los costes (se pasa a 4.894 millones de euros a 6.018 millones de euros en 2016). Por otro lado, el canon está vinculado al IPC lo que supone incrementos anuales independientemente del aumento o disminución de los presupuestos sanitarios (se calcula un aumento de 327 millones de euros debidos al IPC). De esta manera el sobrecoste final resulta complicado de conocer pero probablemente se situará por encima de 8 veces el coste de construcción (8,56 veces en 2016). También hay que añadir que se contrató una empresa privada para el control de los centros con el coste de 2,4 millones de euros.

Además, en la tabla inferior se puede ver el compromiso de gasto de la Comunidad de Madrid con estos hospitales en el año 2019. Que claramente parece ir aumentando el coste final total.

Tabla 3. Presupuestos concesiones Hospitales PFI 2019.

<b>Hospital Puerta de Hierro (Majadahonda)</b>	84.556.552€
<b>Hospital Infanta Leonor (Vallecas)</b>	25.808.031€
<b>Hospital Infanta Cristina (Parla)</b>	16.464.733€
<b>Hospital del Tajo (Aranjuez)</b>	11.872.677€
<b>Hospital del Henares (Coslada)</b>	18.033.827€
<b>Hospital del Sureste (Arganda)</b>	15.539.705€
<b>Hospital Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes)</b>	26.263.262€

Fuente: Elaboración propia con datos de los Presupuestos Generales 2019

### → Subvenciones ocultas e incumplimientos.

Las subvenciones ocultas a las empresas han sido múltiples, y precisamente por su carácter de “ocultas” no pueden ser bien conocidas. Aun así, se sabe que en el caso del Hospital de Majadahonda la Sanidad Pública se hizo cargo durante varios años gratuitamente del mantenimiento del centro, a pesar de que según el contrato esta tarea corresponde a la concesionaria.

Asimismo, la Intervención General de la Comunidad de Madrid detectó que, en el caso del hospital de Vallecas, se habían realizado por parte de la Consejería de Sanidad pagos que correspondían a la empresa concesionaria, como 1,15 millones de euros por conservación de la parcela (competencia de la concesionaria) y 366.000 de euros por “reparaciones debidas al mal uso del aparataje”, pagando por personal administrativo que debería de ser de la concesionaria (608.000 de euros anuales) y pagando las facturas del gas de la cocina.

Además, se utilizó presupuesto del Hospital Virgen de la Torre (gestión pública tradicional) para cubrir recursos humanos en el Hospital Infanta Leonor, y también se pagó a la concesionaria por el uso de plazas del aparcamiento del hospital de Vallecas cuyo uso, según el contrato, debía ser gratuito. Tampoco se controla al personal de las concesionarias, que es significativamente menor al fijado en los contratos sin que la Consejería de Sanidad adopte medida alguna.

Las concesionarias no alcanzaron el volumen de actividad previsto en los contratos y a pesar de ello no se realizaron los ajustes por variación del volumen previstos (ahorros estimados en 1,359 millones de euros). El consumo energético ha sido muy superior al de los centros tradicionales (2 y 3 veces según los años) porque se calcula la tarifa de eficiencia energética sobre los 2 primeros años de funcionamiento.

Las deducciones en el canon han sido mínimas (0,2% del importe hasta 2016) y las penalizaciones ridículas (0,036%).

→ **Laboratorio privatizado y radiología externalizada.**

El laboratorio de los nuevos hospitales se contrata con la empresa privada Unilabs, inicialmente de Ribera Salud y actualmente en manos de Labco Quality Diagnostics, una multinacional de origen francés que opera en 7 países: Bélgica, España, Francia, Italia, Portugal, Reino Unido y Suiza.

En el año 2020, la población a la que el laboratorio central prestó sus servicios fue de 1.254.712 habitantes. Se recibieron 2.023.127 peticiones en las que se procesaron 20.661.683 determinaciones. Estos datos suponen un promedio global de 10,2 determinaciones por petición, así como 134 peticiones y 1.372 determinaciones por 1.000 habitantes. Hay que tener en cuenta que el laboratorio central no solo atiende a los hospitales PFI sino también a los centros de salud de su zona de referencia.

En la siguiente tabla se puede ver la distribución porcentual entre las peticiones y las determinaciones al laboratorio central en el año 2020 de los Hospitales PFI.

Tabla 4. Porcentaje de peticiones y determinaciones al laboratorio central Hospitales PFI 2020.

	Peticiones	Determinaciones
Hospital Infanta Leonor (Vallecas)	11%	17%
Hospital Infanta Cristina (Parla)	5%	8%
Hospital del Tajo (Aranjuez)	4%	6%
Hospital del Henares (Coslada)	7%	11%
Hospital del Sureste (Arganda)	4%	7%
Hospital Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes)	12%	15%
Otros	57%	36%

Fuente: Elaboración propia con datos de "Memoria 2020. SERMAS".

En cuanto a la radiología, esta se centraliza en el Hospital Infanta Sofía, en San Sebastián de los Reyes, en un denominado "anillo radiológico". Para gestionar este servicio se crea

una empresa pública, que tiene un presupuesto propio, como sucede con el laboratorio privatizado; no contabilizados en los costes de los hospitales PFI. Obviamente los sobrecostes se incrementan y resultan aún más difícil de calcular porque además atienden a Atención Primaria.

→ **Pretensiones de convertir estos hospitales en centros de gestión privada.**

El intento de pasar al modelo de concesión se produce con la aprobación del Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid; que se aprobó con los presupuestos de 2013 pese a la fuerte oposición social y profesional.

En este Plan, se planteaba la conversión de los 6 nuevos hospitales PFI en concesiones administrativas, mediante la concesión de la parte sanitaria a empresas privadas. Como es conocido, no se llevó a efecto por la paralización judicial del proceso, pero de los documentos publicados se deduce que se incrementaron notablemente los costes (sobre el sobrecoste que ya padecían estos centros): el coste calculado en 10 años era de 6.420 millones de euros, lo que producía un incremento del coste de las camas que se situaba en 610.266 de euros año (en ese año el del Hospital de la Princesa que se quería convertir en un centro de larga estancia era de 280.248 de euros).

Además, existía una actualización anual y automática de la cápita, y se les traspasaba la dotación tecnológica a precios muy inferiores a los del mercado (se calcula que ello suponía 4,7 millones de euros de “bonificación”), con ello el coste de la estancia hospitalaria se situaría en 2.071 de euros al día (678,63 de euros en red pública).

→ **Infraestructura de baja calidad.**

Las infraestructuras construidas son de baja calidad y aunque tienen un exterior vistoso y aparatoso presentan múltiples defectos estructurales, lo cuales, dificultan su correcto funcionamiento. Esto se demostró en la inspección realizada por la Inspección de Trabajo a instancias de CCOO en los hospitales de Parla, San Sebastián de los Reyes, Vallecas, Coslada, Arganda y Aranjuez. Se encontraron carencias básicas, faltas abundantes de material como guantes, sillas de ruedas, sábanas, etc., graves fallos de vigilancia y de falta de personal. Además, existen muchas diferencias entre el mobiliario que figura en los contratos y aquellos que aparecen en los informes de la Cámara de Cuentas.

Por otro lado, se produjeron importantes retrasos en las entregas de las obras, 5 hospitales se entregaron un año después de lo previsto y uno de ellos, el de Majadahonda, 3 años después, cuando precisamente según el Informe de la OMS (2006) el cumplimiento de los plazos de construcción es precisamente la única virtud reconocida del modelo PFI. En el caso de la Comunidad de Madrid ni siquiera esto se consiguió.

### → **Venta a otras empresas multinacionales.**

Estos hospitales conllevan un proceso de venta paulatina a multinacionales y fondos de capital-riesgo. Aunque, en este caso, las empresas que recibieron las concesiones eran básicamente constructoras, con posterioridad se fueron produciendo ventas a otras entidades, generalmente empresas multinacionales de seguros y/o provisión sanitaria, y a entidades de capital/riesgo.

Por ejemplo, el 49% de los hospitales de Coslada y Parla fueron vendidos por Sacyr a LBIP B.V. fondo de infraestructuras propiedad de LLOYD Bank; el hospital de Majadahonda fue vendido por ACS al fondo holandés DIF (Dutch Infrastructure Fund) especializado en infraestructuras, que opera en Europa y Latinoamérica; el hospital de Arganda también ha sido vendido a LIBP B. V., con lo que se generan verdaderos oligopolios que acaban teniendo una capacidad privilegiada para imponer sus condiciones a la administración sanitaria.

### **Hospitales con modelo de Partenariado Público Privado (PPP)**

Estos hospitales también son conocidos como *Modelo Alzira*<sup>1</sup>, se trata de hospitales con concesiones administrativas, donde además de la construcción del hospital, la entidad privada se hace cargo de los servicios asistenciales, por un tiempo determinado de entre 20 y 30 años.

Los hospitales PPP que se construyeron en la Comunidad de Madrid fueron 4:

1. Hospital Universitario Infanta Elena en Valdemoro. Se inauguró en 2007.
2. Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz. Se inauguró en 2011.
3. Hospital Rey Juan Carlos en Móstoles. Se inauguró en 2012.
4. Hospital General de Collado-Villalba. Se inauguró en 2014.

---

<sup>1</sup> Este nombre se debe a lo sucedido en la Comunidad Valenciana, dónde el primer hospital público con gestión privada (mediante concesión) fue el Hospital de Alzira. (Beiras Cal y Sánchez Bayle, 2015).

Estos hospitales, al igual que los PFI tienen muy poca transparencia, aunque en este caso aún menos. En relación a estos hospitales debemos resaltar ciertas cuestiones importantes:

→ **Número de camas insuficiente.**

Al igual que hemos visto con los hospitales PFI, el número de camas tiende a ser menos que en la media de la Comunidad, aunque claramente en este caso es mucho mayor.

Se ve así, en la tabla inferior, que el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles tiene un mayor número de camas instaladas por mil habitantes (2,13) que la media de la Comunidad (2,11).

Otra cuestión a destacar es que en el Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz en el año 2020 hubo 98 camas instaladas que no se usaron; una cifra muy elevada en comparación a los demás hospitales.

Tabla 5. Camas Hospitales PPP 2020.

	Camas instaladas	x1000 hab.	Camas funcionantes	x1000 hab.
Hospital Infanta Elena (Valdemoro)	182	1,49	158	1,29
Hospital General de Collado-Villalba	217	1,79	190	1,56
Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz	250	1,63	152	0,99
Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles)	364	2,13	348	2,04
Comunidad de Madrid	14.289	2,11	-	-

Fuente: Elaboración propia con datos de "Memoria 2020. SERMAS".

→ **Escasez de personal.**

En cuanto al personal de medicina y enfermería vemos que todos estos hospitales se encuentran en números inferiores al cómputo de la Comunidad en cuanto a personal por 1.000 habitantes. En la tabla inferior se ve que tanto en personal médico (2,21), como en personal de enfermería (3,65) es el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles el que más se acerca a las cifras autonómicas: siendo 3,6 en personal de medicina por mil habitantes, y 3,65 en personal de enfermería por mil habitantes.

Tabla 6. Personal centros PPP 2020.

	Medicina	x1000 hab.	Enfermería	x1000 hab.

<b>Hospital Infanta Elena (Valdemoro)</b>	233	1,91	220	1,80
<b>Hospital General de Collado-Villalba</b>	239	1,97	208	1,71
<b>Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz</b>	281	1,83	304	1,98
<b>Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles)</b>	378	2,21	624	3,65
<b>Comunidad de Madrid</b>	13.558	3,60	21506	3,90

*Fuente: Elaboración propia con datos de "Memoria 2020. SERMAS".*

### → Costes más elevados que en el modelo PFI.

El sistema de concesión administrativa PPP garantiza un canon durante 30 años a las empresas concesionarias, con sistemas que garantizan la actualización anual del mismo, de manera independiente a que se haya producido o no un aumento de los presupuestos sanitarios. El coste por cama de estos centros es netamente superior al de los centros de gestión tradicional.

También se producen numerosas anomalías, por ejemplo, la concesionaria del hospital de Collado-Villalba percibió, durante 22 meses, 18.9 millones de euros a pesar de que el centro no se había inaugurado. Asimismo, los ayuntamientos de Villalba y Móstoles corrieron con los gastos de la construcción de accesos a los hospitales de sus respectivos centros (219.000€); que no repercutió a la concesionaria y que según el contrato deberían correr a su cuenta, lo que se ha descubierto en 2018 gracias a un informe de la Cámara de Cuentas.

### → La concentración empresarial en las concesiones administrativas crea un oligopolio.

Las sucesivas concesiones y las compras empresariales hacen que 3 de las 4 concesiones administrativas estén en manos de una única empresa, QuirónSalud, que además gestiona la Fundación Jiménez Díaz, con lo que un 12,47% de la población madrileña depende para su asistencia sanitaria sufragada con fondos públicos de esta empresa. Este hecho produce una situación anómala de prácticamente un oligopolio y prácticas de holding entre los 4 hospitales gestionados por la misma empresa que planifican y coordinan su actuación utilizando para ello otros recursos públicos. como el transporte sanitario.

La otra empresa es BUPA-Sanitas, una multinacional de origen británico, que compró el centro de Torrejón a Ribera Salud, pero que posteriormente, en octubre de 2018 se vuelve a vender a Ribera Salud.

### → Selección de riesgos.

Una última cuestión muy relevante es la que tiene que ver con la denominada “selección de riesgos”, es decir, lo referente a la derivación a otros centros de los enfermos más graves o que precisan técnicas diagnósticas o tratamientos más costosos. Con la habitual falta de transparencia, la Consejería de Sanidad no proporciona datos al respecto. No obstante, la práctica diaria en los centros de gestión pública deja claro que es una costumbre de los centros concesionados que se especializan en atraer y tratar aquellos enfermos que presentan patologías rentables.

### **Fundación Jiménez Díaz**

La Fundación Jiménez Díaz (FJD) es un centro privado fundado en 1955 como Clínica de la Concepción por Carlos Jiménez Díaz, que posteriormente se convirtió en Fundación.

Mantiene desde 1970 convenios con la Seguridad Social para la asistencia de enfermos, conviviendo con un sector dedicado a la asistencia de enfermos privados.

La entidad sufre varias crisis económicas que son reflotadas con fondos públicos y en 2003 se hace con la misma IDC mediante la creación de una UTE con la FJD, en 2005 se produce la transferencia desde IDC a CAPIO, y en 2008 se convierte en centro de referencia de 400.000 madrileños y se le adscriben, sin contraprestación alguna, 2 centros de especialidades de Madrid (Pontones y Quintana), quedando la Comunidad de Madrid vinculada a la FJD hasta el año 2041. En 2016 pasa a hacerse cargo del centro la multinacional QuirónSalud.

En el documento elaborado por la Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad sobre la FJS - Fresenius, se pueden calcular - con los datos públicos que existen, y teniendo en cuenta que faltan muchas otras cantidades por estimar - unos sobrecostes de 1.164 millones de euros.

La compra de la FJD por QuirónSalud y de esta por Fresenius Helios, ha generado un potente grupo privado de asistencia sanitaria con financiación pública que atiende al 12,47% de la población madrileña, y que funciona como un sistema integrado autónomo que deriva pacientes de uno a otro hospital del holding de acuerdo con una mayor rentabilización de los recursos propios, utilizando para ello frecuentemente el transporte sanitario público, sin coste alguno.

Otro hecho llamativo son los significativos sobrecostes que tienen las patologías atendidas en la FJD. Por lo que resulta inexplicable desde el punto de vista de la eficiencia y hace sospechar que aparte del interés privatizador existen otros más inconfesables.

### **Otras privatizaciones**

La infraestructura informática de software está gestionada por empresas privadas en cuyas manos se deja toda la información clínica de los usuarios del sistema sanitario público; destacando además en un mal funcionamiento y dificultades de interconexión entre centros. La informática se adjudicó a Accenture en 2012 por 16 millones de euros, prorrogando en dos ocasiones (por 4.181 y 4.182 millones de euros). Paralelamente se produjo la hibridación de los servicios informáticos propios del SERMAS.

Por otra parte, la Lavandería de Mejorada del Campo, que procesaba la ropa de todos los centros hospitalarios y que se cedió a Ilunion (empresa del grupo ONCE) con un gran deterioro de la calidad del servicio. También, la donación periférica de sangre quedó en manos de Cruz Roja, con quien se mantiene el contrato a pesar del reiterado incumplimiento de los objetivos marcados y del sobrecoste que se produce. También nos encontramos con el programa DEPRECAM de detección del cáncer de mama que está totalmente privatizado.

Además, destaca también la privatización del “centro de llamadas”, que gestiona las citas de las consultas externas de atención especializada, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, que está privatizado y se dedica de manera sistemática a la derivación de los usuarios hacia el sector privado. Este papel es más importante en la medida en que se ha optado por una estrategia más silenciosa, individual y “a paso de tortuga” de la privatización de la Sanidad Pública madrileña, una vez que se comprobó que una estrategia más frontal recogía un amplio rechazo social y profesional.

### **La privatización durante la covid19**

Aunque la Covid 19 supuso una gran presión sobre el sistema sanitario y la respuesta vino fundamentalmente desde los centros públicos, el gobierno de la Comunidad de Madrid no dudo en aprovechar la circunstancia, la urgencia y la necesidad de realizar actuaciones rápidas con escaso control y sin seguir los tramites habituales (concursos públicos, etc) para favorecer la privatización de prestaciones de la Sanidad madrileña. Algunas de las actuaciones más reseñables son:

- Los contratos con empresas privadas para el montaje y posterior desmantelamiento de la adaptación del IFEMA para hospitalización de enfermos covid19

- Los rastreadores que se contratan con Ribera Salud después de declinar los ofrecimientos gratuitos de Ayuntamientos y del Ministerio de Defensa.
- Los hoteles para “aislamientos” que nunca estuvieron medicalizados
- La derivación de los enfermos menos graves o en convalecencia a los centros privados tras el precipitado cierre del IFEMA
- Las PCR que se derivan a los centros privados por no haber reforzado la capacidad de los laboratorios de los centros públicos
- La realización de pruebas indiscriminadas a la población mediante conciertos con empresas privadas
- La compra de material en países extranjeros con calidades no homologadas y a precios superiores a los del mercado
- La construcción y mantenimiento del llamado “hospital” Isabel Zendal (en realidad un hangar con camas, con dotaciones mínimas y sin quirófanos) que se presupuesto en 50 millones € y que acabo costando más de 200.
- La vacunación en centros privados mientras se impide y/o minimiza su realización en los centros de salud
- La realización de test en farmacias con condiciones inadecuadas y escaso control

Todo ello trufado de numerosas irregularidades y sospechas de amiguismo y/o nepotismo, como los contratos con el hermano de la Sra. Ayuso, los contratos con un socio de su madre o los realizados con la empresa donde trabaja su ex (al que le resulta difícil encontrar por la calle pero parece que fácil a la hora de beneficiarle con contratos públicos).

## 5. FINANCIACIÓN Y GASTO

### Introducción

En el presente capítulo analizaremos 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 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 sus carencias y vulnerabilidades que es urgente reforzar.

De manera previa 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. La llegada de la Pandemia Covid-19 ha acrecentado estas deficiencias estructurales de manera acelerada, haciendo impostergable la reversión de las políticas sanitarias aplicadas por los distintos gobiernos del Partido Popular.

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 la privatizaciones, a través de desregular los servicios sanitarios públicos, separando la financiación de la provisión y derivando servicios al sector privado. Por último, el recorte de los presupuestos sanitarios, con la consecuente pérdida de calidad asistencial, ha incentivado, a su vez, el aseguramiento privado en la Comunidad de Madrid,

Debemos de recordar que la sanidad constituye uno de los pilares básicos del régimen de bienestar de cualquier país desarrollado. Por esta razón representa en las políticas públicas uno de los principales componentes del gasto social y constituye uno de los programas principales de protección social.

La asistencia sanitaria es una prestación no contributiva cuya financiación se realiza a través de impuestos. Por ello la atención sanitaria es uno de los instrumentos más importantes de redistribución de la renta entre los ciudadanos, cada uno aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud. Desde el año 2002, la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid es de competencia autonómica y su financiación anual está recogida en los Presupuestos Regionales.

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” el sistema sanitario madrileño ha ido externalizando al sector privado cada vez más servicios, un proceso que ya había comenzado anteriormente a la crisis económica de 2008 – 2014, pero que se profundizó y aceleró durante la misma.

Destacando los ajustes de recorte de gasto sanitario del año 2012, apoyados por los el RDL 16/2012 y su desarrollo en 1192/2012, que implicaron consecuencias como:

- reducción de la cobertura sanitaria (quedando colectivos vulnerables excluidos)

- imposición de nuevos costes al paciente mediante formas de copago (medicamentos)
- reducciones de personal y servicios prestados.

Alguna de estas consecuencias aún hoy no se han recuperado y si lo han hecho ha sido de manera insuficiente para cubrir las nuevas necesidades.

## La Financiación

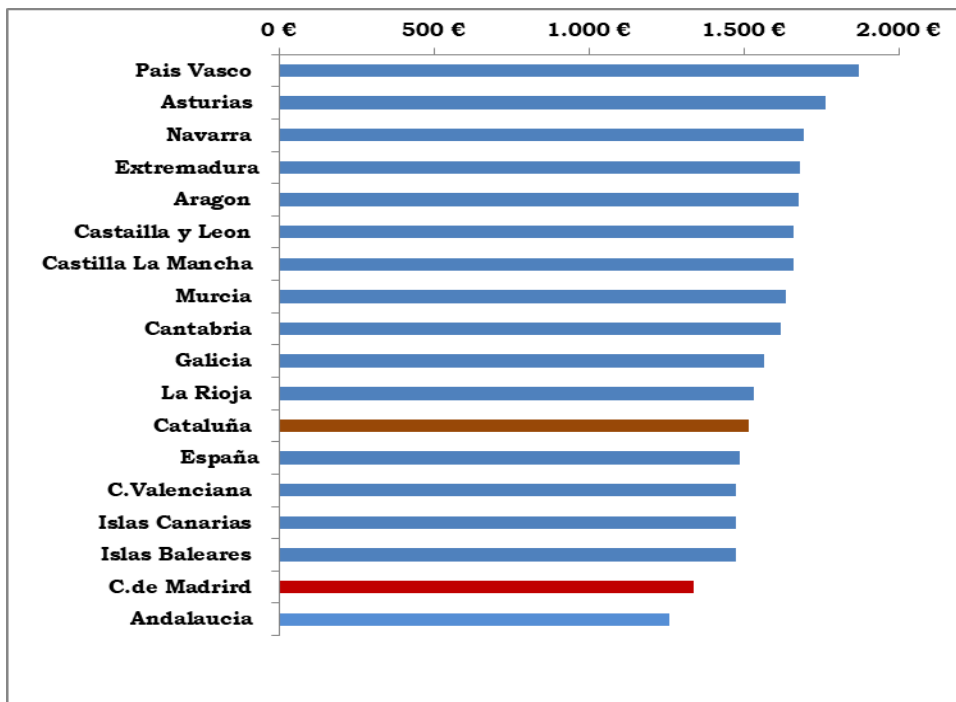
La financiación del gasto sanitario supone el principal gasto que soportan las CCAA que son las que detentan las competencias en materia de prestación de servicios sanitarios. Aunque como podemos observar en el siguiente cuadro existen diferencias sustanciales de financiación del gasto sanitario entre las distintas CCAA.

*Gasto sanitario público consolidado 2019 según comunidad autónoma. Millones de euros, Porcentaje sobre PIB y Euros por habitante.*

CCAA	Millones de €	% sobre PIB	€ por Habitante
<b>España</b>	<b>69.744 €</b>	<b>5,6</b>	<b>1.486 €</b>
Cataluña	11.532 €	4,9	1.515 €
Andalucía	10.658 €	6,4	1.262 €
<b>C.de Madrid</b>	<b>8.962 €</b>	<b>3,7</b>	<b>1.340 €</b>
C.Valenciana	7.386 €	6,4	1.477 €
Galicia	4.231 €	6,6	1.568 €
Pais Vasco	4.087 €	5,5	1.873 €
Castilla y Leon	3.991 €	6,7	1.661 €
Islas Canarias	3.280 €	7	1.477 €
Castilla La Mancha	3.061 €	6,7	1.661 €
Murcia	2.449 €	7,6	1.638 €
Aragón	2.221 €	5,8	1.677 €
Asturias	1.798 €	7,6	1.763 €
Extremadura	1.788 €	8,6	1.682 €
Islas Baleares	1.767 €	5,2	1.475 €
Navarra	1.106 €	5,3	1.694 €
Cantabria	943 €	6,6	1.621 €
La Rioja	483 €	5,4	1.535 €

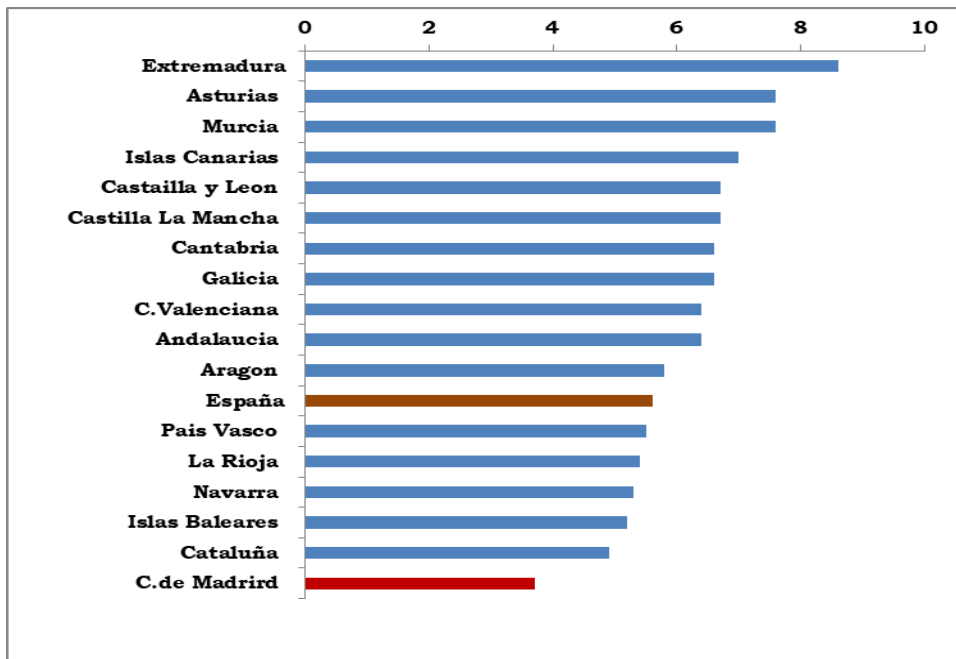
*Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Gasto Sanitario Público 2019 del Ministerio de Sanidad.*

**Ranking Gasto sanitario público consolidado, euros por habitante Comunidades Autónomas 2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Gasto Sanitario Público 2019 del Ministerio de Sanidad.

**Ranking Gasto sanitario público consolidado, euros por habitante Comunidades Autónomas 2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Gasto Sanitario Público 2019 del Ministerio de Sanidad.

Como observamos en las tablas superiores, el gasto sanitario representa un gasto importante en los presupuestos de las distintas CCAA, en términos absolutos, las tres

primeras serían Cataluña, Andalucía y Madrid, algo lógico al ser las que mayor población tienen, sin embargo si distribuimos este gasto absoluto en relación a la población, es decir lo gastado por habitante observamos que las tres primeras CCAA serían País Vasco, Asturias y Navarra.

Por último, se comparamos el gasto sanitario en función del PIB Regional de cada una de ellas, observamos la importancia que tiene el mismo dentro de cada una de las economías regionales, siendo las tres primeras serían Extremadura, Asturias y Murcia.

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%. Es decir, la comunidad autónoma con mayor riqueza en términos económicos es la que menos esfuerzo de gasto realizó en el año 2019 en materia sanitaria, algo que viene sucediendo desde el año 2004.

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 atención primaria.

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

El gasto sanitario del año 2009 alcanzó los 7.983 millones de euros, pero desde ese momento fue cayendo hasta los 6.944 millones del año 2014, para comenzar a incrementarse desde el año 2015 hasta llegar al año 2019 donde por primera vez se presupuestó por encima del año 2009 por un importe de 8.109 millones.

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 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 menos.

En segundo lugar el capítulo 6 correspondientes a las inversiones reales (construcción, rehabilitación o dotación de centros sanitarios) con un ajuste del 67%, y que significó un descenso de 395 camas disponibles en los hospitales públicos madrileños y el estancamiento del número de Centros de Salud en 265 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 aumentaron en un 95%.

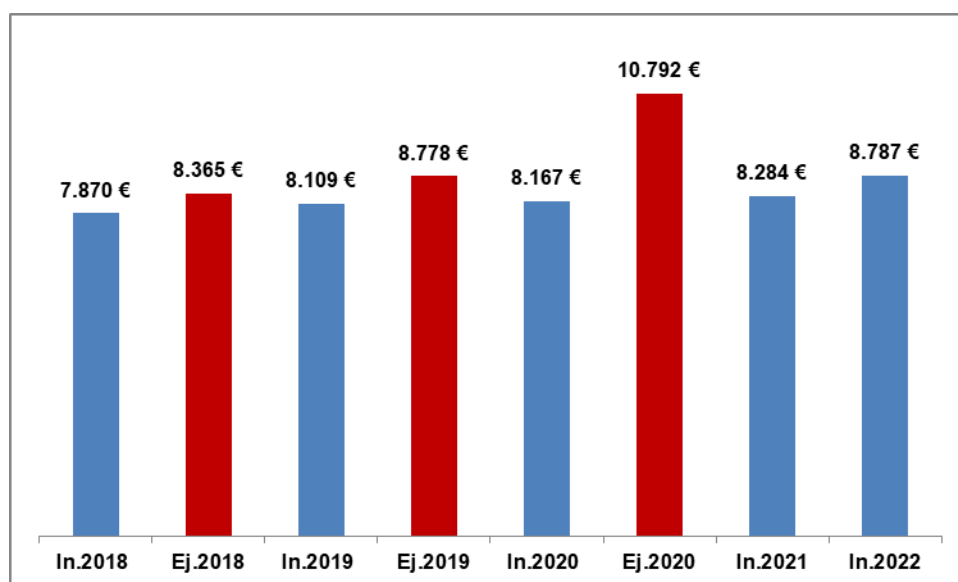
### **Presupuestos Consejería de Sanidad.**

Como se puede observar en el gráfico, 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. Como veremos 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, el otro capítulo donde más desviaciones se producen al alta es en el capítulo 4 “Transferencias Corrientes” y específicamente en las Recetas Médicas, dentro del Programa 312B Atención Primaria.

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.

### ***Presupuestos sanitarios Iniciales y Ejecutados, Comunidad de Madrid 2018 – 2022***



*Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de la Comunidad de Madrid.*

*Nota: En estos momentos no se ha publicado la ejecución del año 2021.*

### **Presupuestos 2019**

Los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para 2019 asignaban a la Consejería de Sanidad créditos por importe de 8.109 millones de euros.

En relación con el presupuesto 2018, los créditos totales asignados a la Consejería de Sanidad se incrementan un 3,03%, lo que suponen 238 millones euros más que en el Presupuesto inicial de 2018. Pero si observamos la liquidación del año 2018, no se produce incremento alguno sino una disminución, en el año 2018 la consejería ejecuto un gasto de 8.865 millones de euros, lo que significa que se estaba presupuestando 257 millones de euros menos de lo gastado en 2018, un 3,07% menos.

PRESUPUESTOS DE SANIDAD	Ejecutado 2018	Inicial 2019	Diferencia Eje 2018	% Dif Eje 2018
1 Gastos de Personal	3.543,00	3.648,11 €	105,11 €	2,97%
2 Gastos Corrientes Bienes y Servicios	3.053,00	2.870,98 €	-182,02 €	-5,96%
3 Gastos Financieros	3,60	0,57 €	-3,03 €	-84,17%
4 Transferencias Corrientes	1.309,00	1.123,56 €	-185,44 €	-14,17%
<b>OPER. CORRIENTES</b>	<b>7.908,60</b>	<b>7.643,22 €</b>	<b>-265,38 €</b>	<b>-3,36%</b>
6 Inversiones Reales	134,00	179,56 €	45,56 €	34,00%
7 Transferencias de Capital	6,00	6,00 €	0,00 €	0,00%
<b>OPERACIONES DE CAPITAL</b>	<b>140,00</b>	<b>185,56 €</b>	<b>45,56 €</b>	<b>32,54%</b>
8 Activos Financieros	317,00	280,18 €	-36,82 €	-11,62%
<b>OPERACIONES FINANCIERAS</b>	<b>317,00</b>	<b>280,18 €</b>	<b>-36,82 €</b>	<b>-11,62%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>8.365,60</b>	<b>8.108,96 €</b>	<b>-256,64 €</b>	<b>-3,07%</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de la Comunidad de Madrid.*

En la Memoria que presentaba la Consejería de Sanidad, se definían unos objetivos, que de manera resumida serían los siguientes.

En la atención primaria,

- continuar con el programa de detección precoz del cáncer de colon,
- continuar con el programa de atención dental infantil,
- desarrollo de la estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas,
- desarrollo de la atención domiciliaria,
- continuar la asistencia de los pacientes con necesidades paliativas,
- en materia de infraestructuras sanitarias la construcción de nuevos centros y sustituyendo o reformando aquellos con problemas de infraestructura o falta de espacio.

Para ello, se anunció que se invertirían 24,3 millones para realizar estas actuaciones en 27 centros de salud de la región.

En la atención especializada:

Se anuncia un nuevo Plan de Modernización de Infraestructuras Hospitalarias 2019-2028 con el que se reformarán, integral o parcialmente, 22 hospitales públicos de la región con

una inversión de **1.000 millones de euros en los próximos 10 ejercicios**. Durante el ejercicio 2019, se anunciaba el inicio de las principales actuaciones de reforma integral de los 7 mayores hospitales públicos madrileños y la reforma puntual y mejora de otros 14 hospitales.

- Además, se iniciarán los trabajos de estudio para la conversión del antiguo Hospital Puerta de Hierro en un nuevo Centro Hospitalario de Cuidados y Recuperación Funcional.
- Se anuncia un nuevo, Plan de Equipamiento Sanitario y de Alta Tecnología, que incluye el Programa regional de Cirugía Robótica, con una inversión total de **312 millones de euros para los próximos ocho ejercicios**. Destaca la adquisición de 23 equipos de última generación para el tratamiento de lesiones cancerosas, y la adquisición de seis nuevos robots de cirugía mínimamente invasiva (Da Vinci).
- la digitalización de los historiales clínicos de los pacientes en una base única de datos,
- la creación de más servicios en el portal de salud de la consejería.
- la extensión y ampliación de la política de vacunaciones.

En materia de personal,

Se estimaba un coste de personal para cubrir las necesidades de 75.688 trabajadores, con una cifra de 3.348,11 millones de euros, un incremento de 172,24 millones, que representa un 4,96%.

- recuperación de la Carrera Profesional de manera progresiva para el año 2019 se estima por este concepto 50,5 millones de euros.
- se dotaban 5,7 millones en la Atención Primaria destinados a nuevas contrataciones enmarcada dentro de las actuaciones del Plan de Mejora de Atención Primaria y otros 1,4 millones de euros, para el SUMMA 112,
- otros 24,5 millones de euros para la Atención Hospitalaria: con el objeto de la creación de nuevas categorías como las de enfermera especialista con 1,8 millones de euros, prevención del cáncer otros 1,8 millones de euros, para el Plan de cuidados paliativos se dotaba 2,6 millones de euros, estas cifras corresponden a la contratación de 22 facultativos entre médicos y psicólogos, 11 enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería, 6 trabajadores sociales y 4 auxiliares administrativos.
- Para el Plan Regional de Salud Mental se destina la cantidad de 5,2 millones de euros, para los servicios de farmacia se dotan 2,1 millones de euros más, así como la regularización de plantillas de Atención Hospitalaria otros 10,9 millones de euros.

Como podemos observar la mayoría de objetivos venían arrastrados 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, por otra parte todos estos objetivos exigían mayores esfuerzos presupuestarios, siendo imposible su cumplimiento cuando se presupuestaba un cifra que representa menos de lo gastado hace en el ejercicio anterior.

El presupuesto regional de sanidad, cuenta con un aumento del 3,03%, en valores absolutos el presupuesto crecía en 238,64 millones de euros, sobre lo presupuestado en el año 2018, aunque realmente sobre lo ejecutado en 2018, era un descenso de 321 millones de euros.

Si analizáramos el gasto por capítulos podíamos comprobar, que todos aumentan, con la excepción del Capítulo 3 “Gasto Financiero” y el Capítulo 7 “Transferencias Capital”.

El resto aumentaban, el Capítulo 1 “Gasto de Personal” en un 4,96% el Capítulo 2 “Gasto Corriente en Bienes y Servicios” en un 0,82%, el capítulo 4 “Transferencias Corrientes” el 0,59%, el Capítulo 6 “Inversiones Reales” en un 23,83% y el Capítulo 8 “Activos Financieros” que crece en un 0,75%.

En el **Capítulo 1 “Gastos de Personal”**, 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 Socio sanitarios de CCOO Madrid, a partir de 2014 se ha recuperado la plantilla levemente, y como observamos en el cuadro el gasto en personal ha ido aumentando año tras año. Según las Memorias del SERMAS en al finalizar el año 2009 había 75.490 profesionales, al finalizar el año 2019, había a 31 de diciembre 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.

**El Capítulo 2 “Gastos Corrientes en Bienes y Servicios”**, ha ido creciendo de manera sostenida y continúa a lo largo de los años. En el año 2019, se produce un nuevo aumento de 23,28 millones de euros, un 0,82%, una cantidad menor que en años anteriores. Dado que en el periodo 2004 – 2017 creció en 1.400 millones de euros. En este capítulo se refleja

el gasto de servicios contratados con medios ajenos como la limpieza o la seguridad así como para la asistencia sanitaria, es decir, reflejando con ello el gasto en privatizaciones y externalizaciones.

Los gastos más importantes:

- Trabajos relacionados con los sistemas de Información (Procesos de Datos): 37,82 millones de euros.
- Centralización de servicios generales (limpieza, seguridad, lavandería y otros) en Atención Primaria de Salud y Atención Hospitalaria por 132,24 millones de euros.
- Externalización de pruebas diagnósticas por imagen, con objeto reducir Lista de Espera Diagnóstica por 29,22 millones de euros.
- Conciertos con entidades privadas para la prestación de asistencia sanitaria, por 978,5 millones de euros.
- Material sanitario y productos farmacéuticos y hemoderivados para utilización de todos los centros del SERMAS, por 1.135 millones de euros. Este gasto una vez ejecutado en los últimos años se dispara entre 300 y 600 millones más. En 2019 en la ejecución publicada el exceso fue de 480 millones de euros. Una de las causas es la no existencia de una Central Única Hospitalaria, compromiso del Gobierno Regional desde el año 2011.

**El Capítulo 4 “Transferencias Corrientes”** para el año 2019 se presupuestó un aumento de 6,56 millones de euros, el 0,56 %, en este capítulo se reflejan las recetas médicas de Atención Primaria, en los último años aunque se ha ido ajustando al gasto ejecutado, se continúa presupuestando por debajo de lo realmente liquidado en años anteriores, y por otra parte pese al “repago farmacéutico” puesto en marcha por el Estado en 2012, el gasto en recetas se va recuperando en la Comunidad de Madrid, con la salida de la crisis, aunque el colectivo de pensionista continúa con niveles de consumo por debajo de los años pre crisis.

**Los Capítulos 6 y 7 “Inversiones reales y Transferencias de Capital”**, su aportación al presupuesto anual de la Consejería de Sanidad ha ido disminuyendo de manera gradual a lo largo del periodo 2004-2014, en un 120%, en los ejercicios 2015 y 2016 se apreciaron leves aumentos, y posteriormente en los ejercicios 2017 y 2018, hubo importantes aumentos, que finalmente no fueron ejecutados, con consecuencias directas en varios hospitales por falta de mantenimiento, con inundaciones o caída de infraestructuras, con el peligro que representa para pacientes y trabajadores.

Para 2019, el gasto aumenta en un 22,9% es decir 35 millones hasta los 185 millones de euros, pero debemos de recordar que 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 en 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.

**Por último el Capítulo 8 “Activos Financieros”**, aumenta el presupuesto en un 0,75%, que suponen algo más de 2 millones, la cifra alcanza los 280,18 millones de euros, para efectuar las aportaciones de capital a las Empresas y Entes Públicos como son el Hospital de Fuenlabrada y Fundación Hospital Alcorcón, por un importe total de 265 millones de euros.

### **Ejecución Presupuestaria del año 2019,**

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

Las mayores desviaciones se han producido en el Programa 312A Atención Hospitalaria con un incremento sobre el presupuesto inicial de 590 millones de euros, de los cuales 131 millones corresponden al capítulo 1 Gasto de personal y otros 407 millones al capítulo 2 Gasto Corriente en bienes y servicios, destacando 35,3 millones más para la Fundación Jiménez Díaz (hospital externalizado a QuirónSalud) y por último 170 millones más en Material Quirúrgico, medicamentos de alto impacto y farmacia.

Por el lado de las minoraciones destacan los 15 millones menos en servicios de limpieza, en el capítulo 3 Gastos Financiero destacan los 7 millones más en intereses de demora, que sumados a otros 5 millones, de otros programas hacen un total de 12 millones de euros.

Mientras el capítulo 6 Inversiones Reales a sufrido una minoración de 30 millones sobre lo inicialmente presupuestado quedando en 107 millones de euros, las obligaciones reconocidas, la minoración corresponden 22 millones a la rehabilitación y mejora de los edificios y 5 millones equipamiento médico.

A este descenso en las inversiones habría que añadir otros 11 millones de euros, correspondientes a otros programas, destacando con 9 millones el 312B Atención Primaria.

Por último, en el capítulo 8 Activos Financieros, han ampliado su presupuesto en 69 millones correspondientes al Hospital de Fuenlabrada y a la Fundación Hospital de Alcorcón.

El otro Programa que ha disfrutado de mayor incremento sobre el presupuesto inicial ha sido el Programa 312B Atención Primaria con 204 millones más, destacando los 215 millones más para Recetas Médicas,

PRESUPUESTOS DE SANIDAD	Inicial 2019	Ejcutado 2019	Diferencia Eje	% Dif Eje
1 Gastos de Personal	3.648,11 €	3.735,00 €	86,89 €	2,38%
2 Gastos Corrientes Bienes y Servicios	2.870,98 €	3.210,45 €	339,47 €	11,82%
3 Gastos Financieros	0,57 €	12,40 €	11,83 €	2075,44%
4 Transferencias Corrientes	1.123,56 €	1.339,00 €	215,44 €	19,17%
OPER. CORRIENTES	7.643,22 €	8.296,85 €	653,63 €	8,55%
6 Inversiones Reales	179,56 €	138,00 €	-41,56 €	-23,15%
7 Transferencias de Capital	6,00 €	7,10 €	1,10 €	18,33%
OPERACIONES DE CAPITAL	185,56 €	145,10 €	-40,46 €	-21,80%
8 Activos Financieros	280,18 €	336,05 €	55,87 €	19,94%
OPERACIONES FINANCIERAS	280,18 €	336,05 €	55,87 €	19,94%
<b>TOTAL</b>	<b>8.108,96 €</b>	<b>8.778,00 €</b>	<b>669,04 €</b>	<b>8,25%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de la Comunidad de Madrid

## Prórroga 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 Regional prescindió del instrumento legal del que disponía para realizar las estimaciones de ingresos 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.

Los presupuestos del año 2019 se elaboraron para una situación socio-económica y sanitaria muy alejada de la que hemos sufrido posteriormente durante los años 2020 y 2021, y esto ha tenido su reflejo en la financiación y gasto sanitario de estos dos ejercicios.

El presupuesto inicial prorrogado de la Consejería de Sanidad para 2020, fue de 8.166 millones de euros es decir, 57 millones más que el presupuesto inicial del año 2019, sin embargo era 612 millones de euros un 7,49% por debajo de lo ejecutado ese año,

A lo largo del año 2020 con la llegada de la Pandemia causada por el Covid-19, el presupuesto que ya partía deficitario, como hemos 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, pero debemos de destacar, que 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.

**En la ejecución del año 2020**, podemos observar donde se han producido las modificaciones de créditos más importantes.

**El Capítulo 1 “Gasto de Personal”** se vio incrementado en 320 millones, quedando el gasto ejecutado en 4.025 millones, alcanzado los 83.600 efectivos la plantilla de la consejería, la mayor cifra de la historia, un refuerzo “temporal” de 11.319 efectivos. Entre los 11.319 contratos, destacan los 1.067 contratos de facultativos de distintas especialidades, 5.063 contratos correspondientes a profesionales de Enfermería y 3.274 correspondientes a técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería. Asimismo, 1.247 corresponden a contratos de profesionales de distintas categorías no sanitarias.

Aunque hay que señalar que muchos de estos efectivos ya formaban parte del sistema sanitario desde hace años en puestos estructurales, la única variación fue que su vinculación laboral paso a denominarse “contrato de refuerzo covid”. Debemos de recordar la precariedad e inestabilidad laboral que sufren los sanitarios madrileños a 31 de diciembre de 2021, el 53% de los efectivos eran interinos o eventuales

Pero además estas contrataciones covid tenían un carácter temporal, en función de la evolución de la Pandemia, que se ha llegado hasta ahora a seis olas de contagios masivos, se han ido manteniendo hasta estos momentos aunque está anunciada su finalización el próximo 31 de marzo de 2022.

**El capítulo 2 “Gasto Corriente en Bienes y Servicios”**, fue el que más se incrementó con 1.737 millones más, de los que se han ejecutado 1.267 millones, el principal gasto se ha producido en Material Quirúrgico, curas y asistencial, que se incrementó hasta en 883 millones de los que se han ejecutado 471 millones, el coste de los medicamentos/tratamientos se han visto incrementados en 308 millones de euros.

Y de nuevo la Fundación Jiménez Díaz, gestionado por Quirón Salud, recibe un incremento de 58 millones sobre el presupuesto inicial, quedando su coste en 430 millones de euros.

**En el capítulo 4 “Transferencias Corrientes”**, destaca el aumento de las recetas

farmacéuticas en 252 millones de euros más, hasta los 1.376 millones de euros.

**En el capítulo 6 “Inversiones Reales”**, destaca el incremento producido por la construcción del Hospital Isabel Zendal, con un coste cercano a los 180 millones, cuando el presupuesto inicial no alcanzaba los 52 millones de euros. Mientras se dejaron de gastar 29 millones de euros para la rehabilitación y mejora de infraestructuras ya existentes.

**Por último, el capítulo 8 “Activos Financieros”**, se incrementó en 98 millones, por las revisiones al alza, tanto de la Fundación Hospital de Alcorcón y el Hospital de Fuenlabrada.

Para analizar el gasto sanitario del año 2020 más detalladamente, en relación al año 2019, analizamos cuentas del año 2020 del SERMAS, al ser el ente de derecho público encargado de gestionar el sistema de prestaciones sanitarias en la Comunidad de Madrid, y agrupando a los programas más importantes de gestión.

Su presupuesto inicial para el año 2020 fue de 7.985,40 millones de euros, aunque finalmente el presupuesto final alcanza una cifra de 10.611,25 millones de euros, serían 2.326 millones de euros más, un 24,75%, de los cuales fueron ejecutados 9.952 millones de euros.

Por tanto, se dejaron de gastar 660,25 millones de euros, un 6,3%, en el año en que la Pandemia causada por el COVID-19, afectó más a la Comunidad de Madrid, como demuestran las cifras de mortalidad del año 2020, según el INE el exceso de Mortalidad en la Comunidad de Madrid durante el año 2020, fue de 18.251 muertes, un 38% más que las producidas en el año 2019.

Si analizamos donde se ha producido el incremento del gasto real respecto al año 2019 por **capítulos** observamos, lo siguiente:

Capítulo Presupuestario	Cifras en miles de €				Diferencia	
	Presupuesto Inicial 2020	Presupuesto Final 2020	Gasto Real 2019	Gasto Real 2020	Absoluta	%
1 GASTOS DE PERSONAL	3.628.104	3.965.397	3.675.846	3.965.375	289.529	7,88%
2 GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS	2.794.708	4.518.502	3.323.991	3.884.477	560.486	16,86%
3 GASTOS FINANCIEROS	573	3.142	12.147	4.593	-7.553	-62,18%
4 TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.121.896	1.386.117	1.347.019	1.375.138	28.119	2,09%
<b>TOTAL OPERACIONES CORRIENTES</b>	<b>7.545.281</b>	<b>9.873.158</b>	<b>8.359.002</b>	<b>9.229.583</b>	<b>870.581</b>	<b>10,41%</b>
6 INVERSIONES REALES	172.753	357.426	134.819	343.546	208.728	154,82%
7 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	0	0	1.000	0	-1.000	-100,00%
<b>TOTAL OPERACIONES NO FINANCIERAS</b>	<b>172.753</b>	<b>357.426</b>	<b>135.819</b>	<b>343.546</b>	<b>207.728</b>	<b>152,94%</b>
8 ACTIVOS FINANCIEROS	267.305	380.665	336.220	378.816	42.597	12,67%
<b>TOTAL OPERACIONES FINANCIERAS</b>	<b>267.305</b>	<b>380.665</b>	<b>336.220</b>	<b>378.816</b>	<b>42.597</b>	<b>12,67%</b>
<b>Total General</b>	<b>7.985.338</b>	<b>10.611.249</b>	<b>8.831.041</b>	<b>9.951.946</b>	<b>1.120.905</b>	<b>12,69%</b>

Fuente: Consejería de Sanidad

**Capítulo 1 Personal**, el incremento ha sido de 289,5 millones de euros más, el 7,88%. Aunque según datos de la Consejería de Sanidad los incrementos producidos por los Fondos Covid-19, habrían sido 297 millones de euros.

**Capítulo 2 Gasto Corriente en Bienes y Servicios**, el incremento ha sido de 560,5 millones más, el 16,86%.

**Capítulo 4 Transferencias Corrientes**, el incremento ha sido de 28 millones de euros, el 4,83%.

**Capítulo 6 Inversiones**, aquí ha habido un aumento sustancial sobre el gasto real del año 2019 un incremento de 208,72 millones, un 154,82%.

**Capítulo 8 Activos Financieros**, el aumento ha sido importante en 42,6 millones, el 12,67%.

Si ahora analizamos la evolución del gasto real 2019 / 2020 por Programas.

Podemos observar que todos los programas sufren un incremento sobre el año 2019, excepto el 312C Plan Integral Lista de Espera y el 313C SUMMA 112.

Capítulo Presupuestario	Cifras en miles de €				Diferencia	
	Presupuesto Inicial 2020	Presupuesto Final 2020	Gasto Real 2019	Gasto Real 2020	Absoluta	%
311P Dir. y Gestión Adm. Sermas	103.875	92.353	78.256	84.930	6.674	8,53%
312A Atención Hospitalaria	5.442.183	7.807.432	6.158.935	7.173.396	1.014.461	16,47%
312B Atención Primaria	1.987.182	2.310.020	2.193.427	2.292.740	99.313	4,53%
312C Plan Integral Listas Espera	62.533	515	30	0	-30	-100,00%
312F Formación Personal	217.259	228.205	225.383	228.203	2.820	1,25%
313C Summa 112	172.305	172.724	175.010	172.678	-2.332	-1,33%
<b>Total general</b>	<b>7.985.338</b>	<b>10.611.249</b>	<b>8.831.041</b>	<b>9.951.946</b>	<b>1.120.905</b>	<b>12,69%</b>

Fuente: Consejería de Sanidad

## Programas

311P Dir. Y Gestión Adm. SERMAS, se aumenta en 6,67 millones de euros, un 8,53%.

312A Atención Hospitalaria, se aumenta en 1.014,40 millones de euros, un 16,47%.

312B Atención Primaria, se aumenta en 99,31 millones de euros, un 4,53%

312C Plan Integral de Lista de Espera, no se ha ejecutado.

312F Formación Personal, aumenta en 2,8 millones, un 1,25%.

313C SUMMA 112, un aumento de 1,23 millones, un 0,74%.

A la vista de los datos, aunque la mayoría de programas se produce un aumento es en el 312A donde realmente se produce el incremento con 1.014,40 millones un 16,47%.

Este dato nos resulta curioso dado que según la Consejería, la afectación del Covid-19, a la Atención Hospitalaria serían 117 millones, una diferencia de 897 millones de euros.

Ahora veremos en qué parte de estos programas se produce los aumentos:

### 312A Atención Hospitalaria.

Capítulo Presupuestario	Cifras en miles de €				Diferencia	
	Presupuesto Inicial 2020	Presupuesto Final 2020	Gasto Real 2019	Gasto Real 2020	Absoluta	%
1 GASTOS DE PERSONAL	2.511.084	2.827.599	2.595.120	2.827.579	232.458	8,96%
2 GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS	2.517.777	4.264.176	3.097.700	3.639.188	541.489	17,48%
Material sanitario y productos farmacéuticos	1.053.984	2.413.547	1.544.533	2.038.782	494.249	32,00%
Actividad Concertada	918.678	1.049.538	956.521	880.560	-75.961	-7,94%
Resto gastos corrientes	545.115	801.091	596.646	719.846	123.200	20,65%
3 GASTOS FINANCIEROS	573	3.142	12.147	4.593	-7.553	-62,18%
4 TRANSFERENCIAS CORRIENTES	8.690	8.997	9.886	8.997	-889	-8,99%
6 INVERSIONES REALES	137.054	323.152	108.008	314.309	206.301	191,01%
8 ACTIVOS FINANCIEROS	267.005	380.365	336.075	378.730	42.655	12,69%
Préstamos al personal	2.437	2.437	1.099	801	-298	-27,13%
Hospitales Empresas Públicas	264.569	377.929	334.975	377.929	42.953	12,82%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>5.442.183</b>	<b>7.807.432</b>	<b>6.158.935</b>	<b>7.173.396</b>	<b>1.014.461</b>	<b>16,47%</b>

Fuente: Consejería de Sanidad

Como decíamos inicialmente en la Atención Hospitalaria, el aumento del gasto real sobre el año 2019, ha sido de 1.014,46 millones de euros, el 16,47%, ahora veremos donde se han producido los aumentos y los descensos.

**Capítulo 1 “Gasto de Personal”**, se han gastado 232,454 millones más que en el año 2019, es decir el 8,96%, la razón principal es los Fondos recibidos para hacer frente a las consecuencias del Covid-19.

**Capítulo 2 Gasto Corriente en Bienes y Servicios**, se han gastado 541,5 millones más, un incremento del 17,48%. El incremento más importante se produce sobre todo en Material Sanitario y Productos de Farmacia Hospitalaria, que se gastan 494,3 millones más de los gastados en 2019, un 32% más, situando el gasto en 2.038 millones de euros más.

Aunque según la Consejería de Sanidad, la incidencia del Covid-19, habría supuesto un incremento del 557,2 millones.

Y otros 123 millones en el epígrafe de otros gastos corrientes, un 20,65%, quedando el gasto en 880,5 millones de euros.

En la **Actividad Concertada**, según los datos publicados por la Consejería se habrían reducido en 76 millones, un 7,94%, quedando en 880 millones de euros, aunque inicialmente se presupuestaron 1.050 millones, por otra parte, pero por otra parte se dice, en la Memoria del SERMAS, que se gastaron, debido al Covid-19, 217 millones más en conciertos con instituciones privadas.

El gasto en los hospitales concertados, Villalba, Torrejón, Jiménez Díaz, Valdemoro, Móstoles, Centro de Transfusiones o Gómez Ulla, ha crecido de 1.410 millones a 1.940

millones de euros, un aumento de 530 millones, un 27,28%. Pasando de representar un gasto del 22% de la Atención Hospitalaria a un 28%.

### 312A Atención Hospitalaria. Hospitales de Gestión Directa.

Capítulo Presupuestario	Cifras en miles de €				Diferencia	
	Presupuesto Inicial 2020	Presupuesto Final 2020	Gasto Real 2019	Gasto Real 2020	Absoluta	%
1 GASTOS DE PERSONAL	2.459.289	2.818.889	2.586.435	2.818.869	232.434	8,99%
2 GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS	1.394.125	2.517.843	2.050.311	2.249.850	199.539	9,73%
Material sanitario y productos farmacéuticos	985.132	1.911.277	1.519.787	1.690.434	170.647	11,23%
Actividad Concertada	26.702	63.850	49.308	47.664	-1.644	-3,33%
Resto gastos corrientes	382.291	542.716	481.216	511.752	30.537	6,35%
3 GASTOS FINANCIEROS	22	0	4.547	1.608	-2.939	-64,64%
6 INVERSIONES REALES	120.794	163.074	106.856	163.690	56.834	53,19%
8 ACTIVOS FINANCIEROS	2.236	2.236	1.090	796	-295	-27,03%
Préstamos al personal	2.236	2.236	1.090	796	-295	-27,03%
<b>Total General</b>	<b>3.976.466</b>	<b>5.502.041</b>	<b>4.749.239</b>	<b>5.234.812</b>	<b>485.574</b>	<b>10,22%</b>

Fuente: Consejería de Sanidad

Mientras que el gasto en la gestión directa, el gasto se ha incrementado en un 10,22%, el gasto de la concertada se ha incrementado en un 27,28%.

### 312B Atención Primaria. (Capítulos)

Capítulo Presupuestario	Cifras en miles de €				Diferencia	
	Presupuesto Inicial 2020	Presupuesto Final 2020	Gasto Real 2019	Gasto Real 2020	Absoluta	%
1 GASTOS DE PERSONAL	733.415	781.329	728.932	781.329	52.396	7,19%
2 GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS	116.690	126.999	108.726	124.374	15.648	14,39%
Material Sanitario y Productos Farmacéuticos	52.208	49.755	45.884	49.718	3.834	8,36%
Resto	64.482	77.245	62.842	74.656	11.814	18,80%
4 TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.112.990	1.376.904	1.336.917	1.365.924	29.008	2,17%
Recetas Médicas	1.110.690	1.374.911	1.335.582	1.364.463	28.882	2,16%
Resto	2.300	1.992	1.335	1.461	126	9,42%
6 INVERSIONES REALES	23.900	24.600	17.736	21.034	3.298	18,60%
7 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	0	0	1.000	0	-1.000	-100,00%
8 ACTIVOS FINANCIEROS	188	188	116	79	-38	-32,38%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1.987.182</b>	<b>2.310.020</b>	<b>2.193.427</b>	<b>2.292.740</b>	<b>99.313</b>	<b>4,53%</b>

Fuente: Consejería de Sanidad

En la Atención Primaria el aumento del gasto real sobre el año 2019, ha sido de 99 millones de euros, el 4,53%, es decir durante el peor año de la Pandemia, el presupuesto en Atención Primaria se incrementó muy por debajo de la media del presupuesto general de sanidad.

Si analizamos los capítulos de gasto, podemos observar donde se han producido los incrementos.

**En el Capítulo 1 “Gasto de Personal”,** Se han gastado 52,40 millones más, que en el año 2019 un incremento del 7,19%.

**En el Capítulo 2 “Gasto Corriente en Bienes y Servicios”,** Se han gastado 15,65 millones más, que en el año 2019, un aumento del 14,40%.

De los cuales 3,84 millones corresponden a Material Sanitario y Productos Farmacéuticos, el 8,36% y otros 11,81 millones a otros gastos sin especificar, un 18,80%.

**En el Capítulo 4 “Transferencias Corrientes”**, Se han gastado 29 millones más, que en el año 2019, un 2,17%, los cuales corresponden el 100% a Recetas Médicas.

**En el Capítulo 6” Inversiones”** se gastaron 3,2 millones más de los presupuestados inicialmente un 18,6%.

**Por último, en el capítulo 8 Activos Financieros**, tuvieron una leve variación a la baja de 38.000 euros, el -32,38%.

Estas cifras demuestran el maltrato continuo que sufre la atención primaria, debemos de recordar que durante la Pandemia, (del año 2020) se cerraron más de 90 Centros de Salud, aun hoy uno de cada seis centros de salud y consultorios de Atención Primaria permanecen cerrados

Aun así fue el muro de contención que evito 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) 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 Ministerio de Sanidad recomienda que el número de pacientes por médico en primaria no fuera superior a 1.500. Madrid tiene de media 1.657 aunque hay centros del sur de la capital que superan los 2.500. En Enfermería, la tasa media en España ronda los 1.547 habitantes por profesional, en la comunidad está en 1.879. Y en Pediatría harían falta más de 150 nuevas incorporaciones a los 926 facultativos con los que cuenta ahora.

La Consejería de Sanidad argumenta que no hay suficientes facultativos interesados a trabajar en la Comunidad de Madrid, algo que es cierto, debido a las pésimas condiciones

laborales que sufren los facultativos de la Atención Primaria madrileña, con un número inasumible de pacientes y contratos temporales durante años.

### **Otros Programas de Gasto.**

**313C SUMMA 112**, se produjo un leve aumento del 0,74%, lo que significa 1,23 millones más, concentrados en el Capítulo 1 Personal, que creció 1,94 millones, el 2%. Y otros 298.000 euros en las inversiones, mientras descienden 1,12 millones los conciertos de transporte (Ambulancias).

**311P Dir. y Gestión Adtva. SERMAS**, se produjo un descenso de 807.000 euros, un 1,12%. Descendieron todos los capítulos de gasto, excepto el capítulo 6 Inversiones, destacan en la caída los 1,6 millones del capítulo 2, compensado por el aumento de 1,6 millones en las inversiones.

**312F Formación Personal**, se aumenta en 7,9 millones, que corresponden íntegramente al Capítulo 1 Personal.

**312C Plan Integral Listas Espera**, Este programa no se ha gastado, excepto 206.000 euros, este gasto pasaría al SERMAS integrándose dentro del Programa 312A Atención Hospitalaria.

**El Presupuesto del año 2021**, fue también prorrogado y aun no disponemos de la liquidación completa del SERMAS (que representa el 90% del mismo), por tanto sólo podemos 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.

Los datos de ejecución existentes hasta el mes de septiembre nos indican que el presupuesto se ha visto incrementado en algo más de 1.100 millones de euros, destacando 198 millones de euros en el capítulo 1 "Gasto de personal" de ellos 36 millones para la Atención Primaria y 752 millones de euros más en el capítulo 2 "Gasto Corriente en Bienes y Servicios" destacando que la Atención Hospitalaria sube 757 millones de euros, y dentro de estos 264 millones más en externalizaciones de servicios sanitarios con empresas privadas mientras que el programa de Lista de Espera se le restan 43 millones de euros.

En el capítulo 3 “Gastos Financieros” hasta los 38 millones de euros, algo totalmente anormal, dado que nunca habían superado apenas los 8 millones de euros, cuando tengamos la liquidación definitiva podremos saber a qué corresponden, pero con probabilidad sean intereses de demora por deudas acumuladas.

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 las cuarta, quinta y tercera ola del Covid además de los tres procesos de vacunación.

## **El Presupuesto 2022**

Para el año 2022, se han estimado unos gastos que incrementan en un 8,6% el presupuesto aprobado 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 tomamos 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.

En conjunto, más del 90% del presupuesto de sanidad se concentra en la atención hospitalaria y la atención primaria. Según el presupuesto 2022 estos programas pierden 188 millones de euros, respecto a lo liquidado en 2019.

De manera específica se presupuestan 60,5 millones de euros menos para atención hospitalaria y 128 millones de euros menos para atención primaria. Esto en un contexto de saturación de la atención primaria.

El presupuesto, un año más, presenta un conjunto de nuevas iniciativas sin especificar calendario de aplicación o los recursos a destinar. También debemos destacar que no se hace presupuesto específico para el funcionamiento del Hospital Enfermera Isabel Zendal.

El Presupuesto 2022 destina 974 millones de euros a conciertos y convenios sanitarios, lo que supone un incremento de 55 millones, el 6% respecto a lo inicialmente presupuestado en 2019. De esta cantidad, 727 millones de euros se destinan a los Hospitales de Móstoles, Torrejón, Valdemoro, Collado Villalba, Hospital de la Defensa “Gómez Ulla” y al Convenio con la Fundación Jiménez Díaz.

Debemos de recordar, que una vez ejecutados los presupuestos existen un importante desfase entre el presupuesto inicial y las obligaciones finales, en 2019 estos hospitales recibieron 50 millones más de euros, sobre lo inicialmente previsto.

A parte ya en el ejercicio 2019, y según informe de la Cámara de Cuentas, el SERMAS reconoció por primera vez una deuda acumulada de 769M€ por gastos relacionados con convenios y conciertos hospitalarios, que se habrían pagado según la cuenta contable del año 2020, con parte del Fondo Covid recibido por el Gobierno Central

PROGRAMAS DE GASTO

Programa /Año	Ejecutado 2019	Inicila 2022	Diferencia	Variación
311M	18.612,48	37.211,40	18.598,91 €	99,93%
311N	16.828,46	21.780,17	4.951,71 €	29,42%
311O	4.161,55	4.651,56	490,01 €	11,77%
311P	78.298,29	107.359,36	29.061,07 €	37,12%
312A	5.985.115,37	5.924.613,65	-60.501,72 €	-1,01%
312B	2.183.659,94	2.055.958,83	-127.701,10 €	-5,85%
312C	30,13	33.319,30	33.289,17 €	110484,94%
312D	14.093,26	22.124,54	8.031,28 €	56,99%
312F	225.382,79	242.323,32	16.940,53 €	7,52%
313B	76.798,30	158.527,65	81.729,35 €	106,42%
313C	175.050,76	178.567,80	3.517,04 €	2,01%
313D	0,00	320,00	320,00 €	
<b>Total general</b>	<b>8.778.031,32</b>	<b>8.786.757,58</b>	<b>8.726,26 €</b>	<b>0,10%</b>

*Evolución del gasto por programas en Sanidad*

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del gobierno regional.*

La comparación de los créditos por programas respecto a la liquidación del año 2019 muestra el **descenso de los créditos a la atención hospitalaria (312A)**, que pierde 60,5 millones de euros 1,0%, y la **atención primaria (312B)**, que pierde 128 millones de euros el 5,9%, dos programas que representan más del 90% del presupuesto y que deben afrontar todavía los efectos de la pandemia.

Destaca asimismo la situación del programa 312C, listas de espera, donde viene produciéndose una ejecución muy baja desde hace años, como se evidencia en los datos de las Memorias del SERMAS.

<u>2.019</u>	<u>2.022</u>	<u>Diferencia</u>	<u>Variación</u>
62.533.464	33.319.299	-29.214.165	-46,72%

La reducción en el gasto previsto entre 2019 y 2022 se justifica en la transferencia de parte de este programa al de atención hospitalaria (312A) si bien, como ya se ha señalado, el mismo dispone de un presupuesto inferior a la liquidación de 2019, por lo que parece evidente que se trata de un **recorte encubierto** ya que el programa 312A también desciende.

### **312A Atención hospitalaria**

El presupuesto global de atención hospitalaria se reduce un -1,0% respecto a lo realmente gastado en 2019, es decir 60 millones de euros, menos para los hospitales madrileños. La principal reducción aparece en el capítulo 2 (347 millones de euros, un 12% menos).

El capítulo 1 de "Gasto de personal" presenta un crecimiento del 8%. Se indica que incluye créditos para la consolidación de plantillas en centros hospitalarios, integraciones y estatutarización del personal laboral y funcionario o refuerzo de las plantillas hospitalarias extra COVID, aunque el gobierno regional no renovará a los más de 11.000 contratos de refuerzo Covid en la sanidad madrileña, y por tanto expiran el 31 de marzo. Por otro lado, sorprende que se hable de primar la estabilidad cuando el crédito para salarios del personal estatutario sube un escaso 4% frente al personal estatutario temporal, que sube más de un 30%.

Con respecto a los hospitales madrileños, la Comunidad plantea elevar el presupuesto total en un 7,4%. Pero esto se muestra insuficiente al comprobar los objetivos y los indicadores hospitalarios en los que se plantea elevar el número de intervenciones programadas un +34%, el de urgencias atendidas un +21% y el de urgencias ingresadas un +34%.

Atendiendo a la variación del presupuesto por hospital, no se entiende que el incremento de los principales hospitales (Gregorio Marañón o La Paz) sea un escaso 1%. Se da la excepción del Doce de Octubre, cuyo presupuesto aumenta más de un 20% respecto a la liquidación de 2019 por los créditos para su ampliación con Fondos Europeos FEDER-REACT ( 89,5 millones de euros en inversiones reales).

El Hospital Enfermera Isabel Zendal, no aparece en la relación de presupuestos ni en la previsión de actividad.

	LIQU 2019	PROY PPTO 2022	2022 vs. 2019	
			Diferencia	Variación
<b>171188100: SERVICIOS CENTRALES DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD</b>	<b>2.835.033.696</b>	<b>3.138.047.881</b>	<b>303.014.185</b>	<b>10,69%</b>
171188202: HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE	453.099.321	548.388.216	95.288.895	21,03%
171188220: HOSPITAL VIRGEN DE LA POVEDA	16.476.194	17.713.948	1.237.754	7,51%
171188214: HOSPITAL DE MÓSTOLES	122.655.244	131.396.930	8.741.686	7,13%
171188233: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA	119.293.453	127.295.147	8.001.694	6,71%
171188401: SUMMA 112	163.812.362	174.584.081	10.771.719	6,58%
171188204: HOSPITAL CLÍNICO	349.693.107	372.080.288	22.387.181	6,40%
171188230: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL TAJO	51.964.558	55.133.496	3.168.938	6,10%
171188231: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA	71.821.284	76.171.977	4.350.693	6,06%
171188300: ÁREA ÚNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA	858.310.838	909.876.909	51.566.071	6,01%
171188229: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE	62.328.985	66.058.353	3.729.368	5,98%
171188213: HOSPITAL DE GETAFE	153.671.516	162.797.844	9.126.328	5,94%
171188203: HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL	364.157.760	384.845.569	20.687.809	5,68%
171188228: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES	82.179.070	86.699.690	4.520.620	5,50%
171188210: HOSPITAL PUERTA HIERRO	289.240.031	304.867.226	15.627.195	5,40%
171188232: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR	142.258.125	149.726.426	7.468.301	5,25%
171188224: INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN	18.364.325	19.319.057	954.732	5,20%
171188205: HOSPITAL DE LA PRINCESA	179.434.875	188.748.208	9.313.333	5,19%
171188216: HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS	158.128.589	166.237.331	8.108.742	5,13%
171188206: HOSPITAL SANTA CRISTINA	40.399.081	42.462.559	2.063.478	5,11%
171188209: HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA	41.119.572	42.903.835	1.784.263	4,34%
171188223: HOSPITAL DR. RODRÍGUEZ LAFORA	27.424.249	28.559.337	1.135.088	4,14%
171188215: HOSPITAL SEVERO OCHOA	129.564.583	134.034.116	4.469.533	3,45%
171188221: HOSPITAL DE GUADARRAMA	13.855.060	14.248.525	393.465	2,84%
171188208: HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS	71.384.949	73.159.304	1.774.355	2,49%
171188502: CENTRO DE TRANSFUSIÓN	28.967.379	29.496.055	528.676	1,83%
171188219: HOSPITAL DE EL ESCORIAL	34.178.752	34.642.661	463.909	1,36%
171188201: HOSPITAL LA PAZ	525.763.885	531.998.455	6.234.570	1,19%
171188217: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN	510.234.198	515.507.248	5.273.050	1,03%
171188212: HOSPITAL DE LA FUENFRÍA	15.249.011	15.141.589	-107.422	-0,70%

*Evolución del gasto por hospitales.*

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del gobierno regional.*

La dotación para inversiones en el Programa 312A “Atención Hospitalaria” es de 164,5 millones para obras de reforma, remodelaciones y modernización de los centros hospitalarios de la Red Pública Sanitaria. Sin embargo, más de la mitad se destina a las obras de ampliación del Hospital Doce de Octubre, para el que se dota con 89,5 millones de euros. En 2021 se ha licitado y se ha adjudicado, con la previsión de estar finalizada y en funcionamiento a finales del 2023.

Además se incluyen (entre otras) obras de rehabilitación de fachadas del Hospital Ramón y Cajal, por importe de 7,7 millones euros, las obras de la III Fase del Plan Director del Hospital Clínico San Carlos, por importe de 11, 12 millones de euros y las obras de consolidación de estructuras en el Hospital de Móstoles, por importe de 7 millones de euros.

Las inversiones previstas suman 137 millones. Para alcanzar los 164,5 millones euros hay que sumar el presupuesto de más de 27 millones correspondientes al pago del canon a los concesionarios por la construcción y la inversión mobiliaria de los Hospitales Puerta de Hierro-Majadahonda, Henares, Sureste, Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina y Tajo. Hay también créditos vinculados al canon de los hospitales en otros capítulos, por

ejemplo los 110 millones de la partida 20201 en el capítulo 2, o los 34,5 millones del capítulo 3

012 ATENCIÓN ESPECIALIZADA HOSPITALARIA		137.347.967
012A INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS		135.337.570
2017/000896	REFORMA Y ACONDICIONAMIENTO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA	8.854
2018/000138	REHABILITACIÓN UNID. 5 Y 6 EN LA SEGUNDA PLANTA H.V.POVEDA	948.866
2018/000930	ANTEPROYECTO Y PROYECTO OBRA NUEVO HOSPITAL 12 OCTUBRE	89.528.340
2018/001104	NUEVO HOSPITAL LA PAZ FASE I	1.378.412
2018/001107	OBRA REFORMA DE FACHADA EDIFICIO PRINCIPAL. H. RAMÓN Y CAJAL	7.740.445
2018/001115	REMODELACIÓN CEP HERMANOS GARCÍA NOBLEJAS OFTALMOLOGÍA	2.826.732
2018/001131	REF. ESTRUCT EDIFICIO, REFUERZO PILARES, FORJADOS. H. MÓSTOL	6.981.714
2018/001143	PROYECTO HOSP DE CUIDADOS Y RECUP FUNCIONAL ANTIGÜO P.HIERRO	609.905
2019/001076	OBRAS VARIAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS	11.119.920
2021/001139	OTRAS INSTALACIONES H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN	149.740
2022/000835	NUEVAS INVERSIONES PROGRAMA 312A	14.044.642

*Detalles de inversiones por hospitales.*

*Fuente: Proyecto de Presupuestos de la Comunidad de Madrid para 2022.*

Al mismo tiempo que se incrementan las partidas para construcción y compra de edificios y aparecen 14 millones de euros en Servicios Nuevos, pero el resto de partidas se reducen respecto a lo liquidado en 2019. Todas las partidas del artículo 63 se eliminan excepto una, lo que supone pasar de 77 a 31 millones de euros para inversiones de reposición asociadas al funcionamiento operativo de los servicios (mantenimiento, reposición o mejora de equipo médico, instalaciones de calefacción, mobiliario...). Es decir, se pone el presupuesto en las grandes obras, a la vez que se quita de equipamiento médico y mantenimiento, en hospitales que ya hemos visto en las noticias por incidentes relacionados con la falta de mantenimiento, como techos rotos o inundaciones por rotura de tuberías.

Otra información de interés respecto a la liquidación de 2019:

- Crece un 54% (40 millones) la partida de centralización de los servicios de limpieza a la par que se reduce un 95% la partida de servicios de limpieza hasta prácticamente desaparecer (5 millones menos). Hay también incrementos en centralización de seguridad (14,5 millones) y lavandería (3 millones).
- Sube un 40% (8 millones) la dotación para el concierto de pruebas de imagen.
- Hay una reducción de **127,5 millones** (23%) en **materiales que son necesarios para la prestación del servicio**: material de laboratorio, material quirúrgico, material de curas, implantes...
- Incluyen una reducción de -80 millones en productos farmacéuticos), y de 85 millones en medicamentos oncológicos.

El análisis de estas partidas visibiliza que **el presupuesto no es serio** ya que se reducen conceptos que son necesarios para el desarrollo normal del servicio.

### 312B Atención primaria de salud

La propuesta inicial de créditos para 2022 no será suficiente para paliar el fin de la saturación en este servicio. Se sitúa por debajo de lo finalmente ejecutado en 2019, alcanzando para 2022 los 2.056 millones de euros. Concretamente en este proyecto de presupuesto la atención primaria pierde 127,7 millones de euros, un 5,9% menos de presupuestado.

Según indica el gobierno regional, en Atención Primaria se continuará con el Plan de Mejora Integral de la Atención Primaria y otras mejoras del servicio y su calidad, una afirmación paradójica cuando se recorta el presupuesto y los indicadores muestran una creciente saturación de los servicios de medicina de familia, pediatría o enfermería.

Indicador	Realizado ej. anterior	Presup. 2022	Diferencia
CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA	430	433	<b>3 Centros nuevos</b>
PRESIÓN ASISTENCIAL MEDICINA DE FAMILIA	28,77	28,90	<b>0,13</b>
PRESIÓN ASISTENCIAL PEDIATRÍA	17,43	17,51	<b>0,08</b>
PRESIÓN ASISTENCIAL ENFERMERÍA	19,32	19,40	<b>0,08</b>
CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DOTADOS DE ECÓGRAFOS	270	277	<b>7 Centros más con ecógrafos</b>

Indicadores seleccionados del programa 322B.

Fuente: Proyecto de Presupuestos de la Comunidad de Madrid para 2022.

Una de nuestras las reivindicaciones es que el gasto en atención primaria alcance el 25% del gasto sanitario, lo que en el contexto de un incremento del gasto hasta la media nacional en términos de PIB implica alcanzar los 2.500 millones (444 millones de euros más).

	2.018	2.019	2.022	Diferencia	Variación
<b>Capítulo 1</b>	<b>2.121.576.520</b>	<b>2.183.659.936</b>	<b>2.055.958.834</b>	<b>-127.701.102</b>	<b>-5,85%</b>
Capítulo 2	728.932.472	798.659.312	69.726.840	9,57%	
Capítulo 3	108.588.131	120.222.423	11.634.292	10,71%	
Capítulo 4	1.327.287.628	1.112.989.582	-214.298.046	-16,15%	
Capítulo 5	17.735.526	23.900.000	6.164.474	34,76%	
Capítulo 6	1.000.000		-1.000.000	-100,00%	
Capítulo 7	1.000.000		-1.000.000	-100,00%	
Capítulo 8	116.180	187.517	71.337	61,40%	

Evolución del presupuesto por capítulos del programa 312B.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del gobierno regional.

Los créditos para el conjunto del capítulo 1 “gasto de personal” crecen un +9,6%. Ascienden a 799 millones de euros, siendo el segundo capítulo por su peso dentro del programa 312B, por detrás del capítulo 4. Se indica que incluye 798 millones de euros para atender el Plan

de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (73 millones más respecto al presupuesto 2019).

Por categorías de personal, en el personal estatutario (el mayoritario) se observa un crecimiento cercano al +7%. Por otra parte sorprende que la partida de cuotas sociales presente una reducción tan elevada, del -8,6% y el -1,8% para el personal eventual.

El capítulo 2 de “gastos corrientes en bienes y servicios” asciende a 120 millones de euros y presenta un aumento del 10,71%. La partida con mayor peso dentro de este capítulo corresponde a material quirúrgico, asistencial y de curas que se acerca a los 24 millones de euros y presenta una reducción del 10%. Tiene también un alto peso relativo la dotación para limpieza con 19 millones que crece cerca de un 10%. La partida para otros productos farmacéuticos pasa en 2022 a tener un peso mayor, puesto que pasa de 1,4 a 6,2 millones de euros.

En este capítulo, se incluye un nuevo concierto con entidades privadas para desarrollar un Programa de Atención Dental infantil que cubra la población de 6 a 16 años, con una dotación de 2,6 millones de euros.

El capítulo 4, “Transferencias Corrientes” con más de mil millones de euros, representa más del 50% del crédito de este programa, siendo el de mayor peso. El grueso del presupuesto de este capítulo se destina a recetas médicas, partida que para 2022 presenta un descenso superior al 16% difícil de justificar, cuando año tras año en la ejecución de esta partida aumenta una media de 200 millones.

El capítulo 6 “Inversiones Reales” asciende a 23,9 millones de euros. Se dedica la misma cantidad que se incluyó en el presupuesto de 2019. Es decir, menos de 14 millones de euros para proyectos iniciados entre 2016 y 2018 y otros 10 millones de euros para inversiones que no se especifican.

<b>011 ATENCIÓN PRIMARIA</b>		<b>23.900.000</b>
<b>011A INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS</b>		<b>23.900.000</b>
2016/000523	PROY.,DIR., EJEC C.S. LAS TABLAS, MONTECARMELO Y LOS MOLINOS	40.416
2016/001327	CONSTRUCCIÓN CENTROS ATENCION PRIMARIA 2016	351.877
2017/001187	C.S. VALVERDE DE ÁLCALA, EL MOLAR Y OTROS	112.986
2018/000712	CS SEVILLA LA NUEVA CONSTRUCCIÓN NUEVO CENTRO	3.252.533
2018/000717	CS PARQUE OESTE-ALCORCÓN CONSTRUCCIÓN NUEVO CENTRO	2.935.899
2018/001243	CONSTRUCCIÓN NUEVO CENTRO DE SALUD LAS TABLAS	7.206.180
2022/000836	NUEVAS INVERSIONES EN PROGRAMA 312B	10.000.109

*Detalle de inversiones reales del programa 312B.*

*Fuente: Proyecto de Presupuestos de la Comunidad de Madrid para 2022.*

Según el detalle de objetivos de este programa habrá 3 nuevos centros respecto a los últimos presupuestos aprobados (2019), pero ha de tenerse en cuenta que en 2020 se inauguró el centro de salud de Andrés Mellado 27 (distrito de Chamberí), que sustituye a unas instalaciones inadecuadas para prestar el servicio que se ubicaban en Andrés Mellado 65; y en 2021 se inauguró el centro de salud Baviera (distrito de Salamanca). Por lo tanto, no parece que se prevean 3 nuevos centros operativos en 2022 respecto a los ya existentes.

Llama la atención que, por primera vez, la totalidad del presupuesto de este capítulo se destina a construcción de edificios, 13,9 millones y a servicios nuevos o nuevas inversiones en el programa 10 millones. En los ejercicios previos se repartía el crédito en casi 30 partidas distintas que, aparte de la construcción, incluían: equipamiento médico y de rehabilitación, mobiliario, mantenimiento de edificios, reparación de instalaciones... En 2019 estas partidas eliminadas sumaron un gasto de casi 15 millones que representó más del 80% del gasto total del capítulo.

Para 2022, parece que se prioriza inaugurar nuevos centros a costa de obviar cuestiones como el mantenimiento de los centros de salud existentes, que antes se llevaban 15 millones y ahora no se dotan económicamente.

### **312C Plan Integral de Listas de Espera**

Para 2022 el programa 312C sólo incluye dotación del capítulo 1 “Gasto de Personal con 33,33 millones de euros, exactamente la misma cantidad que se presupuestó en 2019 sin que llegara a ejecutarse apenas. Corresponde en su totalidad a créditos para que el personal contratado realice horas extraordinarias.

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 a 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.

Asimismo, en años anteriores se incluían créditos en el capítulo 2, para implantes, productos farmacéuticos y conciertos, llegando a casi 30 millones en 2019. Se indica en el proyecto de presupuestos que están integradas en los centros hospitalarios para este ejercicio, lo que interpretamos como un recorte encubierto.

### **313B Actuaciones en materia de salud pública**

El presupuesto de este programa se acerca a 160 millones de euros, duplicando el crédito respecto a la liquidación de 2019. Defendemos que la apuesta por la salud pública siga incrementándose más allá del contexto de la actual pandemia.

### **312F Formación Personal Sanitario**

Este programa aglutina todo lo relativo a la formación de especialistas de Salud (MIR). Solo incluye gastos de personal. El presupuesto global 242,3 millones de euros, se incrementa un 14,1% respecto a los presupuestos iniciales de 2020 y algo menos, un 7,5% respecto a lo realmente ejecutado en 2019.

Se fija como objetivo incrementar a 511 el número de residentes en enfermería, frente al objetivo de 371 de 2019, y a 5.429 el número de residentes en especialidades médicas, de farmacia, psicología, biología y física, frente al objetivo de 5.182 de 2019.

### **313C SUMMA 112**

El programa incluye las actuaciones relativas al Servicio de Urgencia Médica de Madrid (SUMMA 112), que engloba la Atención Sanitaria a las urgencias, emergencias y catástrofes mediante la movilización de recursos propios.

Este programa incluye los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP). Todos estos centros continúan cerrados y se indica que no tienen previsión de posible reapertura.

Aparte cuenta con el Centro Coordinador de Urgencias, el Centro de Urgencias Extrahospitalario (CUE) y dispositivos móviles (Unidades Medicalizadas de Emergencia, UVI, Vehículos de Intervención Rápida, VIR, 2 Helicópteros Sanitarios y Unidades de Asistencia Domiciliaria, UAD, de médico y de enfermería). Se prevé incrementar con dos unidades móviles de emergencia adicionales (hasta 28).

El presupuesto global será de 178,6 millones un incremento del 5,4% respecto a los presupuestos iniciales de 2020 y solamente un 2% respecto a lo realmente ejecutado en 2019. Los conciertos del transporte (Ambulancias) suponen un 29% del gasto de este programa es decir 52 millones de euros.

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 consensado que aborde de manera equitativa, las necesidades sanitarias de los ciudadanos, y que aporte recursos suficientes para el desarrollo y mejora de su calidad, además de asegurar el futuro de los profesionales de la sanidad, dotándoles de los medios

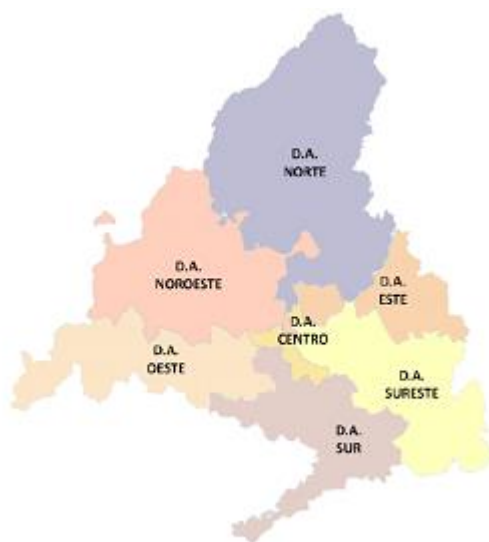
necesarios. En definitiva, un modelo que acabe con el objetivo mercantilista y privatizador del Gobierno Regional.

## 6. RECURSOS SANITARIOS

### 6.1 Atención Primaria

La Atención Primaria madrileña tiene un total de 430 centros (Memoria SERMAS, 2016) de los cuales 266 son Centros de Salud y 163 Consultorios Locales, además tiene adscritos 1 centro más: la Casa de Socorro de Alcalá de Henares.

La organización de la Atención Primaria 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 puede verse en la siguiente figura:



Fuente: Memoria SERMAS 2017

En cuanto a los recursos humanos en el sistema sanitario podemos ver que son básicos, y aún más en el caso de la Atención Primaria que se fundamenta sobre todo en la relación directa entre profesionales y 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:

Tabla 1. Recursos Humanos

	2009	2016	2019	Diferencia

TSI <sup>2</sup> / Enfermería Madrid	1.949 (1) <sup>3</sup>	1.996 (1)	2.016 (1)	+ 3,43%
TSI/Enfermería España	1.626	1.560	1.485	- 8,67%
TSI /MF Madrid	1.535 (3)	1.560 (2)	1.558 (2)	+ 1,49%
TSI /MF España	1.410	1.381	1.342	- 4,82%
TSI/ Pediatra Madrid	1.069 (3)	1.173 (1)	1.125(2)	+ 5,23%
TSI/ Pediatra España	1.063	1.040	980	- 7,80%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

En la tabla superior puede observarse que:

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

Mientras, la ratio de TSI/administrativ@s en Atención Primaria se redujo un 2,28% frente a una disminución del 8,73% en el conjunto del SNS.

Tabla 2. Administrativ@s

	2010	2019	Diferencia
Administrativos Madrid (número)	3.494	3.414 (6)	-2,28%

<sup>2</sup> Tarjeta Sanitaria Individual.

<sup>3</sup> Entre paréntesis el lugar que ocupa la Comunidad de Madrid entre el total de las CCAA.

Administrativos España (número)	3.045	2,779	- 8,73%
------------------------------------	-------	-------	---------

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Existen diferencias notorias entre las DA en cuanto a la dotación de profesionales, como se observa en la tabla siguiente que se evidencia una importante variabilidad entre DA.

Tabla 3. TSI por profesionales según Direcciones Asistenciales

	Medicina Familia	de	Enfermería
Centro	1.701,09		1.648,07
Este	1.743,35		1.992,9
Noroeste	12.050,62		2.262,24
Norte	1.910,59		2.125,94
Oeste	1.738,02		1.858,47
Sur	1.817,52		1.946,07
Sureste	1.783,05		1.906,02

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las Memorias del SERMAS y GAAP de la Comunidad de Madrid, Conserjería de Sanidad.

Por otra parte, la frecuentación – en atención primaria – ajustada por edad era más baja en la Comunidad de Madrid que en el conjunto del país en 2009 y disminuyó en 2016 y 2020. También lo hizo para medicina de familia y en enfermería, en la Comunidad de Madrid, igualmente que en el conjunto del país para medicina de familia, pero casi la mitad que en Madrid (‘21,6% y -12,74% respectivamente), mientras que en enfermería en el conjunto del país se produjo un pequeño aumento.

Tabla 4. Frecuentación ajustada por edad

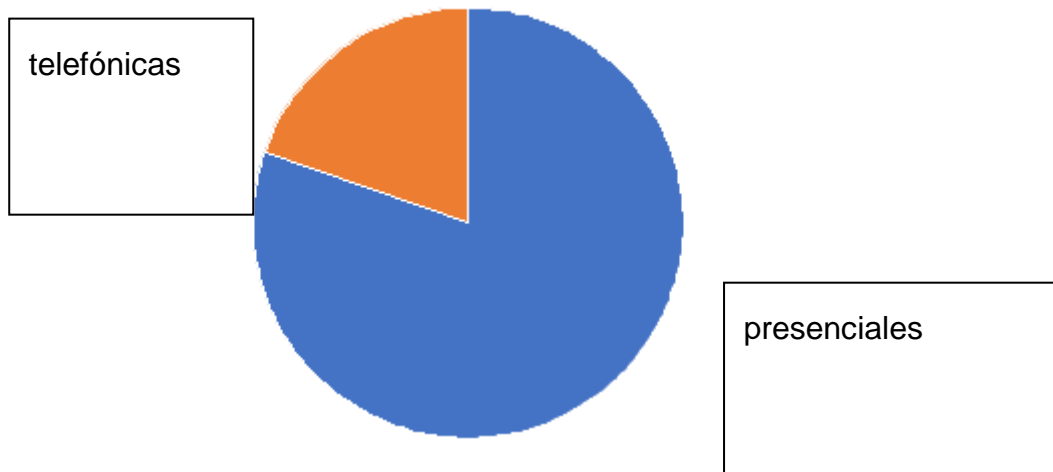
	2009	2016	2020	Diferencia
MF Madrid	5,48	4,79	4,32	- 21.,16%
MF España	5,57	4,79	4,86	-12,74%
Enfermería Madrid	2,41	1,98	2,21	- 8,29%
Enfermería España	2,51	2,36	2,53	+ 0,79%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

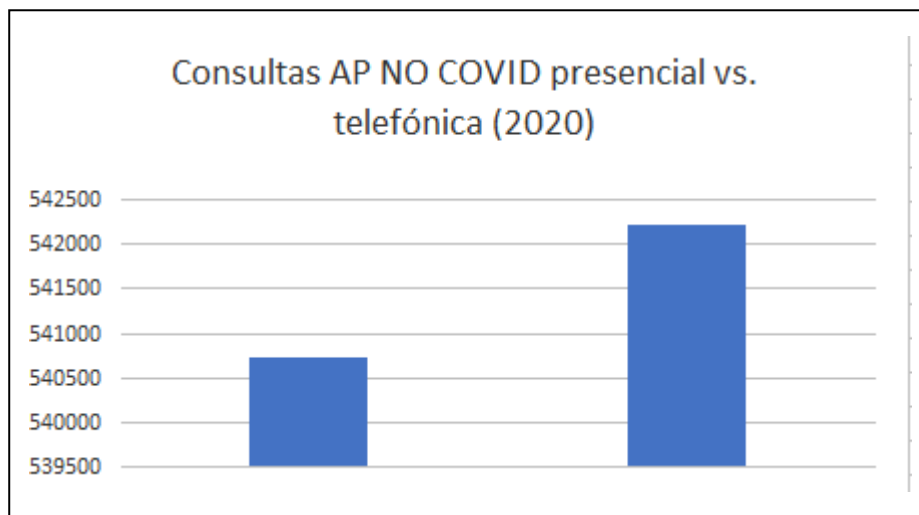
De acuerdo con las DA no hay datos nuevos de la presión asistencial respecto a los ya incluidos en el informe anterior (que eran de 2012)

El número total de consultas disminuyeron en la Comunidad de Madrid en este periodo (2009-2020): un 15,1% frente al 6,25% en el conjunto del SNS, en el caso de consultas de medicina, igualmente, aunque menos, disminuyeron las consultas de enfermería (- 2,55% versus - 1,64%). Podría pensarse que se trata de un efecto de la pandemia sobre los datos de 2020, sin embargo, no es así porque en 2020 el número de consultas, a pesar de las dificultades en el acceso, aumento respecto a 2019, tanto en medicina como en enfermería (46.695.375 consultas totales versus 45.438.919, es decir un 2,76% más), fenómeno que también se observa en el conjunto del país (un 3,37% de aumento entre 2019 y 2020). En cualquier caso se trata de un efecto esperable debido a la covid19, aunque hay que matizar tres cuestiones: primera, las consultas por la covid19 fueron mayoritarias y postergaron aquellas no relacionadas con la pandemia (que fueron solo el 4,16% del total según los datos de la Comunidad de Madrid); segunda, una gran parte de las consultas pasaron a ser telefónicas; y tercera, en enfermería la actividad aumento de manera muy importante con los la realización de test diagnósticos para la covid19 (a lo que hay que sumar a partir de diciembre de 2020 la vacunación). Las figuras siguientes recogen la actividad de medicina y enfermería en razón de las consultas presenciales o telefónicas.

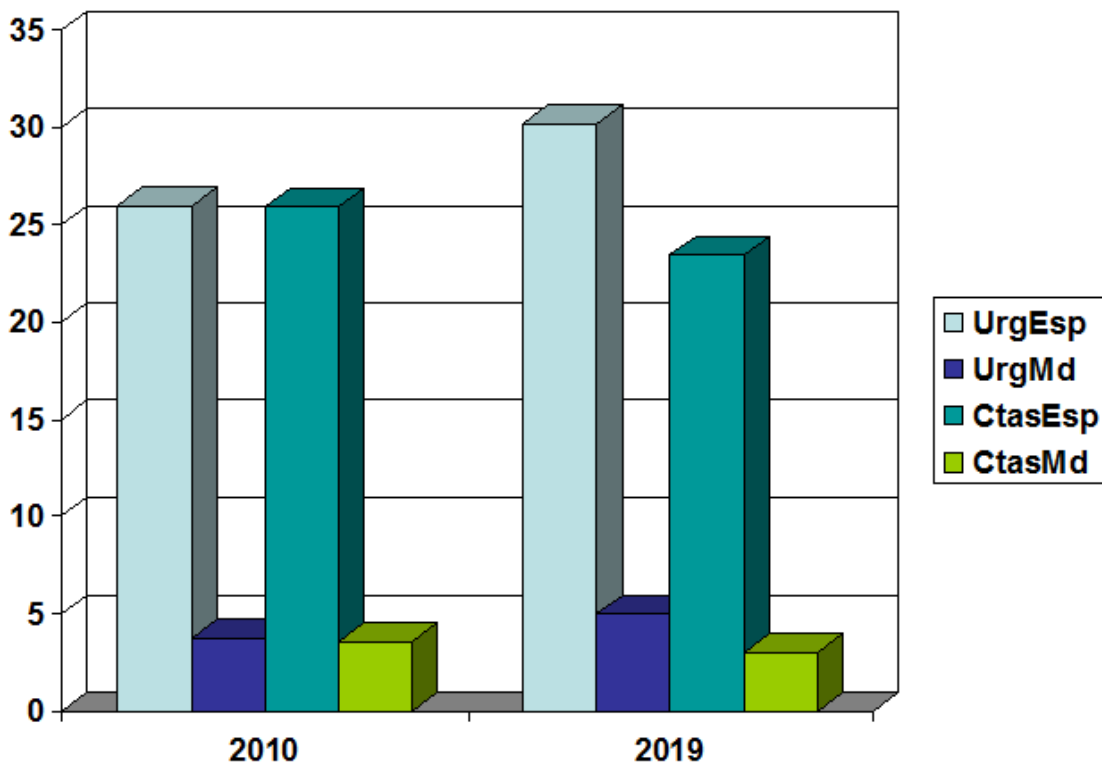
### Consultas enfermería 2020



### Consultas AP NO COVID presencial vs. telefónica (2020)



Mientras tanto las urgencias hospitalarias aumentaron, entre 2010 y 2019, en Madrid en el número total el 33,22% y en el conjunto del SNS el 20,95% tal y como puede observarse en la figura siguiente, que parece relacionar la disminución de consultas en AP con el aumento de las urgencias hospitalarias. El año 2020 fue en este sentido atípico porque disminuyeron las urgencias hospitalarias de manera muy importante, situándose en Madrid y en el conjunto del país en cifras inferiores a 2010, parece que, debido a dos fenómenos, primero el aumento de las consultas en AP ya señalado y luego la pandemia que disuadió a muchas personas a acudir a las urgencias hospitalarias por miedo al contagio.



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad

Urg = Urgencias (Urgencias x millón/ año)

Ctas = Consultas Atención primaria (Consultas x 10 millones /año)

Esp = España

Md = Madrid

Y es que un problema importante que se detecta en Atención Primaria es la demora en las citas, 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 Atención Primaria.

Para evaluar la situación de las demoras en las citas de Atención Primaria se recogen los datos del último Barómetro Sanitario publicado por el Ministerio de Sanidad en que se realiza esta pregunta (realizado entre marzo y octubre de 2018) y de la encuesta sobre demoras en Atención Primaria realizada por CCOO.

Tabla 5. Reciben cita en 24 horas (siempre/casi siempre)

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

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Barómetro Sanitario de 2010 y 2017

Se observa un retroceso en el porcentaje que recibe cita de Atención Primaria 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 empeoró notablemente con la pandemia y se confirma con los datos de la Encuesta sobre demoras en las citas de Atención Primaria realizada por CCOO en 2021, donde se objetiva una gran demora en las citas, no sólo en la media, sino especialmente en el rango máximo detectado (nada menos que 50 días en medicina de familia, 53 enfermería, y 58 en pediatría para atención presencial).

Tabla 6. Demoras en las citas de AP según tipo de profesional

	AGOSTO Media (días)	NOVIEMBRE Media (días)	Demora máxima Noviembre (días)
MF Presencial	4,45	6,91	50
MF Telefónica	3,08	5,05	32
PED Presencial	2,98	3,16	58
PED Telefónica	1,50	2,03	28
ENFERM Presencial	1,44	4,26	53
ENFERM Telefónica	1,2	1,96	57
Odontología	6	15,52	90
Higienistas	5,65	11,35	60
Trabajo Social	4,5	5,95	30
Matrona	1,5	11,16	45
Fisioterapia	30,89	38,87	100
Laboratorio	17,36	11,29	45

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

Las demoras en 2021 eran de 6,91 días en Medicina de Familia; 3,16 en pediatría y 4,26 en enfermería. El 74,92% de quienes pedían cita para Medicina de Familia la obtenían después de 48 horas frente al 36,51% en pediatría y el 52,35% en enfermería. Hay que tener en cuenta que estas demoras suelen ser sumatorias a las de atención telefónica, ya que lo habitual es que primeros e produzca una cita telefónica y solo después de realizada esta se realice la citación presencial, aunque en esto hay una gran variabilidad entre los centros de salud de la región.

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

Por otro lado, las unidades de apoyo a la AP tienen un total de 156 odontólogos, 22 psicólogos, 211 matronas, 144 higienistas dentales, 217 fisioterapeutas y 127 trabajadoras sociales (SERMAS, 2020). Las dotaciones de personal son claramente insuficientes para atender a la población de la Comunidad, con unas ratios poblacionales netamente ridículas que han evolucionado poco entre 2018 y 2020, aunque lo han hecho positivamente.

Tabla 7: Ratios profesionales unidades apoyo/1.000 habitantes

	2018	2020
Odontólogos	0,021	0,023
Psicólogos	0,008	0,003
Matronas	0,026	0,031
Higienistas	0,017	0,021
Fisioterapeutas	0,026	0,032
Trabajadoras sociales	0,013	0,018

Fuente: Elaboración propia con datos de las memorias del SERMAS

Tabla 8. Evolución actividad de las unidades de apoyo

	2010	2016	2017	2020
Salud Bucodental	683.480	818.432	850.959	626.040
Matronas	557.886	540.203	559.388	604.076
Trabajadores Sociales	122.173	138.972	147.081	181.955
Fisioterapia	152.536	160.503	164.987	99.422
Psicología				30.083

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SERMAS

La actividad había evolucionado positivamente desde 2010, pero la pandemia ha tenido un impacto sobre la misma, de manera negativa en el caso de salud bucodental y fisioterapia y con un aumento en trabajo social y matronas.

En todo caso como se ve en la tabla siguiente el porcentaje de demoras superiores a 15 días sigue siendo muy elevado.

Tabla 9. Demoras superiores a 15(%) en las citas de las unidades de apoyo de AP

	Noviembre 2021 (%)
Odontología	38,71
Higienista	33,2
Matronas	17,16
Trabajo social	12,85
Fisioterapia	87,57

Fuente: Encuesta CCOO

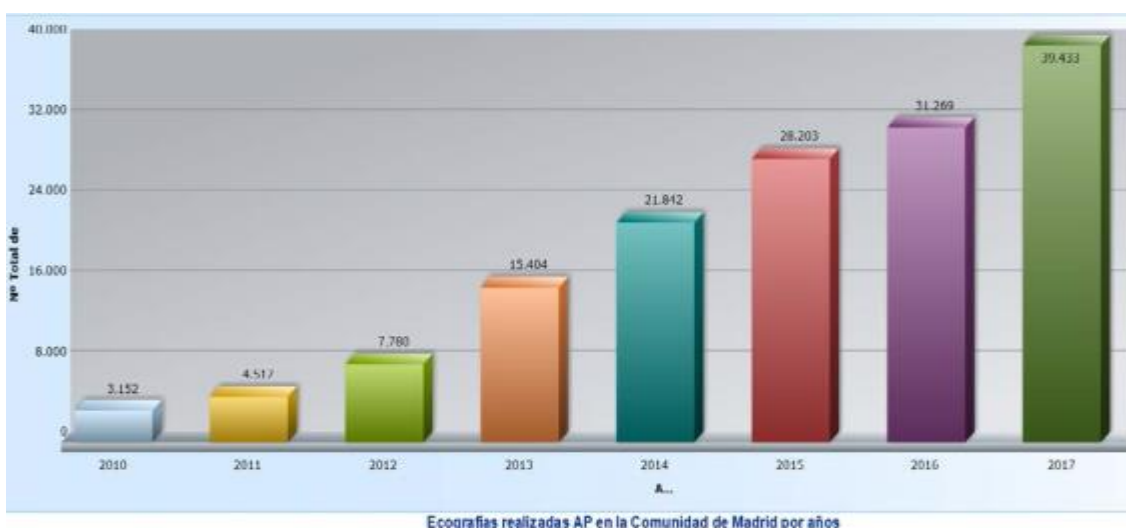
Por fin recogemos el porcentaje de demoras superiores a 7 días en las citas para recogidas de muestra para laboratorio, que como se ve es muy elevada y aumento en noviembre de 2021 respecto a agosto de ese mismo año

Tabla 10. Demoras superiores a 7 días en recogidas de muestra de laboratorio (%)

	Agosto	Noviembre
Laboratorio	45,5	67,71

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CCOO 2021

Otra actividad que se realiza frecuentemente en Atención Primaria son las ecografías. En el gráfico inferior podemos observar cómo estas han ido aumentando considerablemente a lo largo de los últimos 7 años, pasando de 3.152 en 2010 a 39.443 en 2017. En el año



2020 este número disminuyó, realizándose 25.151 (otro efecto secundario de la pandemia).

De estas 25.151 ecografías realizadas en 2020, 19.122 de los casos (76%) no fueron derivados debido a que la resolución del problema se llevó a cabo en Atención Primaria.

Además, encontramos un servicio de la sanidad que se encuentra entre la atención primaria y la especializada: los cuidados paliativos. La Comunidad de Madrid dispone de 16 Unidades Domiciliarias, distribuidas por todas las zonas geográficas. Su función es atender a los pacientes y sus familias en el domicilio:

- 11 unidades de titularidad pública denominadas ESAD (Equipos de Soporte Domiciliario), 1 en la Dirección Asistencial (DA) Norte, 1 en la Sureste, 2 en la Centro, 2 en la Este, 2 en la Sur, 1 en la Oeste y 2 en la Noroeste.
- 6 unidades concertadas con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), 1 en la DA Norte, 1 en la Centro, 2 en la Oeste y 1 en la Noroeste y 1 unidad volante.

En cuanto a su estructura, las 11 unidades públicas cuentan con un total de 38 equipos formados por médico/a, enfermera/o, técnico/a auxiliar de enfermería y auxiliar administrativo a tiempo completo. El psicólogo/a y el trabajador/a social están compartidos entre los equipos, y son aportados por entidades del tercer sector mediante convenios de colaboración entre la Obra Social la Caixa y la Consejería de Sanidad.

Las 6 Unidades de la AECC cuentan con 7 equipos formados cada uno de ellos por médico y profesional de enfermería a tiempo completo, psicólogo y trabajador social a tiempo parcial, disponiendo además de conductor para los desplazamientos.

Existen recursos hospitalarios para la atención de la población adulta ubicados en 22 hospitales del Servicio Madrileño de Salud y en 8 concertados. En 4 de estos hospitales existen dos tipos de recursos de cuidados paliativos, equipo de soporte hospitalario y unidad de hospitalización de agudos (UCPA), constituyendo una única unidad. Esto se puede observar en la tabla inferior.

Tabla 11. Cuidados paliativos adultos

Hospital	UCPA	ESPH	Consulta Externa	UCPME	Nº Camas
H. G. U. Gregorio Marañón	X	X	X		21
H.U. La Paz	X	X	X		13
H.U. Clínico San Carlos	X				10
H. U. Fundación Jiménez Díaz	X	X	X		23
H.U. 12 de Octubre		X	X		
H.U. de La Princesa		X	X		
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda		X	X		
H.U. Ramón y Cajal		X	X		
H.U. de Getafe		X	X		
H.U. Severo Ochoa		X	X		
H.U. Móstoles		X	X		
H.U. Príncipe de Asturias		X	X		
H. U. Infanta Cristina		X			
H. U. Infanta Sofía		X			
H. U. Fuenlabrada		X			
H. de la Fuenfría				X	16
H. de Guadarrama				X	16
H.U. de Santa Cristina				X	16
H. Virgen de la Poveda				X	22
H. C. de la Cruz Roja San José y Santa Adela				X	7
Centro Asistencial San Camilo				X	30
HESTIA Madrid				X	30
H. de San Rafael				X	20
H. Beata María Ana				X	20
C. Cuidados Laguna				X	30
F. Instituto San José				X	30

También disponemos de una Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica en el Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús.

Tabla 12. Profesionales de los recursos específicos de Cuidados Paliativos en 2017

Puesto	Total
Médicos	118
Enfermeras	233
Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería	182
Psicólogos	29
Trabajadores Sociales	30
Aux. Administrativos	18
Otros	1
<b>Total</b>	<b>611</b>

Fuente: Memoria SERMAS 2020

En cuanto a la actividad asistencial, en la Comunidad de Madrid se estima que hay unos 13.000 pacientes que anualmente necesitan atención paliativa especializada, de estos, en 2020 los equipos domiciliarios han atendido a más de 7.100 y los equipos hospitalarios a 10.100 pacientes y sus familias. Es importante reseñar que la mayoría de los pacientes reciben atención en todos los ámbitos asistenciales.

El 73% de los pacientes atendidos en su domicilio por los ESAD y en los hospitales por los ESH, UCPA y ME presentaban enfermedades oncológicas y el 27% enfermedades no

oncológicas, mientras que el 100% de los pacientes atendidos por los equipos domiciliarios de la AECC presentan enfermedad oncológica.

La Unidad de Atención Paliativa Continuada Pal24, ha atendido a 3.402 ingresos y 37.700 llamadas

A diferencia de los pacientes adultos, el 88% de los pacientes pediátricos atendidos presentan patología no oncológica y el 12% patología oncológica.

Los profesionales de atención psicológica y social de la Fundación la Caixa, distribuidos por los equipos domiciliarios y hospitalarios, han atendido durante este año a 4.600 pacientes adultos

También queremos destacar como actividad preventiva, la Vacunación Antigripal que alcanzó al 57,4% de la población > 64 años, cobertura que llevaba cayendo desde 2006, año en el que alcanzó su pico más elevado: 67,1%, pero que este año se incrementó (49,1% en 2019), aumentando también en el resto de la población (28,4 versus 18,7%)

La pandemia de la covid19 produjo muchas modificaciones en la Atención Primaria, tanto por el cierre casi total a las consultas presenciales, como la postergación de las consultas a enfermos no COVID que ya se ha señalado. Por otro lado, una parte del personal de AP fue desplazados al hospital de campaña organizado en el IFEMA. No hay información sobre el número de test realizados que supusieron una gran carga de trabajo para enfermería, aunque si del número total de positivos (380.539 casos acumulados a diciembre de 2020), de ellos 340.068 casos tuvieron algún tipo de seguimiento en AP. Por otro lado, un total de 3.767 trabajadores de AP fueron positivos, aunque tampoco existe información de los que estuvieron en aislamiento de manera preventiva.

Finalmente, hay que tener en cuenta que aunque el contenido de la Atención Primaria debería ser esencialmente comunitario y la actividad en la comunidad es, en teoría, tan importante como la propia actividad clínica, la realidad es que está 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 Atención Primaria.

## **6.2 Atención Especializada**

La Comunidad de Madrid tradicionalmente ha sido una de las comunidades que tenía mayor concentración de recursos hospitalarios del país. Sin embargo, esta situación ha ido cambiando con el tiempo, especialmente desde las transferencias sanitarias de 2001 y debido a la política sanitaria de los gobiernos del PP.

En 2019 había 85 hospitales en la Comunidad de Madrid, lo cual representaba un 10,93% del total de hospitales del país; de los cuales 37 eran públicos (43,52% frente al 60,10% en el conjunto). El número de camas hospitalarias instaladas era de 20.833, de las que 14.488 eran públicas (69,54% versus 80,51%). Esto representa un mayor porcentaje de camas públicas, a pesar de haber un menor número de hospitales públicos, situación que se debe a que los centros privados tienen un menor tamaño, y cuentan con un promedio de 132,18 camas por hospital frente a 391,56 camas por hospital público. Esta situación también se da en el conjunto del país, pues hay 96,33 camas por hospital en los centros privados frente a 264,24 camas por hospital en los públicos. También es reseñable el mayor número de

camas promedio en los hospitales madrileños, tanto públicos como privados, respecto al promedio estatal.

Otro hecho destacable es el menor porcentaje de camas en funcionamiento, respecto a las instaladas, que se da en los centros públicos madrileños.

*Tabla 13. Camas instaladas en funcionamiento %*

	Centros públicos 2016/2019	Centros privados 2016/2019	Total 2016/2019
Comunidad de Madrid	85,62/ 85,90	91,17 / 89,69	87,33/ 87,75
España	89,87/ 90,94	89,91/ 89,17	89,88/ 90,6

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad*

De ello se deduce que el porcentaje de camas en funcionamiento en 2019 – las que realmente son operativas – es en la Comunidad de Madrid claramente inferior al promedio estatal (-2,85 puntos porcentuales), y ello se debe sobre todo a expensas de una menor utilización de las camas de los centros públicos (-5,04 puntos respecto al promedio estatal). Consecuentemente hay una mayor utilización porcentual de las camas de los hospitales privados (+0,52 sobre el promedio estatal), si bien es cierto que ha habido un aumento en el % de camas en funcionamiento en las de titularidad pública en Madrid, pero a la vez por debajo del promedio estatal (0,28 versus 1,07).

El número de camas hospitalarias por 1.000 habitantes es bajo en la Comunidad de Madrid: 3,12 frente a un promedio de 3,25 estatal. Esta tasa ha disminuido desde 2016 en ambos casos, pero más en el caso de la Comunidad de Madrid: -1,57% en Madrid versus -1,51% de promedio estatal. La tasa de camas públicas es de 2,17 frente a 2,62 en el país (0,45 puntos menos), lo cual, en ambos casos dista mucho del promedio de la UE: 5,15 camas por 1.000 habitantes (Eurostat Health Statistics) y de la OCDE 4,5 /1.000. Hay que tener en cuenta que el indicador utiliza las camas instaladas que como se ha señalado anteriormente son significativamente mayores que las que están en funcionamiento, de manera que corrigiendo este dato a las que realmente se encuentran en funcionamiento tendríamos 2,73 camas en funcionamiento por 1.000 habitantes, de las cuales 1,88 serían públicas.

Esta situación ha empeorado en 2017, según la Memoria del SERMAS en este año había 197 camas instaladas menos con financiación pública que en 2016 (1,35% menos), continuando así la deriva de disminución de camas de la Comunidad. Pero si nos fijamos sólo en los hospitales que conservan la gestión tradicional vemos que han disminuido en 365 camas (el 3,08%), mientras los hospitales de gestión mixta (PFI) permanecen prácticamente igual (1 cama menos) y los de gestión totalmente privada han aumentado sus camas en 169 (un 10,53%). Entre 2019 y 2020 los centros de gestión privada crecen pasando de 1.617 a 1.664 camas (del 11,38% al 11,64% de las camas con financiación pública). De nuevo se compraba la apuesta de la Comunidad de Madrid por disminuir el número de camas públicas incrementando las de los centros de gestión privada.

Otro hecho relevante es la escasez de las camas de media y larga estancia, con una tasa en la Comunidad de Madrid de 0,15 por mil habitantes, dato que ha incrementado respecto a 2016 pero que es muy inferior al promedio del país (un 48,38% del total), y este incremento ha sido a expensas, sobre todo, de las camas privadas (se ha pasado de una tasa de 0,08 en el sector privado en 2010 a 0,11 en 2016 frente a un crecimiento de solo una centésima en la tasa de las camas de la Sanidad Pública). No hay datos para Madrid en 2020 salvo las 536 camas de financiación pública (0,079/1.000 habitantes), y en el total del país con una tasa de 0,23/1.000. En cualquier caso, se trata de una situación muy preocupante de déficit si nos compramos con la OCDE: 1,1 camas de media y larga estancia por 1000 habitantes de promedio en el año 2017.

A continuación, se presenta una comparación en la evolución de diferentes indicadores hospitalarios, tanto de España como de la Comunidad de Madrid entre 2010 y 2019.

Tabla 14: Indicadores hospitalarios Madrid y España (2010 y 2019)

	MADRID 2010	MADRID 2019	ESPAÑA 2010	ESPAÑA 2019
Camas/ habitantes 1000	3,33	3,12 - 6,30%	3,4	3,25 - 4,61%
Quirófanos	602	699 + 16,11%	4.088	4.619 + 12,98
RM /millón habitantes	15,57	20 + 28,45%	10,37	14,3 + 37,89%
TAC/millón	14,63	16,6 + 13,46%	14,8	17,7 + 19,59%
PET / millón	1,73	2,66 +53,75%	2,15	1,71 - 20,56%
Mamógrafos/ millón	12,58	13,18 + 4,76%	13,07	14,18 - 8,49%
Trabajadores/1000	11,76	13 + 10,54%	11	12 + 8,33%
Estancias /1000	853,72	788 - 7,69%	890,19	826,68 - 7,19%
Altas/1000	114,53	118 + 3,02%	112,78	114 + 1,08%
Estancia Media (EM días)	7,45	6,66 - 10,6%	7,89	7,20 -8,74%
EM Públicos (días)		6,40		6,48
EMPrivados (días)		3,65		3,62

Consultas/1000	2.264,06	2.975,99 + 31,44%	1.842,59	2.253,83 + 22,31%
Urgencias/1000	572,83	747 + 40,4%	558,41	665 + 19,08%
Ingresos % sobre urgencias	9,6	8,3 - 15,66%	10,61	9,4 -11,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Se observa que existe un incremento de la dotación de quirófanos, prácticamente similar en los centros públicos y privados, pero algo mayor en la Comunidad de Madrid que en el conjunto del país.

Se evidencia un aumento muy significativo de la dotación tecnológica (RM, TAC, PET y mamógrafos) que también se produce en toda España, salvo en el caso de los PET.

Por el contrario, en los mamógrafos se ha producido una disminución de los del sector público, situado el % de mamógrafos del sector público en el 62% del total (media España 73%), evidentemente para potenciar el DEPRECAM<sup>4</sup>.

Por otra parte, se observa que el número de estancias por 1.000 habitantes disminuyó en la Comunidad de Madrid en un 7,69%, algo más que en el conjunto del país (7,19%), a pesar de que se partía de tasas más bajas, aumentaron también las altas por 1.000 habitantes en la Comunidad de Madrid (3,02%) más que en el promedio español (1,08%); y congruentemente disminuyó la estancia media, más que en el promedio estatal (- 10,6% versus -8,74%). Conviene señalar que en 2020 continuó la disminución de las estancias /1.000 habitantes en Madrid y en el conjunto del país, mucho más en este caso (764,61 versus 748,06) aunque es posible que este dato este relacionado con la disminución de la actividad quirúrgica por la pandemia. La estancia media aumentó en ambos casos (7,32 versus 7,66 días), de nuevo probablemente en relación con la pandemia

Mientras, el número de consultas por 1.000 habitantes aumentó de manera importante (31,44%), bastante más que en España (22,31%), este incremento se ve en mayor medida en los centros privados que en los públicos, incrementándose poco el porcentaje de primeras consultas sobre las totales (2%), cifra que aumenta a expensas del sector privado (+ 2,83% frente a una disminución del 1,41% de los hospitales públicos). Esto evidencia dos cosas: por un lado, el efecto de la derivación sistemática desde los centros de llamada a los hospitales privados, y por el otro, un sesgo de selección, ya que porcentaje de primeras consultas atendidas en el sector privado es muy elevado (47,68% en 2019 que indica que se trata de consultas de poca entidad que precisan de poco seguimiento). Contrasta, por ejemplo, este dato con que la Memoria del SERMAS 2020 sólo recoge un 7,01% de consultas de alta resolución y un 31,19% de primeras consultas sobre el total. El número de consultas también cayó durante la pandemia, un 21,07% menos en 2020 respecto a 2019, especialmente en las primeras (- 28,62%), esta disminución del número de consultas fue mayor que en el conjunto del país (- 18,07%), obviamente debido al mayor impacto de esta en la Comunidad de Madrid.

<sup>4</sup> Detección precoz del cáncer de mama.

En cuanto al número de trabajadores hospitalarios por 1.000 habitantes, vemos que se incrementó, tanto en la Comunidad de Madrid como en el resto del país (10,54 versus 8,33%). Sin embargo, resulta llamativa la diferencia de trabajadores por cama según la titularidad de los centros que se recoge en la tabla 15: en 2020 los centros privados tenían 2,07 1 trabajadores por cama más en los centros públicos que en los privados en Madrid (2.09 en el conjunto del país), en el caso de los profesionales médicos esta diferencia era de 2,79 veces más en Madrid (2,56 en España), y en enfermería de 2,47 (2,51 en España). Con esto vemos que los centros privados tienen un 18,94% menos personal médico y un 59,66% menos personal de enfermería por cama, lo que evidencia una situación preocupante de estos centros.

Tabla 15 Trabajadores hospitalarios/cama según titularidad de los hospitales 2020

	Públicos Madrid /España	Privados Madrid /España	Ratio Público/privado Madrid/España
Total personal	5,41 / 4,84	2,61 / 2,31	2,07 / 2,09
Médicos/as	0,95 / 0,77	0,34 / 0,30	2,79 / 2,56
Enfermeros/as	1,66 / 1,46	0,67 / 0,58	2,47 / 2,51

En las siguientes tablas podemos ver la actividad global de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que presenta una caída global en 2020 como efecto de la dedicación preferente, en algunos meses casi exclusiva, de los centros hospitalarios a los enfermos con covid19

## Actividad global de procedimientos diagnósticos y terapéuticos

PROCEDIMIENTO	2019	2020	VAR 20-19	% VAR 20-19
Pacientes laboratorio	11.121.822	10.388.403	-733.419	-6,59
Radiología convencional	3.589.818	3.277.477	-312.341	-8,70
Ecografías	945.104	750.512	-194.592	-20,59
Ecografías Doppler	81.851	71.900	-9.951	-12,16
Citologías	419.345	263.105	-156.240	-37,26
Endoscopias digestivo	298.089	214.702	-83.387	-27,97
Broncoscopias	16.467	15.343	-1.124	-6,83
Mamografías	265.849	230.410	-35.439	-13,33
TC	631.685	617.842	-13.843	-2,19
RMN	465.527	397.216	-68.311	-14,67
Densitometrías óseas	86.052	61.002	-25.050	-29,11
Gammagrafías	70.111	53.993	-16.118	-22,99
Radiología intervencionista	108.797	91.265	-17.532	-16,11
PET	34.364	34.993	629	1,83
Ecocardiogramas	283.272	230.748	-52.524	-18,54
Ergometrías	36.920	23.172	-13.748	-37,24
Litotricias	1.872	1.365	-507	-27,08
Hemodinámica cardíaca diagnóstica	19.640	15.883	-3.757	-19,13
Hemodinámica cardíaca terapéutica	14.197	12.143	-2.054	-14,47
Rehabilitación (sesiones)	2.821.009	1.618.844	-1.202.165	-42,61

La tabla siguiente recoge la actividad de la Unidad Central de Radiodiagnóstico que atiende a los hospitales modelo PFI

ACTIVIDAD	2019	2020	2019 %	2020 %
Ecografías	119.363	97.526	13,09%	12,71%
Resonancia magnética	48.788	42.166	5,35%	5,49%
Mamografías	42.978	37.948	4,71%	4,95%
Tomografía computarizada	72.914	68.379	8,00%	8,91%
Urografía/ fluoroscopia/ intervencionismo	14.770	10.951	1,62%	1,43%
Radiología convencional	585.187	493.428	64,17%	64,30%
Densitometría	13.707	8.203	1,50%	1,07%
Otras (copias electrónicas)	14.219	8.756	1,56%	1,14%
<b>TOTAL</b>	<b>911.926</b>	<b>767.357</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Asimismo, la actividad de la Unidad central de Laboratorio, que esta privatizada y atiende a los mismos hospitales más a los centros de referencia de Atención Primaria, se recoge en la tabla siguiente y como es lógico estuvo muy vinculada a actividades relacionadas con la pandemia

PROCEDENCIA	PROCESO	CENTRO	Población	Peticiones	Determinaciones	Ratio Det/Pet	Ratio Pet % habitantes	Ratio Det % habitantes
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	LABORATORIO ATENCIÓN CONTINUADA	Infanta Sofia	331.819	168.789	1.640.230	9,7	42	412
		Infanta Leonor	310.046	204.003	1.963.130	9,6	55	528
		Henares	170.890	139.835	1.302.965	9,3	68	635
		Infanta Cristina	170.505	107.289	913.477	8,5	52	446
		Sureste	191.934	102.288	852.876	8,3	44	370
		Tajo	79.518	74.299	645.106	8,7	78	676
	Subtotal Lab A. Continuada		1.254.712	796.503	7.317.784	9,2	53	486
	LABORATORIO CENTRAL	Infanta Sofia	331.819	163.381	1.763.109	10,8	41	443
		Infanta Leonor	310.046	141.827	1.792.249	12,6	38	482
		Henares	170.890	72.129	991.268	13,7	35	483
		Infanta Cristina	170.505	58.223	816.179	14,0	28	399
		Sureste	191.934	55.550	662.135	11,9	24	287
		Tajo	79.518	42.400	593.152	14,0	44	622
	Subtotal Lab. Central		1.254.712	533.510	6.618.092	12,4	35	440
	TOTAL A. ESPECIALIZADA	Infanta Sofia	331.819	332.170	3.403.339	10,2	83	855
		Infanta Leonor	310.046	345.830	3.755.379	10,9	93	1.009
		Henares	170.890	211.964	2.294.233	10,8	103	1.119
		Infanta Cristina	170.505	165.512	1.729.656	10,5	81	845
Sureste		191.934	157.838	1.515.011	9,6	69	658	
Tajo		79.518	116.699	1.238.258	10,6	122	1.298	
Subtotal A. Especializada		1.254.712	1.330.013	13.935.876	10,5	88	926	
ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN PRIMARIA - LABORATORIO CENTRAL	DA - Norte	331.819	181.868	1.727.429	9,5	46	434
		DA - Sur	250.023	125.520	1.120.193	8,9	42	373
		DA - Sureste	672.870	370.575	3.707.142	10,0	46	459
		Residencias - CAID y CPF		11.820	144.884	12,3	N/A	N/A
		Subtotal Central AP		1.254.712	689.783	6.639.648	9,7	46
Otras Procedencias		Subtotal Otras procedencias		3.331	26.159	7,9	N/A	N/A
			<b>1.254.712</b>	<b>2.023.127</b>	<b>20.661.683</b>	<b>10,2</b>	<b>134</b>	<b>1.372</b>

La actividad del centro de transfusión y los trasplantes también se vieron mediatizados por la pandemia

ACTIVIDAD	2019	2020
Procesamiento de unidades de sangre	239.748	227.984
Distribución de unidades de plasma inactivado	32.267	29.749
Cesión/adquisición de concentrados de hematíes de otros centros	2	125
Producción de pools de plaquetas	37.864	35.172
Producción de aféresis de plaquetas	4.048 procesos (2.819 en el CTCM y 1.229 en hospitales) y 4.376 dosis terapéuticas de plaquetas	4.026 procesos (2.771 en CTCM y 1.255 en hospitales) y 4.212 dosis terapéuticas de plaquetas
Tipaje de donantes de médula ósea y registro en REDMO	7.001	6.045
Procesamiento de sangre de cordón umbilical	188	48

CTCM: Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid

ÓRGANOS	2019	2020	Var. 19-20	% Var. 19-20
Donantes cadáver	228	176	-52	-22%
Donantes vivos	61	41	-20	-33%
Trasplante renal	426	359	-67	-26%
Trasplante hepático	216	174	-42	-19%
Trasplante cardíaco (incluye cardiopulmonar)	77	73	-4	-6%
Trasplante pulmonar (incluye cardiopulmonar)	96	71	-25	-17%
Trasplante pancreático (incluye multiviscerales)	5	11	+6	+22%
Trasplante intestinal	4	4	=	=
<b>TOTAL TRASPLANTES ÓRGANOS</b>	<b>824</b>	<b>692</b>	<b>-132</b>	<b>-17%</b>

Fuente: Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes

TEJIDO	2019	2020	Var. 19-20	% Var. 19-20
Córneas	455	286	-169	-38%
Tejido osteotendinoso	1.922	2981*	+1059	+55%
Progenitores hematopoyéticos	599	565	-34	-7%
Válvulas cardíacas	3	0	-3	-100%
Piel	18	16	-2	-12%
Membrana amniótica	275	241	-34	-13%
Membrana escleral	104	105	+1	+1%
Segmento vascular	7	0	-7	-100%
<b>TOTAL TRASPLANTES TEJIDOS</b>	<b>3.383</b>	<b>4.192</b>	<b>+809</b>	<b>+23%</b>

Fuente: Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes

\*Se ha incluido en la estadística del año 2020 tejido osteotendinoso liofilizado que ha sido implantado en centros públicos.

En todos estos campos, se había producido un crecimiento general de la actividad que se detuvo con la pandemia

Otra cuestión importante, que afecta a la atención especializada, son las listas de espera. Los últimos datos oficiales (febrero 2022) sobre listas de espera se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 16: Listas de Espera Madrid (junio 2021)

	Lista espera quirúrgica (LEQ)	Lista espera consultas externas (LEC)	Lista espera

			Pruebas diagnósticas (LEPD)
Número de pacientes	90.586	553.601	170.112
Demora media (días)	58	47,47	47,79
% con demora 90 días	29,32%	47,98%	41,36%
Rechazo de derivación Demora media (días).	121,78	----	----

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Comunidad de Madrid

Esta situación requiere varios comentarios:

1. El número de pacientes en la lista de espera quirúrgica se ha incrementado notablemente a pesar de la apertura de 11 nuevos hospitales (49.139 pacientes en lista de espera quirúrgica en mayo de 2012).
2. Aunque la demora media no es especialmente elevada en la LEQ, si lo es y mucho la de quienes rechazan la derivación a otro centro (habitualmente a centros privados) con lo que se establece una clara discriminación, y por otro lado el porcentaje que espera más de 3 meses es elevado, aproximadamente un tercio del total.
3. El número de pacientes en LEC es muy alto y eso que se trata solo de la demora de la primera consulta, cuando es bien conocido que se ha hecho un especial esfuerzo en incrementar las primeras consultas en detrimento de las sucesivas que tienen unas demoras mucho más prolongadas.
4. El porcentaje que tienen demoras mayores de 90 días es muy elevado, especialmente en LEPD y LEC.
5. Las demoras reales son como mínimo una suma de todas las anteriores más las demoras en las citas de AP, que como ya se ha señalado pueden alcanzar hasta 10 días, más la segunda consulta en consultas externas que se produce en casi todos los casos, con lo que la demora real para la solución de un problema de salud puede situarse en la mayoría de los casos por encima de los 8-10 meses.

### 6.3 Atención a la urgencia

Las urgencias en Atención Primaria 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.

En la siguiente tabla puede observarse que las consultas en urgencias hospitalarias se han incrementado considerablemente en los últimos 6 años, disparándose en la región pasando de 572,83 por 1.000 habitantes a 718,81, un aumento del 27%, a esto hay que sumar el 2,11% de incremento en 2017 sobre 2016. En 2019 continuó aumentando (747 en Madrid y 665 en España). En 2020 el número de urgencias disminuyó debido a la pandemia (558,69 versus 482,10). En todo caso las cifras de la Comunidad de Madrid siguen estando por encima del promedio estatal. Lógicamente el porcentaje de ingresados de las urgencias atendidas aumentó en 2020, después de llevar años aumentando (en 2020 10,68% en Madrid frente al 11,55% a nivel estatal (en 2019 8,3 y 9,4% respectivamente).

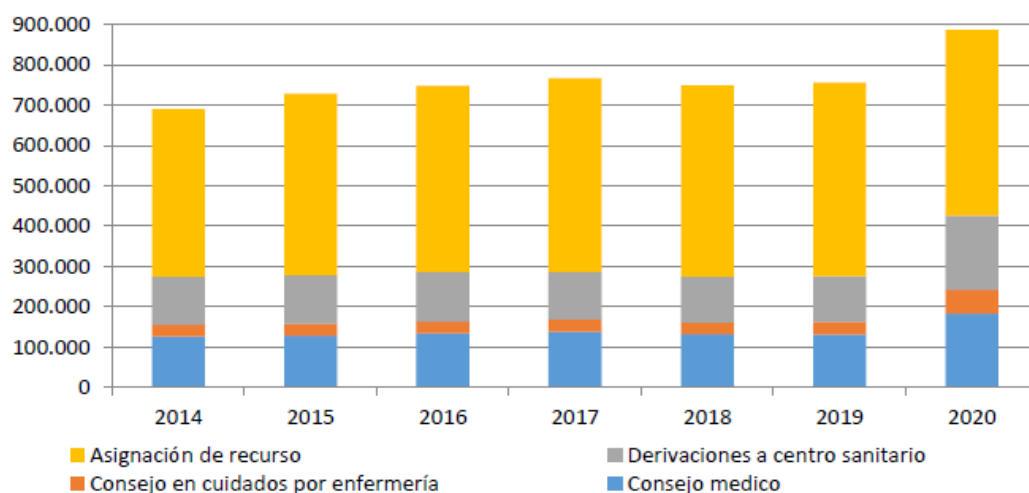
Tabla 17. Consultas en urgencias /1.000 habitantes

	2010	2016	2019	2020
España	563,62	635,36	665	482,10
Comunidad de Madrid	572,83	718,81	747	558,69

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Uno de los servicios de urgencias más importantes de Madrid es el SAMUR-Protección Civil, el cual durante el año 2020 presentó un aumento muy importante de las demandas, tal y como se recoge en las figuras siguientes que comparan los datos de 2019 con los de 2020 y la evolución desde 2014:

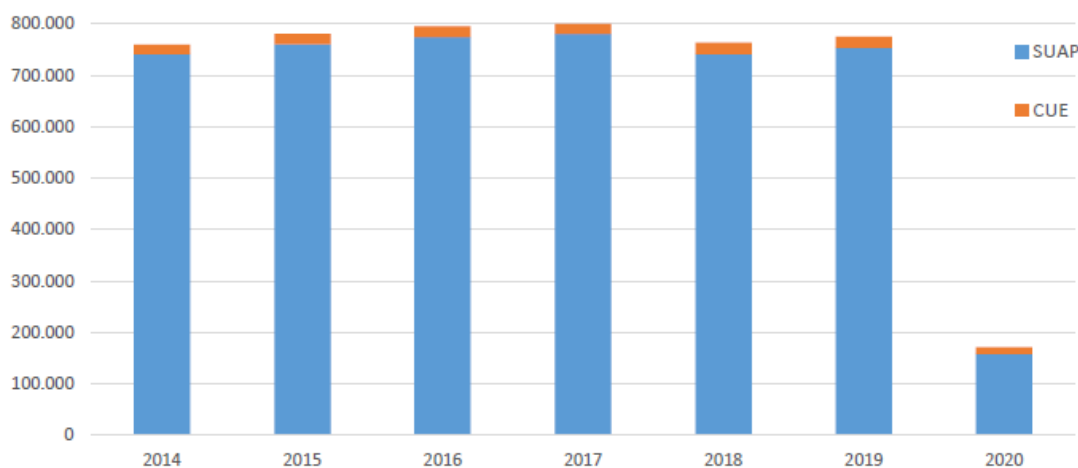
ACTIVIDAD SANITARIA SCU: RESOLUCIÓN DE LLAMADAS ASISTENCIALES	2019	2020	% VAR 19-20
Consejo médico	130.651	183.560	40,50%
Consejo en cuidados por enfermería	31.772	58.867	85,28%
Derivaciones a centro sanitario	113.233	183.632	62,17%
Asignación de recurso	480.588	460.438	-4,19%



Fuente: Memoria SERMAS 2020

En la pandemia se produjo el cierre de las urgencias de Atención Primaria a partir de marzo de 2020, cayendo su actividad en este año respecto a años anteriores (ver figuras).

PACIENTES ATENDIDOS	2019	2020	% VAR	20-19
<b>TOTAL PACIENTES ATENDIDOS</b>	<b>775.389</b>	<b>171.371</b>		<b>77,82%</b>
Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP)	753.678	158.194	-79,01%	
Centro de Urgencias Extrahospitalarias (CUE)	21.711	13.177	-39,31%	



## 6.4 Salud Mental

La salud mental es un tema muy importante y que se ha puesto en el foco en los últimos tiempos, pero sigue siendo considerado un tema tabú, ya que se observa de manera despectiva, como sinónimo de “estar loco”.

Para la realización de este apartado hemos utilizado los últimos datos disponibles de la Asociación Madrileña de Salud Mental (ASMS), de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA), más datos disponibles en la Memoria del SERMAS (2020) y del último Plan Estratégico de Salud Mental publicado (2018-2020). En el momento

del estudio, pese al anuncio del Plan Estratégico de Salud Mental 2022-2024, desconocemos el contenido del mismo.

A continuación, podemos ver una tabla con la evolución del número de centros de salud mental, entre los años 2000 y 2012. Podemos observar que los psiquiatras aumentaron entre los años 2000 y 2012, siendo un total de 292 psiquiatras, de los cuales 263,3 son de gestión pública. En cuanto a la psicología clínica ocurre lo mismo, reuniendo en 2012 169 psicólogos, de los cuales 146,4 eran de gestión pública.

De estos 292 psiquiatras, sólo 45 (aproximadamente) se dedican a atender a la población infantil y juvenil, mientras que, de los 169 psicólogos, son 50 los que atienden a esta

<b>Centros de Salud Mental adultos e infantil</b>						
	Año 2000. Datos Oficina Salud Mental <sup>1</sup>	Año 2005. Datos Observatorio AMSM <sup>2</sup>	Año 2007. Datos Observatorio AMSM <sup>3</sup>	Año 2009. Datos Oficina Salud Mental <sup>4</sup>	Año 2012. Datos Observatorio AMSM <sup>5</sup>	Año 2012. Datos Oficina Salud Mental. Solo centros gestión pública <sup>6</sup>
Psiquiatras CSM	223	221.4	299	300	292	263.6
Psicólogos clínicos CSM	139	150	174	169	169	146.4
DUE	98	106	107	110	109	NC
T:S	59	67.5	78	77	70	NC
Consultas nuevas	38.639 <sup>7</sup>			58.340 <sup>8</sup>		93.729
Pacientes en continuidad de cuidados				5793 <sup>8</sup>		

*Fuente: AMSM: Informe sobre evolución de los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2014*

población.

En la Comunidad de Madrid encontramos 36 Centros de Salud Mental. De estos, 7 son de gestión privada: Arganzuela, Navalcarnero, Aranjuez, Valdemoro, Moncloa, Torrejón (Sanitas) y Collado-Villalba (IDC-Salud).

Por otro lado, la demanda en atención psicológica ha aumentado, pero no ha habido suficiente contratación de nuevos profesionales, lo que ha derivado en unas largas listas de espera en muchos de los Centros de Salud Mental. Aunque no sólo hay carencia de psicólogos, pues ni el personal de enfermería ni de trabajo social ha aumentado su número entre los años 2000 y 2012. Esto se traduce en un escaso desarrollo de Programas de Cuidados Comunitarios de los Centros de Salud Mental. A parte de esto, también nos encontramos ante una inequidad entre unos servicios y otros, lo cual pretendía solucionarse mediante la Ley de Libre Elección, lo cual no ha ocurrido. Pero la falta de personal no es el único problema, puesto que tampoco existe una estrategia política de salud mental a nivel central, unido al deterioro a causa de la integración de las Gerencias Hospitalarias.

En cuanto a los recursos hospitalarios vemos que el número de unidades de hospitalización para adultos ha aumentado en casi el doble desde el año 2000 al 2014, a la vez que se ha dado un considerable aumento de camas funcionales (también de camas de gestión privada, que aumentan en un 10% en estos años), mientras que las camas de psiquiatría

disminuyen, quedando en un 14% en el año 2014. Por otro lado, el número de psiquiatras en hospitales ha aumentado en 38 entre estos años (159 en 2014), mientras que los psicólogos clínicos han sufrido un incremento de 13 profesionales (28 en 2014).

Mientras tanto, en las unidades de hospitalización de niños y adolescentes podemos ver que el número es muy reducido y que no sufre cambios en estos años, siendo 2 desde el año 2000 al 2014. Tampoco el número de camas tiene un gran incremento, pues del 2000 al 2008 se incrementan en 4, quedando en 2014 el mismo número.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.			
	2000	2008	2014
<b>NUMERO</b>	2	2	2
<b>CAMAS</b>	34	39	39

Fuente: AMSM: Informe sobre evolución de los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2014

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS (datos Oficina Regional de Salud Mental)			
	2000	2008	2014
<b>NUMERO</b>	13	23	25
<b>CAMAS FUNCIONANTES</b>	461	533	577
<b>CAMAS GESTIÓN PRIVADA</b>	32 (7%)	60 (11%)	99(17%)
<b>CAMAS H. PSIQUIATRICO</b>	180 (39%)	106 (20%)	86 (14%)
<b>PSIQUIATRAS HOSPITAL<sup>1</sup></b>	121	133	159
<b>PSICOLOGOS CLINICOS HOSPITAL<sup>1</sup></b>	15	25	28

la

Pero es importante mencionar que este crecimiento de camas hospitalarias no sólo fue por la apertura de nuevas Unidades de Hospitalización Breve, sino también por la inclusión de los hospitales de gestión privada (Móstoles – Hospital Rey Juan Carlos, Collado-Villalba, y el concierto de Nuestra Señora de La Paz con el Hospital de Torrejón). Esto supuso una gran inversión en recursos, la cual ha estado mal planificada, pues no se hizo un análisis de las necesidades de camas (lo que provocó que se abrieran camas costosas en hospitales que no necesitaban, dejándose de lado otros que sí tenían esta necesidad).

Otro punto importante en la atención en Salud Mental, es el tratamiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria. En el año 2007 se firmó “El Pacto Social contra la Anorexia y la Bulimia”, destinándose recursos para la atención de estos problemas, y creándose dos unidades de atención ambulatoria en el Hospital de Móstoles y en Gregorio Marañón (para mayores de 16 años) y un hospital de día en el Hospital Santa Cristina (para mayores de 18 años); también se intensificaron los programas en el Hospital Niño Jesús y La Paz. Pero esto supuso ciertos problemas: una distribución de recursos no equitativa territorialmente, problemas en la coordinación entre los recursos y los hospitales, y problemas de continuidad asistencial.

Unidades de tratamiento para TCA			
	2000	2008	2014
Hospital de día TCA Santa Cristina (>18a)		40 plazas	40 plazas
Unidad de Conducta Alimentaria (UCA) (>16a)		2 UCA en HGM y Hospital de Mostoles	2 UCA
Unidad de TCA Hospital Clínico San Carlos (>18 a)		NC	NC
Unidad de TCA Hospital La Paz (adolescentes y adultos)		NC	NC
Unidad de TCA Niño Jesús (< 18 a)	Incluye hospital de día, consultas ambulatorias e ingresos.		

Fuente: AMSM: Informe sobre evolución de los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2014

Por otro lado, también consideramos importantes aquellos recursos destinados a la rehabilitación, la residencia y el apoyo comunitario. La mayoría de los dispositivos de rehabilitación psicosocial y recursos de atención social dependen de un programa de la Conserjería de Familia y Asuntos Sociales.

Entre 2003 y 2008 hubo un Plan Estratégico que supuso el incremento de los recursos, pero al finalizar este el crecimiento se ralentizó. Pero un problema importante es que no existe un Plan Estratégico de Salud Mental común para ambas redes. En la siguiente tabla vemos que los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), entre los años 2002 y 2014 han aumentado su número en 16 (26 en total), aumentando así las plazas en 1.073. También lo han hecho los Centros de Día, incrementándose su número con 31 (40 en total), y el número de plazas en 1.028. Lo mismo ha ocurrido con los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), incrementando su número en 16 (21 en total en 2014), y sus plazas en 870; al igual que las minirresidencias y los pisos supervisados. En cambio, los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) no han alterado sus cifras.

RECURSOS DE REHABILITACIÓN, RESIDENCIALES Y APOYO COMUNITARIO (S.SOCIALES + SERMAS) <sup>1</sup>				
		AÑO 2002	AÑO 2008	AÑO 2014
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	Numero	10 (2)	24 (2)	26 (2)
	Plazas	885 (180)	1800 (180)	1958(180)
Centros de Dia	Numero	9 (9)	35 (9)	40 (9)
	Plazas	172	1012 (172)	1200 (172)
Centros de Rehabilitación laboral (CRL)	Numero	5 (2)	18 (2)	21
	Plazas	220 (80)	890 (80)	1090
Equipos de Apoyo Social Comunitarios (EASC)	Numero		38	38
	Plazas		1140	1140
Minirresidencias	Numero	8 (1)	17 (1)	21 (0)
	Plazas	141	424	583
Pisos supervisados	Numero	21 (15)	68 (15)	72 (15)
	Plazas	67 (44)	256 (44)	267 (44)
Pensiones Supervisadas	Plazas	11	22	37

<sup>1</sup> Entre paréntesis aparecen los centros y plazas gestionados por el SERMAS del total.

Fuente: AMSM: Informe sobre evolución de los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2014

Por otro lado, encontramos en las siguientes tablas la actividad en Salud Mental entre los años 2019 y 2020, dónde vemos que las consultas totales han aumentado en un 20,78%. En cuanto a las nuevas consultas se observa que han aumentado en un 34,66%, mientras que las consultas sucesivas han incrementado en un 24,51%.

En cuanto a la actividad psiquiátrica observamos que la variación es positiva (un aumento del 20,78%), pero esto se debe al incremento de altas de menores de 18 años (que supone un aumento del 13,27%), pues las altas en mayores se han reducido en un 12,12%.

Actividad ambulatoria*	2019	2020	%Variación
Consultas nuevas	119.829	161.362	34,66%
Consultas sucesivas	557.491	694.125	24,51%
<b>Consultas totales</b>	<b>677.320</b>	<b>855.487</b>	<b>20,78%</b>

Fuente: SIAE.

\* Consultas de Psiquiatría y Psicología Clínica

ALTAS	2019	2020	%Variación
<18 años	1.130	1.280	13,27%
>= 18 años	10.151	8.921	-12,12%
<b>Total Psiquiatría</b>	<b>11.281</b>	<b>10.201</b>	<b>20,78%</b>

Fuente: CMBD.

\*Hospitalización de gestión directa

Fuente: Memoria SERMAS 2020

Existió, además, un Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018 – 2020 que planteó 10 líneas estratégicas y que, al igual que los anteriores, tuvo un escaso cumplimiento y ha favorecido a las privatizaciones.

Con los datos actuales, contando con la incorporación de los nuevos profesionales según lo previsto en memoria económica de los años 2018 y 2019 del Plan de Salud Mental, la demanda actual se responde a través de un número total 538 psiquiatras y 260 psicólogos clínicos, 566 enfermeras, 97 trabajadores sociales y 69 terapeutas ocupacionales,

distribuidos entre los diferentes dispositivos tanto de atención a adultos, como a infanto-juvenil, a nivel comunitario y a nivel hospitalario.

En la tabla se muestra el número de profesionales totales (de adultos y de niños y jóvenes), la ratio de profesionales totales por 100.000 y la mediana de la ratio de profesionales en CSM y Hospital de Día de Adultos de los Servicios o Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental para la población de la Comunidad de Madrid según tarjeta Sanitaria de diciembre de 2019. No se incluyen los profesionales de los centros con actividad por fórmulas de Contrato o Convenio, de salud mental y adicciones. Tampoco están incluidos los profesionales de salud mental de las redes autonómicas de Atención Social a la Discapacidad, el Menor y la Familia, y la Mujer, entre otras.

Tabla 2. Número de profesionales de Salud Mental en el Servicio Madrileño de Salud y ratio por 100000 habitantes.

Fuente: ORCSMyA y Servicios y Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental Marzo 2020

	Nº de profesionales	Ratio por 100000 total	Ratio por 100000 (csm+hd)*
<b>Psiquiatras</b>	538	8.89	5,70
<b>Psicólogos Clínicos</b>	260	4.29	3,22
<b>Enfermeras</b>	566	9.36	2,65
<b>Trabajadores sociales</b>	97	1.60	1,29
<b>Terapeutas ocupacionales</b>	69	1.14	

\*Mediana de la ratio de profesionales en CSM s y Hospital de Día de Adultos de los Servicios o Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental

## La pandemia en la Red de Salud Mental y Plan de Respuesta Asistencial postcrisis COVID19

Nuestro país no fue diferente al resto de Europa donde la primera ola nos cogió desprevenidos y sin concreciones para hacer frente a la pandemia COVID19. La Comunidad de Madrid fue uno de los lugares más azotados en ese momento, donde el virus se extendía a pasos agigantados ante la falta de planificación del Gobierno de la Comunidad Autónoma. En este contexto, ante las necesidades asistenciales que acaecían en los hospitales, muchos profesionales se desplazaron a estos centros. Los psiquiatras y psicólogos clínicos en los hospitales realizaron tanto funciones de apoyo, acompañamiento o administrativas, como organizaron programas de atención psicológica a profesionales, pacientes y familiares. Quienes se mantuvieron en los CSM, con equipos mermados a su vez por las bajas, se lanzaron a una atención telefónica y telemática, poniendo de manifiesto, también, la escasez de recursos tecnológicos.

Bajo este panorama, se elaboró un Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la crisis por COVID19, con la siguiente propuesta de contratación (ver tablas).

Tabla 9. Propuesta de nuevas contrataciones en postcrisis COVID19 para atender a profesionales sanitarios y pacientes (no profesionales)

	Nº de Psiquiatras/Psicólogos Clínicos
<b>Interconsulta y Enlace</b>	31
<b>Centros de Salud Mental</b>	23
<b>Programa Paipse (Profesional sanitario enfermo)</b>	2
<b>Total</b>	56

Tabla 12. Propuesta de nuevas contrataciones en postcrisis COVID19 para atender a Población infanto-juvenil

	Hospital de Día CET de La Paz
<b>Población</b>	<b>ADOLESCENTES</b>
<b>Psiquiatra</b>	1
<b>Psicólogos Clínicos</b>	2
<b>Enfermeras</b>	2
<b>Terapeutas ocupacionales</b>	1
<b>Total</b>	6

Sin embargo, el curso de la pandemia hace necesaria una revisión de las necesidades de manera que se ajuste a la realidad del aumento de la demanda. Otra cuestión a tener en cuenta es el problema actual de la accesibilidad a la Red de Salud Mental, dada la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria por la situación hospitalaria y el grave problema de desbordamiento en la que se ha sumido a la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid acontecida por las políticas de deterioro, desmantelamiento y privatizaciones por parte de la Comunidad de Madrid.

Este refuerzo de la Red no se ha planificado en un incremento estable de profesionales que permita una mirada y planificación a medio/largo plazo de las intervenciones. Seguimos contando con un número escaso de profesionales por 100.000 habitantes, siendo, el de la Comunidad de Madrid, de los más bajos de Europa. El refuerzo mínimo en los Centros de Salud Mental supone que, en la práctica, la población en general va a recibir una atención escasa y precaria, sin ningún análisis de situación que contemple la continuación y agravamiento de la pandemia y los nuevos escenarios posibles.

## 6.5 Salud sexual y reproductiva

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la Estrategia acompañante constituyen el marco de las políticas públicas que la Comunidad de Madrid tiene que desarrollar en lo relativo a la salud sexual y reproductiva (SSyR) en nuestro territorio. En la Ley Orgánica 2/2010 se puede leer *“En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes”* e insta a que los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garanticen *“el acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva”* (artículo 5).

En los años de vigencia de la Estrategia estatal, a nivel autonómico lo único que se ha implementado son las prestaciones en materia anticonceptiva y de interrupción voluntaria de embarazo (IVE), que por otro lado ya venían desarrollándose con anterioridad. En cuanto a otros aspectos de promoción de salud sexual, como la mayor accesibilidad a una amplia gama de anticonceptivos o recursos específicos para la atención a la gente joven no se han abordado adecuadamente. En línea con esos compromisos, la Comunidad presentó en 2017 un Plan Integral de abordaje de los embarazos no deseados elaborado por la Consejería de Salud en colaboración con otras Consejerías, con metas en el horizonte de cuatro años. Sus dos objetivos generales son: prevenir embarazos no deseados o inesperados y prestar atención integral a la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con la ley. En esta se recoge una diversidad de estrategias y actuaciones a desarrollar, tanto en el contexto sanitario como educativo, con especial atención a las necesidades de la población más vulnerable.

Reconociendo la buena intencionalidad del Plan, la realidad es que la inmensa mayoría de sus propósitos no se están cumpliendo. Pese al compromiso de coordinación con entidades locales, sociedades científicas, Asociaciones y ONGs – especialmente las que fueron consultadas en su elaboración – no se conoce ningún avance en ese sentido. Tampoco en la formación necesaria específica sobre salud sexual y reproductiva en el ámbito socio-sanitario y educativo.

El desarrollo de las diferentes líneas de trabajo en base a los diferentes objetivos específicos y núcleos poblacionales es, hasta el momento, muy limitada: en la práctica lo más desarrollado está en lo establecido en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria, donde los y las profesionales se enfrentan, con gran esfuerzo, a las necesidades de atención en SSyR con escasa formación, disponiendo sólo de varios minutos de consulta y con deficiencias en la coordinación y derivación a las consultas de ginecología (sumidas también en serias limitaciones para atender dichas demandas).

Por resumir, se sigue haciendo lo que a partir de las transferencias de 2002 se hacía en materia de anticoncepción, mejorando la atención a la interrupción voluntaria del embarazo a partir de la ley de 2010 e incumpliendo otros aspectos de accesibilidad y de contenidos acordes a salud sexual y reproductiva en su sentido más amplio.

De acuerdo a resultados provisionales del INE correspondientes a enero de 2018 en Madrid residen 1.581.903 mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años y 1.292.063 entre 15 y 44 años (rango utilizado por el Ministerio de Sanidad en el registro anual de IVE). En 2020 la tasa bruta de natalidad fue de 7,72 (el dato más bajo desde 1985) el número de nacimientos registrados en nuestra Comunidad fue de 56.727 en 2019 de los que el 25% correspondieron a mujeres extranjeras. Entre estas últimas, el mayor número de nacimientos correspondieron a mujeres rumanas seguidas de mujeres marroquíes.

Respecto a IVE, en 2019 se contabilizaron 19.537 intervenciones y en 2020 fueron 16.466 de las que 14.198 eran residentes en la Comunidad de Madrid, lo que supone una tasa de 10,57 por mil mujeres entre 15 y 44 años. Ninguna se realizó en un centro público y el 74,9% recibió financiación pública. La bajada en el número de IVE como en otras actividades sanitarias podría estar relacionada con la pandemia.

A continuación, veremos la situación de los aspectos más relevantes de la salud sexual y reproductiva en la Comunidad de Madrid en 6 apartados diferentes: salud sexual, anticoncepción, acceso a técnicas de reproducción asistida, infecciones de transmisión sexual (ITS), interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y salud sexual y reproductiva de la gente joven.

## **Salud sexual**

La salud sexual es definida por la [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la [sexualidad](#); la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los [derechos sexuales](#) de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud". También entre las recomendaciones de la Estrategia a este respecto caben destacar:

1. *Se emprenderán acciones para promover una sexualidad saludable, placentera e igualitaria, a lo largo de la vida, considerando las diferentes circunstancias vitales de mujeres y hombres.*

2. *Se tendrán en cuenta en las acciones de promoción de la salud sexual los determinantes sociales, culturales, económicos y de género, visibilizando los diferentes contextos de vulnerabilidad en los distintos grupos poblacionales: grupos etarios, discapacidades, opciones y orientaciones sexuales, identidades de género (transexualidad), personas VIH positivas, migración, violencia sexual.*

7. *Se potenciará, en el marco del ámbito educativo, la educación sexual en la infancia y adolescencia, de acuerdo con el nivel de desarrollo de cada edad, tomando como referencia la visión holística de la sexualidad y la diversidad.*

A pesar de que se cuenta con una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, y legislaciones específicas, los servicios de salud sexual y reproductiva no existen, o cuentan con importantes deficiencias, siendo desigual su acceso y cobertura, dependiendo tanto de la Comunidad Autónoma en la que se resida, como de la situación administrativa individual.

Esta situación repercute negativamente en los derechos y la salud sexual y reproductiva de la población, especialmente de las mujeres y niñas.

### **Anticoncepción**

El acceso de las mujeres a la anticoncepción ha sido revisado en 2016 por la Federación de Planificación Familiar. En este documento se valora la accesibilidad a métodos anticonceptivos eficaces, incluyendo los de larga duración y la anticoncepción de urgencia, y a los recursos y profesionales sanitarios que prescriben y dispensan los anticonceptivos.

La mayor parte de la atención anticonceptiva se presta desde los equipos de atención primaria, ya que el modelo madrileño delega toda la atención en el marco de las prestaciones generales a la población. Dicho modelo se ha mostrado poco eficaz en nuestra Comunidad ya que la inexistencia de recursos específicos de SSyR, la falta de apoyo fundamental para los equipos con sobrecarga asistencial, la alta carga de trabajo y deficiente formación, imposibilita una correcta atención, especialmente a los grupos poblacionales más expuestos a embarazos no deseados como la población joven, migrantes, personas con discapacidad o mujeres en riesgo de exclusión social o víctimas de violencias.

Además también prestan servicios de SSyR los centros municipales de salud (Madrid Salud) del Ayuntamiento de Madrid y otros centros sanitarios en varios municipios (San Fernando de Henares, Coslada, Alcobendas, San Sebastián de los Reyes y Getafe), aunque la mayoría de ellos limitan la atención.

Por su parte, el SERMAS, que abarca a mayor población, se limita a aconsejar y prescribir anticonceptivos hormonales, mayoritariamente orales, que son los que están parcialmente financiados por el Sistema Nacional de Salud.

La accesibilidad a los métodos hormonales de larga duración (con la denominación internacional de LARC), DIU de cobre, DIU de hormonas, implante e inyectable solo gestágeno trimestral, son de muy difícil acceso, fundamentalmente porque salvo el último, son derivados a las consultas de ginecología (centros de especialidades) donde las profesionales rotan continuamente y muchos de ellos no están familiarizados con la inserción de DIU o implantes.

Si bien en los centros municipales, especialmente los de Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid, existe una mayor disponibilidad para obtener información y consejo sobre todo tipo de métodos anticonceptivos, incluido el preservativo y el doble método, así como para la inserción de DIU o implantes (con facilidades especiales para mujeres en situación social o económica desfavorable) la realidad es que estos servicios llegan a una parte pequeña de población. La falta de coordinación entre el SERMAS, Madrid Salud y los servicios municipales antes citados constituyen una fuente de confusión e inequidad en el acceso a métodos seguros y eficaces.

Respecto a la anticoncepción de urgencia (AU), aunque la libre dispensación en farmacias ha mejorado su accesibilidad, con la consecuencia de disminución de embarazos no deseados y abortos, su precio – y a veces impedimentos puestos en farmacias – genera de nuevo inequidad. En Madrid, salvo su disponibilidad en los centros de Madrid Salud, no existe AU en los centros sanitarios, ni siquiera para facilitarla gratuitamente a las personas que no tienen medios económicos para comprarlas.

### **Acceso a técnicas de reproducción asistida**

Tanto a nivel estatal como a nivel de nuestra Comunidad en los últimos años se han hecho importantes avances en la aplicación de protocolos de humanización del parto. Sin embargo, se mantienen importantes obstáculos en el acceso a las técnicas de reproducción asistida (TRA) especialmente en el sistema sanitario público, lo que genera inequidad en el acceso y discrimina a las mujeres y familias con menos recursos económicos. El acceso a estas técnicas se recoge en la Ley 14/2006, sobre técnicas de reproducción humana asistida y en una ampliación de 2014<sup>5</sup>.

La reciente Encuesta de fecundidad 2018 de ámbito estatal, no extrapolable a nivel autonómico, permite extraer algunas aproximaciones sobre la Comunidad de Madrid. Se pone de manifiesto que un porcentaje importante de mujeres tienen menos hijos de los deseados alegando motivos económicos o de conciliación laboral. Esas razones contribuyen a retrasar la maternidad, lo que, en razón de edad, a su vez conlleva dificultades médicas para conseguir un embarazo natural. Muchas mujeres y parejas recurren a técnicas de reproducción asistida. Según la Encuesta, el 5,4% de mujeres se ha sometido a alguna TRA en su vida. Teniendo en cuenta la población femenina en edad fértil residente en nuestra Comunidad podemos concluir que decenas de miles de mujeres pueden necesitar asistencia técnica para conseguir un embarazo.

Los datos oficiales sobre TRA son recogidos anualmente por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Según algunas informaciones se calcula que cada año se llevan a cabo más de 50.000 ciclos de Fertilización in Vitro (FIV) y unos 23.000 de inseminación artificial (IA) y que un 70-80% de ellos se realizan en servicios privados.

El 80% del total de centros reconocidos para llevar a cabo TRA en la Comunidad de Madrid son privados. De los públicos, aproximadamente la mitad llevan a cabo las dos técnicas (Fertilización in Vitro (FIV) e Inseminación Artificial (IA)) mientras que la otra mitad solo realizan IA.

Algunos disponen de banco de semen, pero no de ovocitos por lo que las mujeres atendidas en nuestros hospitales se ven obligadas a adquirirlos, mediante pago, en la privada. Otras importantes limitaciones se relacionan con la edad, con las listas de espera y con los desplazamientos. En nuestros servicios públicos el límite de edad se sitúa en los 39 años mientras que en los centros privados es bastante superior. Las listas de espera son importantes dependiendo de la técnica, pero generalmente no menor a un año. Si a lo anterior unimos que, por el número limitado de centros que realizan todas las técnicas (Hospital Gregorio Marañón, La Paz, Clínico y Alcorcón y Alcalá de Henares), muchas

---

<sup>5</sup> Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos (BOE-A-2014-7065).

mujeres tienen que hacer repetidos desplazamientos a hospitales alejados de su domicilio, se entenderá la tendencia creciente a acudir a los centros privados donde no existen tales limitaciones. Se confirma pues situaciones de desigualdad e injusto privilegio para conseguir ser madres/padres en función de la situación económica.

### **Infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS / ETS).**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública, tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

Tras la aprobación y publicación de los nuevos protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2013 y de la Orden Ministerial de 2015, que modificó el listado de enfermedades a vigilar, las ITS de declaración obligatoria son: *Chlamydia trachomatis* (serovares D-K), el *Linfogranuloma venéreo* (infección producida por *Chlamydia trachomatis*, serovares L1, L2 y L3) (LGV), Sífilis, Sífilis congénita e Infección gonocócica.

Podemos observar que los datos estatales recogidos en el Boletín Epidemiológico, con datos de 2021 que indican unas tasas superiores en Madrid respecto al conjunto del país, como se especifica a continuación:

- Infección gonocócica (gonorrea). En el periodo 1995-2016, se observa un marcado descenso en las tasas hasta el año 2001 (desde 11,69 en 1995 hasta 2,04 en el 2001), seguido de un incremento continuado de la incidencia a partir de esa fecha, que se hace más llamativo a partir de 2012.

La incidencia de infección gonocócica por Comunidades Autónomas en 2021 reporta 13,71 casos por 100.000 habitantes, encontrando en Madrid 39,71 casos.

- Sífilis. Se observa un descenso en las tasas de incidencia desde 1995 hasta 2001 (desde 2,57 hasta 1,77 por 100.000 habitantes) seguido de un aumento a partir de ese año hasta 2011. En 2021 la tasa en España es de 9,17.

- Sífilis congénita. Las tasas de incidencia de casos confirmados durante el periodo 2000-2016 oscilaron entre 0 y 2,23 por 100.000 nacidos vivos. En 2021 la tasa del país fue de 0,02 (6,99 en Madrid)

- Infección por *Chlamydia trachomatis*. La tasa estatal fue de 12,82 casos por 100.000 habitantes, notificándose en la Comunidad de Madrid 34,85.

- Linfogranuloma venéreo (infección por *Chlamydia trachomatis*L1-L3) LGV. La tasa de incidencia para el conjunto de CCAA que disponen de sistema de vigilancia fue de 0,62 casos por 100.000. La tasa de la Comunidad de Madrid fue de 0,72

En cuanto al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), según el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, desde el año 2008 (en que se inició el registro de casos), hasta 31 de diciembre de 2018, ha habido 14.082 diagnósticos registrados de

infección por VIH; de los cuales el 86,2% corresponden a hombres, siendo la edad media del diagnóstico de 35 años.

La notificación de casos de SIDA es más precoz, lo que explica que se pueda afirmar que en el periodo 2017-2018 los porcentajes de casos relacionados con Presentación con enfermedad avanzada (PEA, <200 células/ $\mu$ l) y el Diagnóstico tardío (DT, <350 células/ $\mu$ l) sean superiores a los años previos. Así el 30,1 % de los casos notificados en este periodo son casos de SIDA.

La tasa de prevalencia de la infección por VIH en la Comunidad de Madrid a final del año 2018 fue de 332,6 por 100.000. Valores mayores en hombres respecto a mujeres (570,8 vs 114,0 por 100.000) y en foráneos respecto a nacidos en España (588,1 vs 274,4 por 100.000).

Hasta diciembre de 2018 se han diagnosticado 22.058 casos de sida en personas residentes en la Comunidad de Madrid, el 59,5% había fallecido. Desde 1996, con la aparición de la terapia antirretroviral (TAR), se ha producido un descenso del número de casos de sida diagnosticados, además de mejorar la supervivencia de las personas con VIH.

En el periodo 2007-2018 se han diagnosticado 3.202 casos de sida. El 78,1% han sido hombres y el 68,7% tenía entre 30 y 49 años de edad al diagnóstico. El 47,1% de los casos de sida en hombres adquirieron el VIH por relaciones sexuales con otros hombres y el 27% eran personas que se inyectan drogas (PID). En mujeres el 69,3% adquirieron el VIH por relaciones heterosexuales (HTX). Durante el periodo 2007-2018 han fallecido 2.860 personas con infección por VIH. La media de edad de éxitus fue de 48,9 años. Del total de fallecidos, el 61,6% fue debido a eventos no sida. En cambio, en aquellas que fueron diagnosticadas a partir de 2007 las causas de éxitus fueron los eventos sida en el 48,5%.

El diagnóstico precoz de las ITS-VIH es la mejor forma de lograr un tratamiento y de prevenir nuevas transmisiones; aunque esto puede resultar difícil dado que, la mayoría, inicialmente, no presentan síntomas. Para una prevención primaria eficaz se debería proporcionar una información rigurosa y adecuada, facilitar gratuitamente productos básicos (preservativos masculinos y "femeninos"), además de, como medida de prevención secundaria, el facilitar la profilaxis post-exposición desde el Sistema Nacional de Salud. Para ello, desde una cobertura sanitaria pública y universal, se debería implementar una estrategia a favor de ampliar la prestación de servicios de calidad en materia de prevención y atención de las ITS-VIH en los servicios de atención primaria, dentro del marco de DDHH de la igualdad de género y la equidad en materia de salud.

### **Interrupción voluntaria del embarazo (IVE).**

Desde el 1 de enero de 2011, el seguimiento y evaluación de las IVE que tienen lugar en nuestro país se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información de todo el Estado, a través de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Según los datos definitivos correspondientes al año 2020, se registraron 88.269 interrupciones voluntarias de embarazo en el Estado, suponiendo una tasa de 10,33 por 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años. Como ya se ha señalado en este año en Madrid la tasa fue de 10,94

En cuanto al nivel de instrucción académica, se mantiene el porcentaje de mujeres universitarias (20,1%) y desciende el de mujeres analfabetas o carentes de estudios, 0,3%. Según país de nacimiento encontramos mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en españolas (29,2%) que en foráneas (12,2%).

El 47,6% de las mujeres refieren convivir en pareja (con o sin hijos/as), siendo este porcentaje mayor en las mujeres foráneas. La convivencia con familiares ocupa el segundo lugar. Un 53,6% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio. Un 44,4% de las mujeres a las que se les practicó una IVE no tenían hijas o hijos y un 2,1% tenían 4 o más. Cerca de la mitad de las mujeres a las que se practicó una IVE (47,6%) refería usar métodos anticonceptivos (64,8% eligen métodos de barrera). El porcentaje es de 54,3% en el caso de las mujeres nacidas en España y 41,8% para las foráneas.

El 44,1% de las mujeres que recurrieron a una IVE fueron informadas de las posibilidades, condiciones y financiación de la misma en centros sanitarios. La financiación pública alcanzó al 73,1% de las IVEs (75,8% en españolas y 70,7% para las mujeres foráneas).

Otro dato interesante es que el 11,1% de las mujeres menores de 15 años (n=45) acceden a la IVE después de la semana 15 de gestación y el 76,1% de las mayores de 44 años (n=109) lo hacen antes de las 9 semanas.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo establece que la interrupción voluntaria de la gestación se puede llevar a cabo por libre elección de las mujeres hasta las catorce semanas, y hasta las veintidós semanas si hay grave riesgo para la vida o salud de la mujer o graves anomalías en el feto. Más allá de las 22 semanas de gestación, la decisión pasa por un Comité Clínico que autoriza la interrupción según su criterio de riesgo fetal e incompatibilidad con la vida.

Pese a que la Ley citada, y sus dos decretos acompañantes, mejoraron notablemente el acceso al aborto legal y seguro en nuestro país, diversas barreras siguen ocasionando serios problemas a las mujeres que se enfrentan a una interrupción legal del embarazo, como es el que no resulte siempre sencillo el acceso a los servicios públicos de salud, a pesar de estar incluido en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, o que se obligue a mantener tres días de reflexión, además de que siempre se avala el derecho a la objeción de conciencia por parte de las y los profesionales directamente implicados en la realización de la interrupción del embarazo, aunque desde la institución se adopte las medidas oportunas para atender la demanda, que no suele gestión ágil.

Nuevamente, la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones, ha supuesto un retroceso para los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres más desfavorecidas económicamente, entre las que se encuentran las migrantes en situación administrativa irregular, no pudiendo acceder a interrupciones voluntarias de embarazos, ni a medidas de planificación familiar dentro del sistema público.

Así mismo, la modificación legislativa que impide que las menores de edad, 16 y 17 años, puedan interrumpir su embarazo sin el consentimiento de sus madres-padres o tutores/as legales, no solamente ha supuesto un retroceso en los derechos de las mujeres, si no que resulta incongruente ante la edad del consentimiento sexual que, según el Código Penal

español, se establece a los 16 años. Aunque estos casos sean minoritarios, la gravedad de sus situaciones no se puede ignorar, ya que algunas de estas mujeres pueden recurrir a técnicas peligrosas o a servicios clandestinos de dudosa calidad para interrumpir su embarazo que, además, puede y suele encontrarse en un estado avanzado.

El “método farmacológico” que se puede utilizar hasta la semana 7-9, y que muchas mujeres y la evidencia científica consideran sencillo, cómodo y con escasos efectos secundarios, debería ofrecerse a todas las mujeres que demandan la interrupción del embarazo en ese periodo para darles, verdaderamente, la opción de elegir libremente sobre el método a seguir para interrumpir el embarazo.

En los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, se indica que, en el año 2016, en la Comunidad de Madrid se utilizaron:

- Mifepristona: 369 (1,96% de las IVE).
- Prostaglandinas: 241 IVE (1,28% de las IVE).

### **Salud sexual y reproductiva de la población joven**

En la Comunidad de Madrid existen varios recursos de atención a la sexualidad en población adolescente y joven, aunque la mayoría de ellos dependen de los Ayuntamientos de cada municipio, como es el caso de la Asesoría Joven de Sexualidad, de Imagina Alcobendas. Este centro, junto con el Centro Joven de Atención a la Sexualidad, gestionado por la Federación de Planificación Familiar Estatal, y el Centro Municipal de Salud Joven, del Ayuntamiento de Madrid, son los únicos recursos de atención específica e integral en salud sexual existentes en la Comunidad de Madrid.

Existen numerosos recursos de atención juvenil, en los cuales una de sus numerosas actividades y servicios es la asesoría en sexualidad. Aunque la realidad es que estos servicios no suelen contar con profesionales específicos y formados en sexualidad, si no que se trata de un servicio más dentro de su cartera. Este es el caso por ejemplo del CJOS de Fuenlabrada, dependiente de su Ayuntamiento en colaboración con la Liga de la Educación. El CEJOS es un Centro Juvenil de Orientación para la salud, entre cuyos servicios cuenta con asesoría en sexualidad en un espacio-tiempo concreto. Similar a este se encuentran recursos como la Asesoría de Salud de Boadilla del Monte, El Centro De Jóvenes de Leganés, etc.

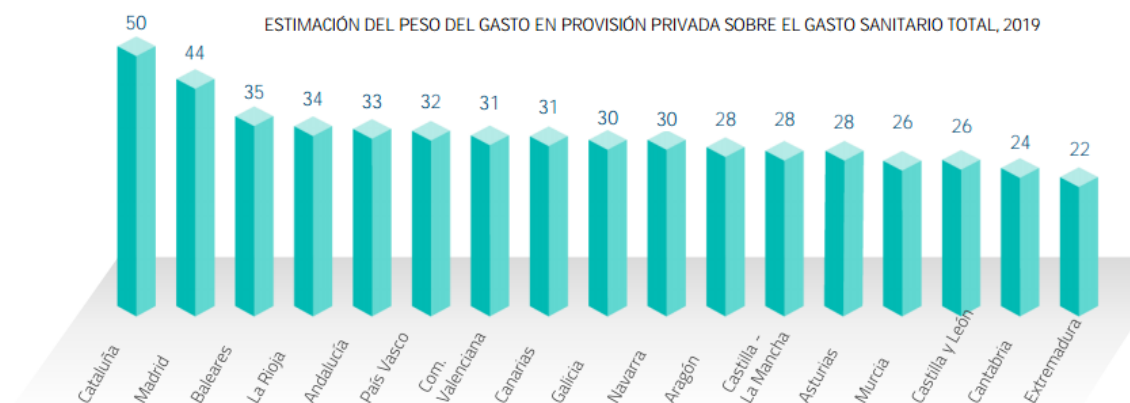
Algo muy importante en la salud sexual de los jóvenes es la educación. La Ley Orgánica 2/2010 sobre Salud Sexual y Reproductiva establece determinadas directrices en materia de educación sexual y acceso a recursos e información como garantía para prevenir tanto la transmisión de infecciones de carácter sexual como embarazos no planificados, así como la herramienta a través de la cual las personas pueden gozar de una salud sexual y reproductiva positiva y libre de riesgos, estableciendo además, en base a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, las definiciones de salud, salud sexual y salud reproductiva, no solo como la ausencia de enfermedad, sino también como el estado de bienestar físico, psicológico y social en relación a la sexualidad, entendiendo ésta en su sentido más amplio.

Pero la realidad es que se trata de una asignatura pendiente en la mayoría de los centros educativos, pues este tema se centraliza en la vertiente más biológica de la reproducción,

dejando de lado la sexualidad. Y no sólo eso, sino que también hay colegios en la Comunidad de Madrid que se niegan a dejar que se realicen talleres de educación sexual por parte de entidades sociales y centros de salud. Y además estas actividades suelen demandarse de manera voluntaria por parte del profesorado de los centros escolares o las AMPAS de los mismos que están más sensibilizados, enmarcadas en la cartera de actividades extraescolares.

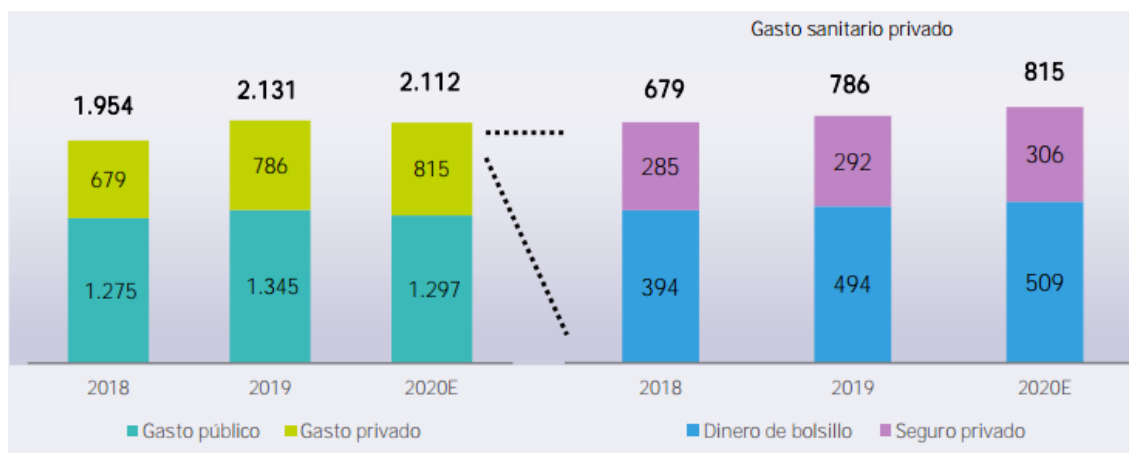
## 6.6 Atención sanitaria privada

En España, el sector privado tiene una presencia importante en la provisión de servicios sanitarios, en muchos casos sufragada a costa de los presupuestos sanitarios públicos. Las dos figuras siguientes recogen el peso del gasto en provisión privada sobre el gasto sanitario total y el % de gasto sanitario público dedicado a conciertos en 2019, en ellas se observa que Madrid ocupa el 2º lugar en el total de las CCAA en ambos parámetros (los datos y las figuras proceden de IDIS: Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2021)



La evolución del gasto sanitario objetiva un aumento desde 2018 a 2020, y el gasto privado supuso el 43,61% del gasto total (incluyendo los conciertos). El gasto privado directo supone el 36,9% del total en 2019 y mayoritariamente (62,8% del gasto privado) es gasto de bolsillo que es el que realizan los ciudadanos al acceder a cualquier prestación sanitaria

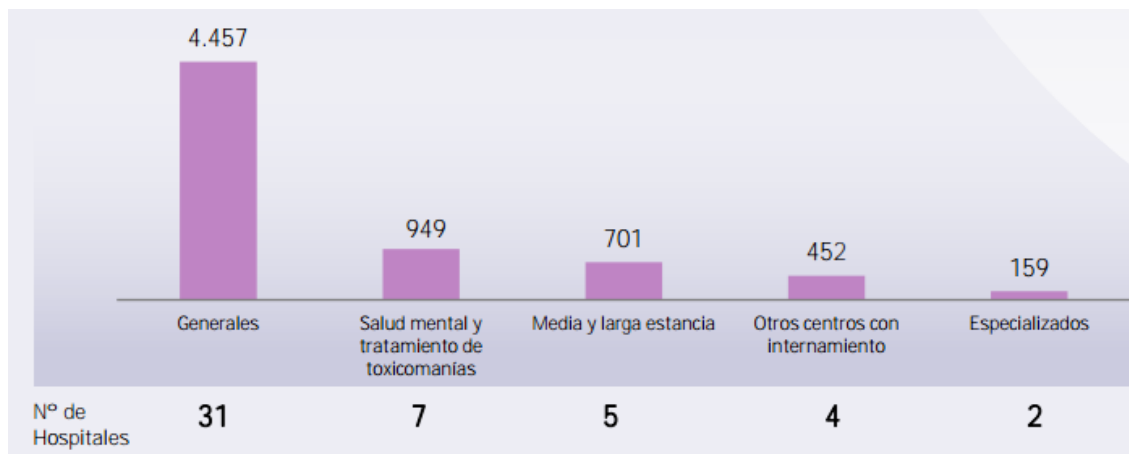
(por ej. los copagos, los gasto al medio o dentista privado, etc.). En la figura siguiente la evolución del gasto per cápita entre 2018 y 2020:



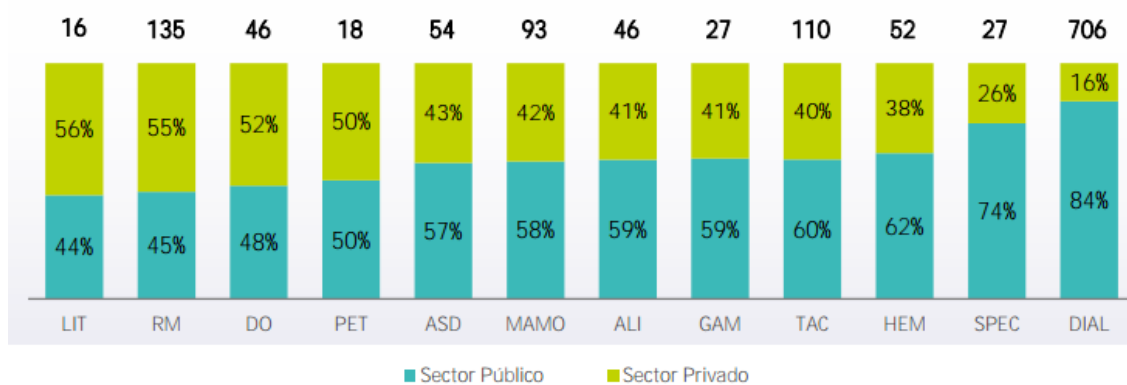
El gasto en ciertos experimento un aumento del 6,75% anual entre 2008 y 2019

El número de asegurados y de primas (en millones €) aumento en Madrid a un ritmo anual del 3,56 y 5,01% respectivamente entre 2016 y 2020. En este último año el número de personas con seguro privado era de 2.348.409 personas en Madrid con un volumen de negocio de 2.074 millones € (un 23% de las primas eran de la Comunidad de Madrid), este ritmo continuo en 2021 cuando el 36,65% de la población madrileña contaba con un seguro privado (UNESPA 2021) con lo que superaba por primera vez a Cataluña en el porcentaje de población con seguro sanitario privado (31,82% en la misma fecha).

El número de camas privadas era el 32,7% del total en 2020 de las que el 73% estaban concertadas con el sector público. La mayoría de las camas privadas estaban en hospitales generales



Son centros que suelen tener una importante dotación de alta tecnología en 2019, que esta resumida más abajo



Llama la atención que dada la dotación de centros privados de la Comunidad de Madrid estos no atendieron más allá del 20% de los ingresados por la covid19, y siempre los casos menos graves.

### 6.6.1 Centros sanitarios

La consulta sanitaria privada se realiza a través de varios centros como, por ejemplo: hospitales, centros médicos, laboratorios, centros de reproducción asistida o centros de diagnóstico por la imagen. En la Comunidad de Madrid existen 82 centros hospitalarios privados.

De las formas de privatización pública nacen diferentes colaboraciones público – privadas (CCP):

- Concesión de obra pública (PFI). La entidad concesionaria construye la infraestructura sanitaria a cambio de la gestión de servicios no asistenciales.
- Concesión administrativa para la gestión integral del servicio público. La concesión también incluye la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

### 6.6.2 Práctica privada

La práctica privada que ejercen los sanitarios de forma individual, en locales o en consultas privadas no está regulada más allá de los aspectos relacionados con Hacienda, y por tanto no existe transparencia y, por ende, no se conoce su funcionamiento ni la calidad de la atención e instalaciones.

## 7. COBERTURA SANITARIA.

La cobertura sanitaria de la población madrileña está garantizada por 3 sistemas distintos, el Servicio Regional de Salud que recoge a la mayoría de quienes tienen una cobertura con financiación pública y que está ligada, como ocurre en los sistemas sanitarios con modelos de “Servicio Nacional de Salud” a la ciudadanía, el modelo de las mutualidades de funcionarios, que es relativamente elevado en la Comunidad de Madrid, por la presencia del Gobierno del país y de la mayoría de las entidades y organismos dependientes de este, y que supone el mantenimiento de un modelo de aseguramiento privado financiado públicamente para un colectivo específico de población, los/as funcionarios/as, y por fin el

sistema de aseguramiento privado que es el que establecen las personas directamente o sus empresas con compañías privadas.

Es frecuente que las personas estén cubiertas por los 3 sistemas a la vez, es decir se produce un modelo de triple cobertura, en el caso de los/as funcionarios/as y de doble en el resto de la población, lo que explica, además de la incompetencia de los controles administrativos, la incongruencia de los datos, que por ejemplo sitúan la cobertura pública por encima de la población censada en la Comunidad.

### 7.1. Servicio Regional de Salud

La cobertura del Servicio Regional de Salud se identifica con las tarjetas sanitarias individuales (TSI). La figura siguiente recoge los últimos datos disponibles (a 31 de diciembre de 2020)

AÑO	Población con acceso a asistencia pública	Variación sobre el periodo anterior	Población con TSI* de la Comunidad de Madrid	Variación sobre el periodo anterior
2012	6.372.048	-0,5 %	6.299.975	-0,1 %
2013	6.455.781	1,3 %	6.351.332	0,8 %
2014	6.519.476	1,0 %	6.419.675	1,1 %
2015	6.570.115	0,8 %	6.476.551	0,9 %
2016	6.660.471	1,4 %	6.553.592	1,2 %
2017	6.735.267	1,1 %	6.633.319	1,2 %
2018	6.784.804	0,7 %	6.675.501	0,6 %
2019	6.859.181	1,1 %	6.734.391	0,9 %
2020	6.762.246	-1,4%	6.636.871	-1,5 %

(\*) TSI u otros documentos acreditativos de acceso a la asistencia sanitaria emitidos por la Consejería de Sanidad  
Fuente: SIP-CIBELES. Los datos corresponden a 31 de diciembre de cada año.

A 1 de enero de 2021 según el INE la población de Madrid era de 6.752.763 personas, lo que indica que en esa fecha la población con derecho a la asistencia sanitaria era ligeramente mayor que la censada. Por otro lado tenían TSI el 98,14% de la población con derecho a la asistencia.

La figura siguiente desglosa las TSI por sexo, edad, lugar de nacimiento y tipo de emplazamiento

	2019	2020	Variación temporal (Número y porcentaje)
Hombres	3.290.397	3.240.014	-50.383 (-1,5%)
Mujeres	3.568.784	3.522.232	-46.552 (-1,3%)
0 a 14 años	1.033.003	997.063	-35.940 (-3,5%)
15 a 44 años	2.685.604	2.616.696	-68.908 (-2,6%)
45 a 64 años	1.964.203	1.983.438	19.235 (1,0%)
65 años o más	1.176.371	1.165.049	-11.322 (-1,0%)
Españoles	5.866.318	5.790.469	-75.849 (-1,3%)
Extranjeros	992.863	971.777	-21.086 (-2,2%)
Habitual	6.772.465	6.682.269	-90.196 (-1,3%)
Desplazados	54.840	43.744	-11.096 (-20,2%)
Transeúntes	31.876	36.233	4.357 (13,7%)
<b>TOTAL</b>	<b>6.859.181</b>	<b>6.762.246</b>	<b>-96.935 (-1,4%)</b>

Fuente: SIP-CIBELES. Los datos corresponden a 31 de diciembre de cada año.

Habitual: personas con residencia en la Comunidad de Madrid.

Desplazados: personas procedentes de otra comunidad autónoma u otros países de la Unión Europea, que no residen habitualmente en la Comunidad de Madrid.

Transeúntes: personas extranjeras no registradas ni autorizadas, residentes en la Comunidad de Madrid, identificadas con el código TIR, y recién nacidos identificados con el código RNT. No están incluidos los usuarios que acceden puntualmente al sistema sanitario y que no residen habitualmente en la Comunidad de Madrid o de los que no se puede verificar su derecho al acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

Abajo se recoge la distribución de la población pro Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y su evolución entre 2019 y 2020

Dirección Asistencial	2019	2020	Variación temporal (Número y porcentaje)
Centro	1.293.973	1.269.017	-24.956 (-1,9)
Este	1.002.871	988.482	-14.389 (-1,4)
Noroeste	1.088.007	1.074.568	-13.439 (-1,2)
Norte	897.798	886.518	-11.280 (-1,3)
Oeste	760.625	750.825	-9.800 (-1,3)
Sur	808.617	797.892	-10.725 (-1,3)
Sureste	1.007.290	994.944	-12.346 (-1,2)
<b>TOTAL</b>	<b>6.859.181</b>	<b>6.762.246</b>	<b>-96.935 (-1,4)</b>

Fuente: SIP-CIBELES. Los datos corresponden a 31 de diciembre de cada año.

La disminución de las TSI en Madrid durante 2020, que se observa en el total de las TSI y en todas las Direcciones Asistenciales, pese a haber aumentado la población en 5.695 personas (INE) probablemente se debe a las dificultades y demoras para la renovación de TSI producidas durante la pandemia.

En todo caso está claro que la cobertura sanitaria pública por el Servicio Regional de Salud sigue siendo muy mayoritaria y cercana al 100% (98,14% de la población).

## 7.2. Mutualidades de funcionarios

Un total de 348.790 personas de la Comunidad de Madrid (el 5,16% de la población total) estaban cubiertas por estas mutualidades en 2020.

## Afiliados a las mutualidades de funcionarios en la Comunidad de Madrid 2020

	Madrid
MUFACE	231.473
ISFAS	102.774
MUGEJU	14.543
TOTAL Mutualidades	348.790

Fuente: Memorias 2020 de MUFACE, ISFAS y MUGEJU

Como es sabido en estas Mutualidades las personas afiliadas pueden optar entre la cobertura por el SNS y por diversos seguros privados con los que las entidades mantienen convenios. En 2020 en MUFACE 23,67%, es decir 351.251 personas en el conjunto del país, optaron por el sistema sanitario público (no hay datos desagregados para la Comunidad de Madrid). En ISFAS, en todo del país, el 6,70% opto por el SNS y el 1,55% por la Sanidad Militar (en Madrid el 6,93 y el 6,48% respectivamente). En MUGEJU optan por la Sanidad Pública el 19,05%, y tampoco existen datos específicos para la Comunidad de Madrid.

Como ya se señalaba al principio si sumamos las personas con TSI en 2020 a las que están cubiertas por las Mutualidades de funcionarios resultan un total de 6.985.661 personas, más de 200.000 por encima del censo. Es decir es más que probable que haya un numeroso grupo de población que tiene doble cobertura y que estando cubierto por el SNS a la vez las aseguradoras privadas reciben dinero por su asistencia sanitaria, lo que sucede por dejadez o incompetencia de las administraciones públicas responsables.

### 7.3. Aseguramiento privado

El aseguramiento privado ha experimentado un importante crecimiento en los últimos años, incrementado durante la pandemia. Según datos de UNESPA 2021, en 2020 la Comunidad de Madrid lideraba el porcentaje de población con un seguro privado de todo el país, superando a Cataluña que tradicionalmente había estado a la cabeza. En total un 36,65% de la población, es decir 2.474.888 personas tenían un seguro privado en la región.

Tabla 5: Capilaridad del seguro médico, por comunidades autónomas.

Comunidad	%
Madrid	36,65%
Ceuta	35,68%
Melilla	31,92%
Cataluña	31,82%
Islas Baleares	29,49%
País Vasco	21,96%
Aragón	21,40%
Andalucía	20,63%
Canarias	19,87%
Castilla y León	18,03%
Comunidad Valenciana	17,89%
La Rioja	17,05%
Galicia	16,25%
Asturias	16,03%
Castilla-La Mancha	15,84%
Extremadura	14,43%
Murcia	12,76%
Navarra	10,00%
Cantabria	7,70%

Fuente: Elaboración de Estamos Seguros con datos de ICEA y del Instituto Nacional de Estadísticas.

## Fuente UNESPA 2021

En estos datos hay que tener en cuenta los afiliados a las Mutualidades que optan por el aseguramiento privado y los seguros de empresa. Los seguros individuales en el total del país, también según los datos ofrecidos por las aseguradoras, supusieron un 70,3% de la recaudación y un 67,2% de los asegurados. En cuanto al crecimiento, los seguros colectivos crecieron un 5,18% en primas frente a un crecimiento del 5,13% de los seguros individuales.

## Distribución de asegurados y primas Seguros de Salud. Diciembre 2021

Informe 1.691: El Seguro de Salud a diciembre. Año 2021



Otro hecho llamativo porque resulta que los seguros colectivos suponen desgravaciones fiscales en los impuestos de las empresas que los realizan (calculado en 1.000 millones € en 2019 en el conjunto del país), de manera que el conjunto de la población está subvencionando el aseguramiento privado de estas personas

### 7.4. Población extranjera no regularizada

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que fue modificada por el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, reconoce el derecho a la asistencia pública para los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España; es decir, sin residencia legal en España o en situación irregular, que cumplan los requisitos establecidos en la citada norma, siendo las CCAA las responsables de poner en marcha el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento acreditativo correspondiente.

A fecha 31 de diciembre de 2020, el Servicio Madrileño de Salud ha facilitado el acceso a la asistencia sanitaria pública a **109.803 personas** extranjeras en situación irregular, lo que supone un incremento de 8,1% respecto a la situación en el año 2019 (8.273 personas más).

El número de extranjeros con acceso a la asistencia sanitaria como solicitantes de asilo ha mantenido una tendencia creciente aunque en menor magnitud.

Este año, se ha producido un crecimiento del 26%, 2.927 personas más respecto a 2019, con lo que el número de solicitantes de asilo a fecha 31 de diciembre de 2020 fue de 17.778

También se observa un incremento en el número de personas que, no teniendo reconocido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social el derecho al aseguramiento público, han suscrito un convenio especial con el Servicio Madrileño de Salud para recibir la asistencia sanitaria, una fórmula puesta en marcha por el RDL 16/2012 que como se ve y ya se señaló en su momento, tiene un impacto mínimo (alcanza al 0,00081% de la población de la Comunidad)

Tipo de usuario	2019	2020	Variación temporal (Número y porcentaje)
Solicitantes de asilo	14.851	17.778	2.927 (26,1 %)
Víctima de trata	75	98	23 (30,7%)
Convenio especial	377	552	175 (46,4 %)

Fuente: SIP-CIBELES. Los datos corresponden a 31 de diciembre de cada año.

En todo caso siguen detectándose numerosos problemas a la hora del acceso a las prestaciones sanitarias de las personas *sin papeles*, que frecuentemente se encuentran imposibilitados a acceder a la asistencia sanitaria, en muchos casos a pesar de estar incluidos en los supuestos legales establecidos.

## 8. RESULTADOS DEL SISTEMA SANITARIO

### 1. Funcionamiento de los hospitales

	Madrid 2010	Madrid 2016	Madrid 2019	España 2010	España 2016	España 2019
Intervenciones quirúrgicas /1.000	113,13	131,83	131,35	101,03	111,1	114,37
Intervenciones quirúrgicas % HP	62,15	61,84	62	71,29	69,11	69,20
% Cirugía ambulatoria	46,91	54,53	51,2	43,04	47,94	47,2
Mortalidad cirugía	1,54	1,47 (2015)	1,28 (2018)	1,67	1,58 (2015)	1,5 (2018)
Uso TAC /1.000	97,24	123,06	127,67 (2018)	83,13	105,94	113,87 (2018)
Uso TAC % HP	73,54	76,53	75,23 (2018)	83,48	83,04	83,41

						(2018)
Uso RM /1.000	86,74	120,1	131,44 (2018)	48,25	67,95	74,7 (2018)
Uso RM % HP	43,24	55,73	53,89 (2018)	59,77	60,63	60,49 (2018)
Uso hemodiálisis /1.000	37,53	45,64	46,19 (2018)	39,57	41,78	40,09 (2018)
Uso hemodiálisis % HP	78,92	81,71	83,5 (2018)	82,8	84,94	83,54 (2018)
IEMA	1,01	0,98	0,98 (2018)	1	1	1 (2018)
Mortalidad intrahospitalaria	3,77	4,13 (2015)	4,28	4,18	4,52 (2015)	4,68
% Reingresos	6,63	7,97 (2015)	8,65	7,08	7,98 (2015)	8,31
% Reingresos asma	7,74	11,19 (2015)	8,83 (2018)	9,94	11,38 (2015)	9,73 (2018)
Tasa infección hospitalaria	1,46	1,29 (2015)	1,48 (2018)	1,29	1,18 (2015)	1,15 (2018)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud

De la tabla superior, que tiene las conocidas limitaciones sobre las fechas disponibles de la información, y que en cualquier caso son datos anteriores a la covid19, puede deducirse:

1. El número de intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes es superior en Madrid respecto a la media española (si bien entre 2016 y 2018 se mantiene estable frente a un crecimiento en el conjunto del país), y a la vez el porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas en centros públicos es claramente inferior a la media española (un diferencial de menos 7,2 puntos en 2019), habiendo disminuido el porcentaje de intervenciones en centros públicos en ambos casos respecto a 2010. El porcentaje de cirugía ambulatoria es más elevado que el promedio del país y ha disminuido en Madrid desde 2016, no así en el conjunto del país. Asimismo la mortalidad quirúrgica es algo menor estando en ambos casos en disminución.

2. Se ha incrementado notablemente el uso de TAC y RM/1.000 habitantes tanto en Madrid como en el conjunto del país, siendo la tasa claramente mayor en la Comunidad de Madrid (+13,8 puntos en el TAC y +56,74 en RM en 2018), lo que evidencia una sobreutilización de estos recursos tecnológicos, superior al promedio de la OCDE en el caso de la RM (119,7 en 2018), pero inferior en el uso del TAC (271,5 en 2018).
3. El uso de hemodiálisis /1000 habitantes es también superior en Madrid respecto al promedio del país y el porcentaje que se realiza en centros públicos es similar al promedio estatal.
4. La IEMA (índice de estancia media ajustada por patología) es similar aunque ha descendido ligeramente en Madrid y la mortalidad intrahospitalaria es claramente inferior y en ambos casos aumento entre 2016 y 2018. Llama la atención que en Madrid se incremente la mortalidad manteniéndose el IEMA, asimismo que el porcentaje de reingresos ha aumentado en Madrid y en el conjunto del país.
5. La tasa de reingresos por asma se ha incrementado en ambos casos, si bien descendió entre 2015 y 2018.
6. Por fin la tasa de infección hospitalaria aumento en Madrid entre 2015 y 2018 mientras que disminuyó ligeramente en el conjunto del país (diferencial en 2018 de +0,33 puntos).

Por otro lado, la siguiente tabla recoge algunos resultados relacionados con la salud de las mujeres como son el porcentaje de cesáreas que es elevado, porque la OMS señalaba que el porcentaje debería ser inferior al 15%, no obstante en el total y en los centros públicos está dentro del promedio de la OCDE (26,1 en 2018), no así en el caso de los centros privados donde se supera ampliamente estos márgenes. En cuanto a la cirugía de cáncer de mama se objetiva un aumento en ambos casos (Madrid y España) situándose Madrid por debajo del promedio estatal (-2,95 puntos).

	Madrid 2010	Madrid 2016	Madrid 2019	España 2010	España 2016	España 2019
Tasa cesáreas	27,16	24,32	23,3	25,25	24,82	24,4
Tasa cesáreas HP	22,85	20,3	20,33	22,03	21,61	21,92
Tasa cesáreas centros privados	35,49	34,55	32,57	37,91	37,34	36,51

Cirugía cáncer mama %	58,04	60,77 (2015)	62,54	62,98	65,36 (2015)	65,49
-----------------------------	-------	-----------------	-------	-------	--------------	-------

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud

Pasamos ahora a recoger algunos indicadores que podían servir para valorar el funcionamiento del conjunto del sistema sanitario.

	Madrid 2010	Madrid 2016	Madrid 2019	España 2010	España 2016	España 2019
Mortalidad prematura cáncer /100.000	92,42	82,59	80,17	104,08	96,44	90,26
Tasa mortalidad prematura cardiopatía /100.000	13,65	12,26	11,39	20	16,84	15,11
Mortalidad prematura diabetes /100.000	1,39	1,26	0,97	3,68	2,86	2,59
Mortalidad prematura vascular cerebral/100.000	6,62	5,71	5,17	10,07	8,38	7,85
Mortalidad prematura respiratoria /100.000	4,32	5,85	3,73	3,99	5,23	5,05
Mortalidad infantil /1.000	3,36	2,54	2,22	3,19	2,73	2,65
Mortalidad perinatal	3,09	3,53	2,98	4,43	4,52	4,45
Tuberculosis Incidencia/100.000	15,81	10,48	8,74	15,71	10,31	9,28
Tasa amputaciones diabetes	0,06	0,06 (2015)	0,05	0,1	0,1 (2015)	0,09

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud

En cuanto a mortalidad prematura la situación de la Comunidad de Madrid es mejor que la del conjunto del país.

La mortalidad infantil ha disminuido en Madrid y en España, más en el primer caso y la mortalidad perinatal disminuye en Madrid, pero muy poco en el conjunto del país se ha

incrementado, aunque este dato probablemente está influido por la mayor edad de las gestantes y la mayor frecuencia de partos múltiples.

La incidencia de tuberculosis ha disminuido en ambos casos, pero continúa siendo muy elevada y el porcentaje de amputaciones en diabéticos es baja, menor en la Comunidad de Madrid y presenta una ligera disminución.

## **2. Opinión de la ciudadanía sobre el funcionamiento del sistema sanitario**

La opinión de la ciudadanía sobre el funcionamiento del sistema sanitario español se deriva de los datos de los Barómetro Sanitarios, que son publicados por el Ministerio de Sanidad. 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 cambio, para el año 2019 la muestra en la Comunidad de Madrid disminuye considerablemente, siendo de 678, mientras que en el cómputo nacional es de 7.800.

En las siguientes tablas se comparan datos de 2010, 2017 y 2019.

- Si pudieran elegir: elegirían consulta de atención primaria pública/privada

	2010 (%)	2017 (%)	2019 (%)
Madrid	61,59 / 30,44	66,20 / 26,20	70,8 / 22,6
España	63,86 / 29,75	69,60 / 25	69,9 / 23,8

- Si pudieran elegir: elegirían consulta de atención especializada pública/privada

	2010 (%)	2017 (%)	2019 (%)
Madrid	47,97 / 42,94	54,6 / 36,7	60,7 / 32,4
España	49,48 / 41,63	55,8 / 33,2	59,4 / 32,8

- Si pudieran elegir: elegirían atención de urgencias pública/privada

	2010 (%)	2017 (%)	2019 (%)
Madrid	54,04 / 38,56	63,1 / 28,3	64 / 28,6
España	59,60 / 32,99	65,0 / 28,2	66,9 / 26,5

La elección del sistema sanitario público parece tener una tendencia creciente, en comparación a la elección de la asistencia privada, tanto en la Comunidad de Madrid como en el total de España.

En cuanto a la Atención Primaria pública, en Madrid, el aumento con respecto de 2010 es de 9,21%. En el caso de la Atención Especializada pública del 12,72%. Y en el caso de la atención en Urgencias aumenta en un 10,04%.

- Si pudieran elegir: elegirían ingreso hospitalario en pública/privada

	2010 (%)	2017 (%)	2019 (%)
Madrid	57,45 / 33,68	67,0 / 24,1	69,5 / 22,5
España	58,79 / 33,73	66,7 / 26,4	69,8 / 23,4

Por su parte, la preferencia en el ingreso en un Hospital Público frente a uno privado también es obvia, tanto en Madrid como en España en general. Una preferencia que desde 2010 ha ido en aumento en ambos casos.

- La atención recibida en atención primaria ha sido buena o muy buena.

	2010 (%)	2017(%)	2018 (%) <sup>6</sup>
Madrid	83,72	84,8	87
España	86,27	86	86,5

- La atención recibida en atención especializada ha sido buena o muy buena.

	2010 (%)	2017(%)	2018 (%)
Madrid	79,79	83,7	86
España	81,48	83,5	84

- La atención recibida en urgencias ha sido buena o muy buena.

	2010 (%)	2016(%) <sup>7</sup>	2018 (%)
Madrid	79,79	73,9	77,4
España	78,1	75,8	77,5

En cuanto a la valoración hacia la atención recibida, también vemos que en general tiende al incremento, a excepción del caso de la atención en urgencias, que tanto en Madrid como en España del año 2010 al 2017 desciende considerablemente, aunque en el año 2018 vuelve a aumentar.

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

<sup>6</sup> En el barómetro de 2019 estas preguntas cambian: se pregunta sobre la atención recibida contra la atención que el paciente esperaba recibir. Posibles respuestas: “Mucho mejor”, “Mejor”, “Más o menos igual”, “Peor”, “Mucho peor”, “N.S.”, “N.C.”.

<sup>7</sup> En el Barómetro Sanitario de 2017 desaparece esta pregunta.

públicos; aunque fue retomada de nuevo en 2018, para en 2019 cambiar la forma en la que se preguntaba.

- Valoración consultas de atención primaria (de 0 a 10)

	2010	2017	2019
Madrid	7,16	7,28	7,49
España	7,06	7,33	7,29

- Valoración consultas de atención especializada (de 0 a 10).

	2010	2017	2019
Madrid	6,76	6,80	7
España	6,65	6,79	6,83

- Valoración consultas urgencias (de 0 a 10)

	2010	2017	2019
Madrid	5,79	6,33	6,14
España	5,96	6,09	6,06

- Valoración de ingresos y asistencias hospitalarias (de 0 a 10)

	2010	2017	2019
Madrid	7,0	6,74	7,18
España	6,85	5,96	7,13

En cuanto a la valoración de las consultas, también se ve que tienden al incremento, a excepción, nuevamente, de la valoración de las consultas de urgencias.

- Valoración tiempo dedicado por el medico atención primaria (de 0 a 10)

	2010	2017	2019
Madrid	6,54	7,06	7,47
España	6,44	7,03	7,29

- Valoración tiempo dedicado por el medico atención especializada (de 0 a 10)

	2010	2017	2019
Madrid	6,49	6,85	7
España	6,50	6,76	7,10

- Valoración tiempo que se tarda en hacer citas pruebas diagnósticas (de 0 a 10)

	2010	2017	2019 (%)
Madrid	5,24	5,88	6,22
España	5,45	5,75	6,19

Finalmente, con respecto a la valoración del tiempo que es dedicado por los profesionales a sus pacientes, también existe un aumento en los tres tipos de consultas: AP, AE y Urgencias.

### 3. Participación comunitaria

La participación ciudadana es una cuestión que desde la Ley General de Sanidad (1986) viene señalándose por las administraciones sanitarias como una de las características a desarrollar por los sistemas sanitarios públicos, sin que, sin embargo, se haya avanzado realmente de manera general, más allá de las correspondientes declaraciones propagandísticas.

La Comunidad de Madrid no podía ser una excepción y por lo tanto, aunque en la LOSCAM se establecían algunos mecanismos de participación (artículos 40 a 52) estableciendo un Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma y Consejos de Salud de Área cuyas características concretas se dejaban a un desarrollo reglamentario posterior que nunca se produjo, y por lo tanto nunca se reunieron. A pesar de ello, y con la excusa de la crisis económica (Ley 9/2010 de Acompañamiento de los Presupuestos), se suprimieron estos consejos para – supuestamente – disminuir los gastos (extrañamente puede suponer un ahorro eliminar organismos que nunca se pusieron en funcionamiento).

Con todo han seguido funcionando algunos Consejos de Salud de ámbito municipal, por ejemplo, en Rivas y en Fuenlabrada, aunque obviamente sin competencias sobre los servicios sanitarios.

En diciembre de 2017 se aprueba 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, la cual tiene como objeto la regulación de “la creación y el funcionamiento de órganos de gobierno, dirección, gestión, participación profesional y ciudadana y de asesoramiento en las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud”, a la vez que regula la actuación de los directivos y profesionales, así como el desarrollo de la función directiva de los mismos.

Esta ley abre alguna participación ciudadana a nivel de las direcciones asistenciales, no en los centros de salud ni en los hospitales, pero en todo caso conviene recordar que 12 meses después de su publicación no ha tenido efectos prácticos concretos.

## 9. POLÍTICA FARMACÉUTICA

El gasto farmacéutico en España es importante y supone un 22% del gasto sanitario total frente a un 20% de promedio en la UE (datos de OCDE 2021). Los datos recogidos en la Estadística de gasto sanitario público en España 2019 (Ministerio de Sanidad 2021) lo sitúan en el 15,7%. Analizar el gasto farmacéutico en nuestro país siempre ha sido complicado por la opacidad de los datos respecto al gasto hospitalario en farmacia, y solo tenemos datos fiables a partir de 2014 proporcionados por el Ministerio de Hacienda que solo recoge las liquidaciones hasta noviembre de 2021, mientras que el gasto en recetas esta cerrado para 2021 en la web del Ministerio de Sanidad.

Se recogen a continuación los datos globales del conjunto del país y de la Comunidad de Madrid

Evolución del gasto farmacéutico público en Madrid y en el conjunto de las CCAA y el total de administraciones públicas (miles de €).

	2014	2020	Diferencia %
Madrid	2.363.856,95	3.558.747,94	33,57
Conjunto CCAA	<b>18.437.869,37</b>	<b>25.959.323,61</b>	40,79
Total administraciones	<b>18.886.742,70</b>	<b>26.460.724,99</b>	40,10

Crecimiento gasto farmacéutico hospitalario en Madrid, conjunto de CCAA y total administraciones públicas (miles €)

	2014	2020	Diferencia %
Madrid	727.077,21	1.102.265,55	51,60
Conjunto CCAA	<b>5.096.673,90</b>	<b>7.787.009,30</b>	52,78
Total administraciones	<b>5.150.670,69</b>	<b>7.877.568,60</b>	53,81

La conclusión de ambas tablas es evidente, el gasto farmacéutico ha crecido en estos 6 años de una manera incontrolada, muy por encima de lo que lo ha aumentado el gasto sanitario público, y lo ha hecho sobre todo a costa del gasto hospitalario, un problema que

es común a todo el SNS, pero que en Madrid que presupuesta sistemáticamente por debajo del gasto farmacéutico ya realizado supone un mecanismo continuado de endeudamiento

La evolución del gasto farmacéutico hospitalario a noviembre de 2021 indica un acumulado interanual del 2,3%, mientras que en recetas en el mismo periodo es de un 7,3% (en el total del año 2021 según datos del Ministerio de Sanidad el gasto en recetas aumento en Madrid un 4,10%)

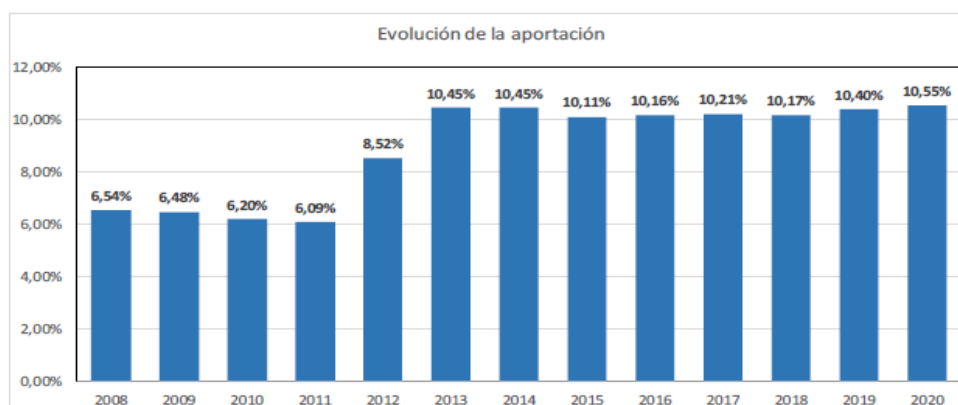
Como es frecuente en este tema los datos facilitados por el SERMAS en su Memoria Anual de 2020 son distintos a los que facilita el Ministerio de Hacienda. Así el SERMAS señala que el gasto farmacéutico público de la Comunidad de Madrid fue en 2020 de 2.609.300,585 miles de €, es decir 949.000 € menos de lo que recoge el Ministerio de Hacienda, un hecho inexplicable que podría estar motivado porque la Comunidad de Madrid no contabiliza como gasto farmacéutico el que ha sido imputado a los fondos Covid y el Ministerio de Hacienda si los incluye. El SERMAS reconoce que el gasto farmacéutico en Madrid supone el 32,19% del total del presupuesto de la Consejería de Sanidad, como se ve un porcentaje muy superior al del conjunto del país.

Las prescripciones con receta mayoritariamente proceden de Atención Primaria( AP) (el 90,59%), el 8,83% de Atención Especializada (AE) y el 0,50% a prescripciones de otras CCAA, si bien en 2020 se observó un aumento de las prescripciones desde AE (2 millones más de envases que suponen un aumento de 39,8 millones €), mientras que en AP disminuyo el número de envases prescritos un 0,12% y el gasto en un 1,4%.

Un total de 4.427.398 personas recibieron al menos una dispensación de medicamentos (-3,61% respecto a 2019) y el gasto creció en un 2,14%, mientras el gasto por envase fue de 11,08 € (un 0,36% más que en 2019).

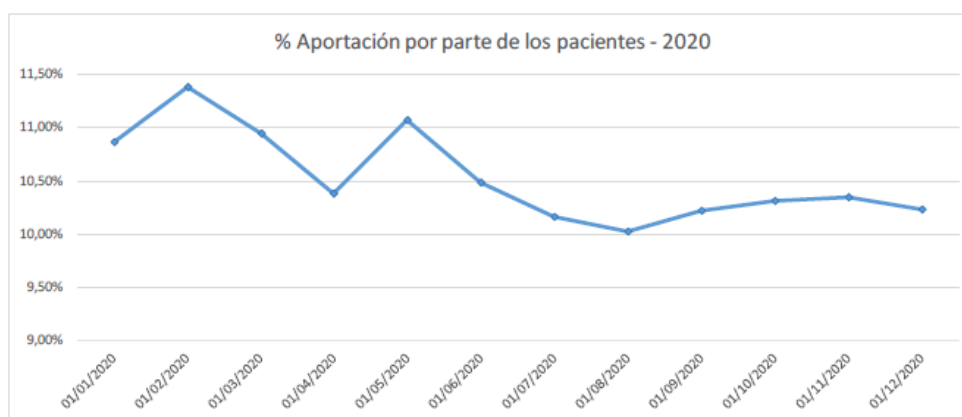
La aportación de los usuarios la recogen las 2 siguientes figuras:

Evolución de la aportación de los usuarios de la Comunidad de Madrid



Fuente: Farm@drid

Evolución mensual de la aportación de los usuarios en 2020



Fuente: Farm@drid

El modelo de copagos supone problemas a la hora de la adquisición de fármacos para las personas con más problemas de salud y menor nivel económico. De acuerdo con el último dato conocido (Barómetro Sanitario de 2019) el 1,8% de la población madrileña (125.000 personas) no retiraron un medicamento prescrito por problemas económicos, si bien es cierto que los esquemas de copagos se modificaron en 2021 incluyendo nuevas categorías excluidas de los mismos.

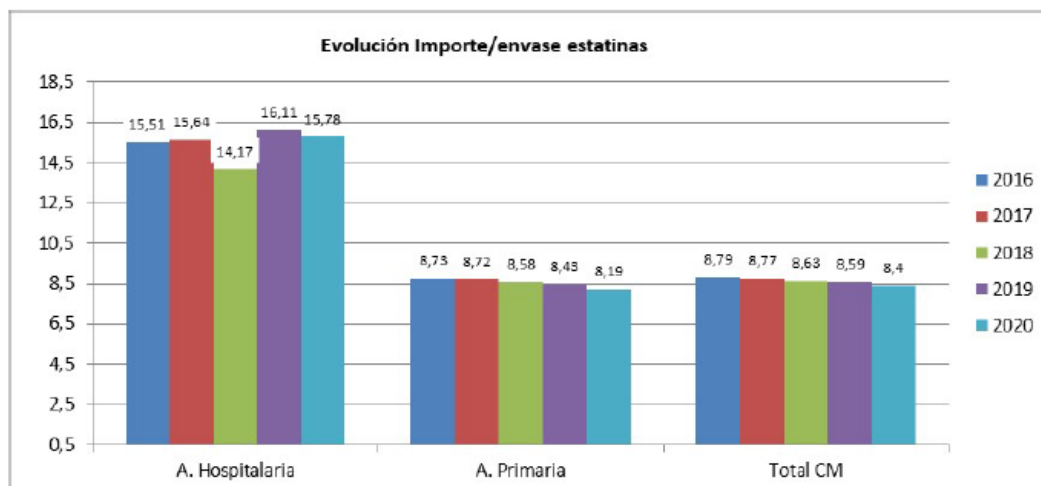
### Calidad de la prescripción.

La calidad de la prescripción farmacéutica deja mucho que desear y es manifiestamente mejorable. Solo se recogen algunos ejemplos

Grandes grupos	Principio activo ATC	Gasto 2020	Diferencia Gasto (2020-2019)	% Variación del Gasto (2020/2019)	MDDD 2021
HIPOLIPEMIANTES	ATORVASTATINA	37.539.855	-1.011.415	-2,62%	147,35
ANTIDIABETICOS	INSULINA GLARGINA	24.651.240	13.899	0,06%	17,63
ANTICOAGULANTES Y ANTIAGREGANTES	ENOXAPARINA	22.155.870	1.397.589	6,73%	12,57
ANTIDIABETICOS	METFORMINA SITAGLIPTINA	21.223.072	-1.275.528	-5,67%	12,72
FARMACOS PARA ASMA Y EPOC	FORMOTEROL BUDESONIDA	19.006.610	555.482	3,01%	14,35
PSICOFARMACOS	PALIPERIDONA	17.883.231	-97.208	-0,54%	2,79
ANTICOAGULANTES Y ANTIAGREGANTES	APIXABAN	16.316.670	4.931.195	43,31%	5,14
ANTIPILEPTICOS	LEVETIRACETAM	15.546.192	-41.595	-0,27%	6,25
ANTIDIABETICOS	METFORMINA VILDAGLIPTINA	14.408.864	-1.277.321	-8,14%	8,59
ANTIULCERA	OMEPRAZOL	14.084.051	365.666	2,67%	213,24
PRODUCTOS DIETOTERICOS	F.COMPLETAS POLIMÉRICAS HIPERPROTEICAS HIPERCALÓRICAS. SIN FIBRA. ADULTOS	13.702.161	1.856.311	15,67%	-
ANALGESICOS	PARACETAMOL	13.589.040	2.093.100	18,21%	88,78
FARMACOS PARA ASMA Y EPOC	TIOTROPIO BROMURO	12.742.521	-290.862	-2,23%	10,89
PSICOFARMACOS	ARIPIRAZOL	12.672.233	1.002.848	8,59%	2,95

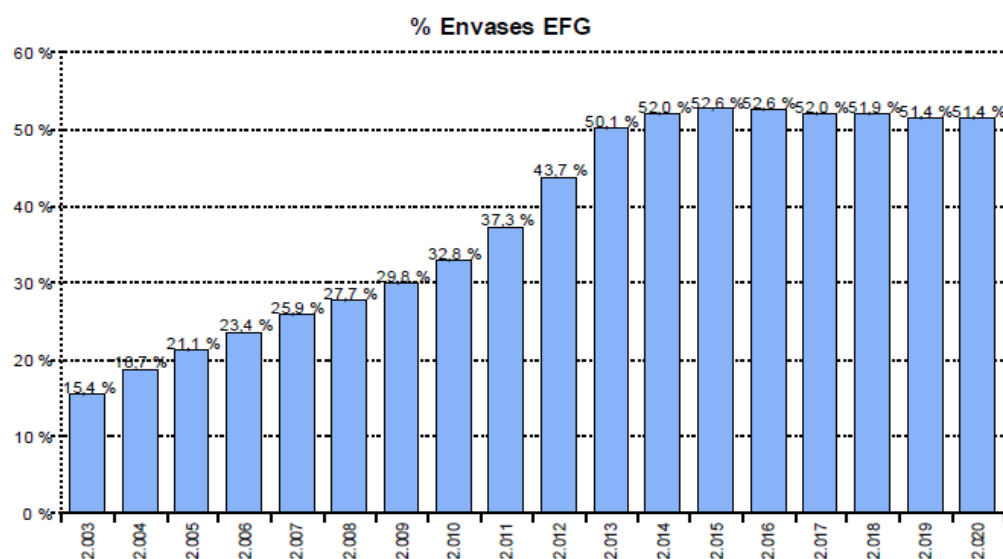
Fuente: Farm@drid. DDD: Dosis Diaria Definida. (MDDD: Millones DDD).

En la tabla anterior están reflejados los principios activos con mayor gasto. Llama la atención que el primero sea la artovastatina, una estatina (fármaco contra la hiperlipemia/ colesterol elevado) que tiene un precio entre 8,48 y 4,85 veces superior a la simvastatina que es su alternativa de menor precio y con las mismas indicaciones, salvo algunos casos, lo que evidencia el gran margen de ahorro solo en este grupo terapéutico (C10AA: INHIBIDORES HMG-CoA-REDUCTASA). Obviamente este exagerado uso de artovastatina se evidencia en el elevado precio por envase de las prescripciones hospitalarias que se refleja en la figura siguiente:



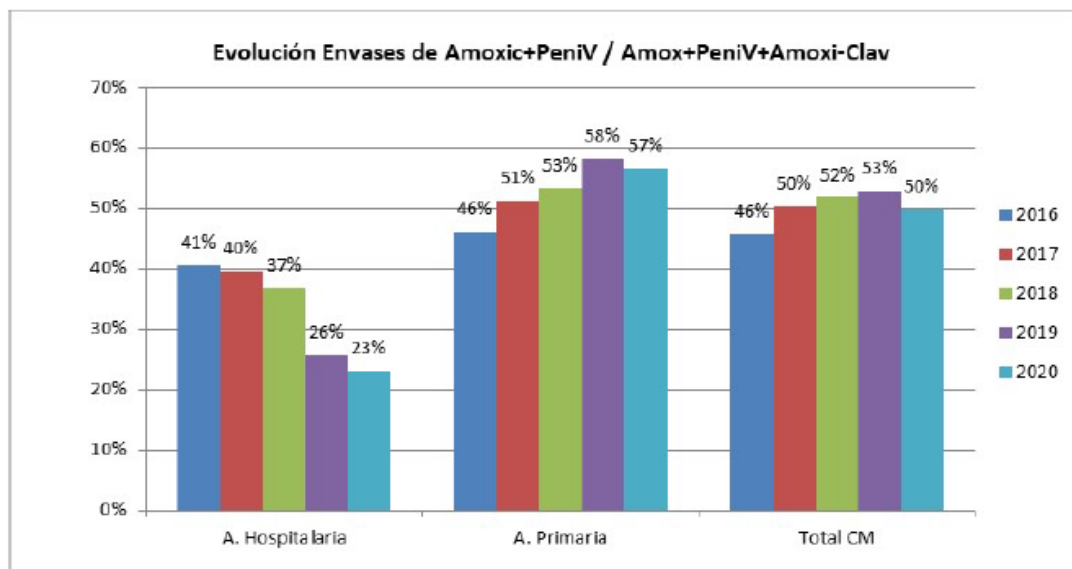
Fuente: Memoria SERMAS 2020

Lo mismo puede decirse de la tabla siguiente, el porcentaje de envases de medicamentos genéricos sobre el total que permanece estancado con una ligera tendencia a la baja (alcanzo su pico en 2015, el 52,6% del total de envases dispensados y en 2020 esta en el 51,4%) contrastando con países como Reino Unido (85%) o Alemania (83%) y por debajo del promedio de la OCDE (53%) (OCDE 2021)



Fuente: Memoria SERMAS 2020

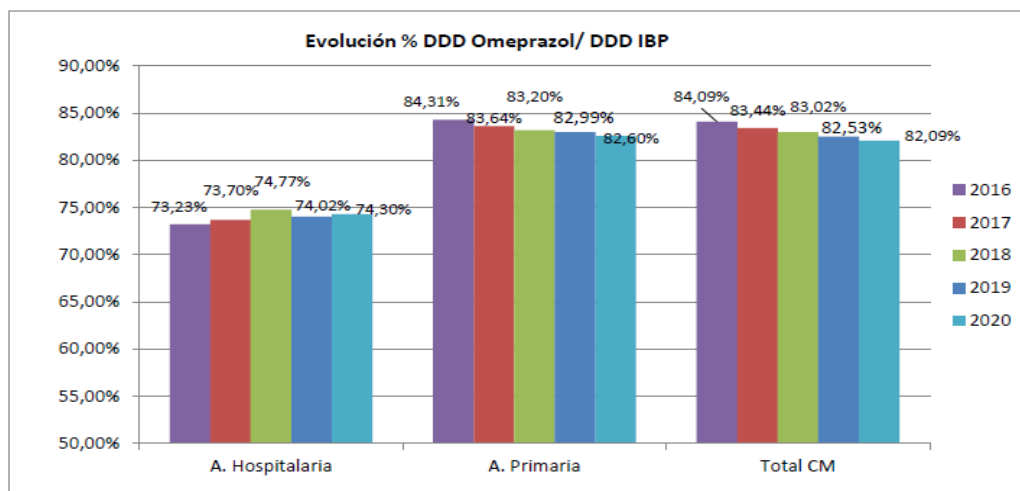
Igual sucede con el consumo de antibióticos, que en la tabla siguiente recoge midiendo la relación entre el consumo de envases de penicilina y/o amoxicilina respecto a los que contienen estos principios activos más clavulanico, relación que empeora de manera muy importante en el ámbito hospitalario, pero también en la AP y por supuesto en el conjunto de la Comunidad de Madrid



Fuente: Memoria SERMAS 2020

Algo similar sucede en la relación entre el consumo de omeprazol y el conjunto de inhibidores de la bomba de protones, en este caso sobre todo en AP.

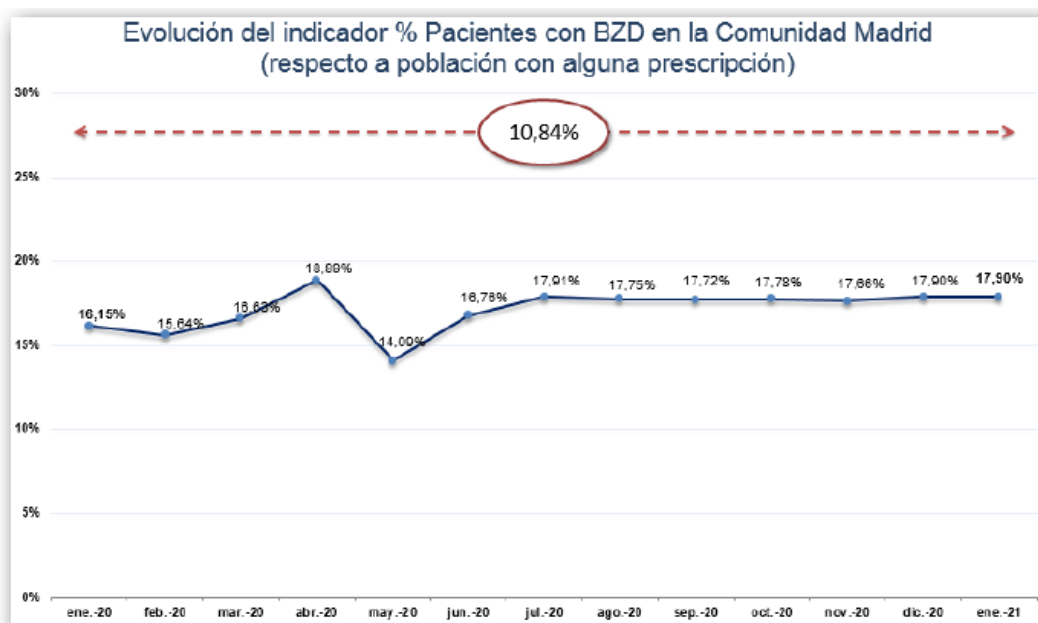
Evolución % Omeprazol respecto a Inhibidores de bomba de protones (IBP). 2016-2020



Nota: Los resultados de este indicador no coinciden exactamente con los de memorias previas debido a un cambio en la DDD del esomeprazol.

Fuente: Memoria SERMAS 2020

El consumo de benzodiacepinas se mantiene elevado, con un aumento del 10,84% en el año 2020, un importante problema de salud pública que se ha visto agravado por la pandemia.



Fuente: Memoria SERMAS 2020

La figura siguiente recoge los grandes grupos de medicamentos hospitalarios que han tenido incrementos en 2020 respecto a 2019. El primer grupo, el oncológico es un grupo de crecimiento habitual debido a los elevados precios de los nuevos medicamentos contra el cáncer. Los otros 2 grupos que han crecido son de más difícil valoración porque ambos han sido utilizados en el tratamiento de la covid19, al menos durante la primera ola y es probable que ello explique su crecimiento (con elevada probabilidad en el caso de los antivirales), y habrá que ver su comportamiento en años sucesivos para hacer una valoración más ajustada.

### Gasto hospitalario por grandes grupos. Variación año 2020/ año 2019

Grupos	Importe 2019	Importe 2020	% variación
ONCOLÓGICOS	305.400.065 €	333.442.772 €	9,18%
INMUNOSUPRESORES	256.244.058 €	289.076.772 €	12,81%
ANTIVIRALES	149.008.435 €	155.611.453 €	4,43%
<b>Subtotal</b>	<b>710.652.558 €</b>	<b>778.130.997 €</b>	<b>9,50%</b>
<b>Total</b>	<b>1.119.821.817 €</b>	<b>1.218.298.584 €</b>	<b>8,79%</b>

Fuente: Memoria SERMAS 2020

Para que todo no sean malas noticias, las tres tablas siguientes recogen el ahorro producido en el tratamiento de hemoderivados, el conseguido con la compra centralizada de productos dietoterapicos y la disminución del gasto total y por población atendida en las residencias gestionadas por la Agencia Madrileña de Atención Social donde se ha procurado disminuir la polimedicación y la prescripción inapropiada

## Fraccionamiento Industrial del Plasma para la obtención de productos hemoderivados con usos terapéuticos:

PRODUCTO	COSTE FRACCIONAMIENTO (€)	AHORRO*	% AHORRO RESPECTO AL COSTE TEÓRICO
ALBUTEIN 20% 50 ML	1.382.667 €	1.708.076 €	55,26%
INMUNOGLOBULINA 10 G	4.722.945 €	5.687.464 €	54,63%
ALFA 1- ANTRIPSINA	895.909 €	1.235.724 €	57,97%
FANHDI 1000 UI	451.364 €	320.922 €	41,55%
FANHDI 1500 UI	600.742 €	421.072 €	41,21%
ANBINEX 1000 UI	34.040 €	12.962 €	27,58%
ANBINEX 500 UI	13.276 €	5.055 €	27,58%
FACTOR IX	453.838 €	763.108 €	62,71%
<b>TOTAL</b>	<b>8.554.779 €</b>	<b>10.154.382 €</b>	<b>54,27%</b>

\*El ahorro se ha calculado con la diferencia del coste de los productos hemoderivados a precio unitario medio de compra en la Comunidad de Madrid en el año 2020 y el coste de los productos a precio adjudicado por litro fraccionado.

Fuente: Memoria SERMAS 2020

## Dietoterápicos, ahorro producido con la compra centralizada frente al PVP

	Año 2018	Año 2019	Año 2020	TOTAL
COSTE PVP	942.470,21€	2.247.876,55€	2.599.962,62€	5.790.309,38 €
COSTE AM	163.270,68€	376.215,04€	461.439,49€	1.000.925,21 €
<b>AHORRO</b>	<b>779.199,53€</b>	<b>1.871.661,51€</b>	<b>2.138.523,13€</b>	<b>4.789.384,17 €</b>

Fuente: Memoria SERMAS 2020

## Prescripción centros sociosanitarios Agencia Madrileña de Atención Social

CSS AMAS	2019	2020	% Variación
Población atendida*	7.582	7.138	-6,22%
Gasto (millones €)	6,315	5,355	-17,93%
Envases (miles)	550	468	-17,52%
Gasto/población atendida	832,87	750,14	-11,03%
Envases/población atendida	72,51	65,59	-10,55%
Gasto/envase	11,48	11,44	-0,35%

Fuente: Memoria SERMAS 2020

## 10. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS IDENTIFICADAS

## 11. RECOMENDACIONES

## 12. BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Sanidad: Estadística de Gasto Sanitario Público 2019. Ministerio de Sanidad 2021. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *España*:

*Perfil sanitario nacional 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN 9789264395206

Ministerio de Hacienda: Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario. Disponible en:

<https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>

Ministerio de Sanidad: Datos de Facturación de receta médica. Disponible en

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2021.htm>

Consejería de Sanidad. Viceconsejería de Asistencia Sanitaria: MEMORIA ANUAL DE ACTIVIDAD DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD AÑO 2020.

Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050404.pdf>

OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

### **Bibliografía**

Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad (2022). Resumen ejecutivo. Informe Fundación Jiménez Díaz - Fresenius.

Beiras Cal, H., Sánchez Bayle M (2015). *La sanidad no se vende: Manual para la defensa de la sanidad pública*. Tres Cantos, Madrid: Foca.

Consejería de Sanidad - Comunidad de Madrid (2021). Memoria 2020. Servicio Madrileño de Salud.

Consejería de Sanidad - Comunidad de Madrid (sf.). Presupuestos generales de la comunidad de Madrid 2019.

<http://www.madrid.org/presupuestos/attachments/category/62/2019-presupuesto-libro-sanidad.pdf>

García Gómez M, López Rodrigo JM, Gutiérrez E: Informe Hospitales Modelo Hipoteca. Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid. Madrid 2018. Disponible en:

<https://cmadrid.podemos.info/wp-content/uploads/2018/07/INFORME-HOSPITALESMODELO-HIPOTECA-MADRID.pdf>

Servicio Madrileño de Salud (2021):

- Memoria 2020. Hospital Puerta de Hierro.
- Memoria 2020. Hospital Infanta Leonor.
- Memoria 2020. Hospital Infanta Cristina.
- Memoria 2020. Hospital del Tajo.
- Memoria 2020. Hospital del Henares.
- Memoria 2020. Hospital del Sureste.
- Memoria 2020. Hospital Infanta Sofía.
- Memoria 2020. Hospital Infanta Elena.
- Memoria 2020. Hospital General de Collado-Villalba.
- Memoria 2020. Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz.
- Memoria 2020. Hospital Rey Juan Carlos.
- Servicio Madrileño de Salud: Memoria Sermas 2020 Edición electrónica Edición: 07/2021
- Ministerio de Hacienda y Función Pública: Memoria MUFACE 2020. Disponible en: [https://www.muface.es/muface\\_Home/muface/Transparencia/informacion-institucional-organizativa-planificacion/memoria.html](https://www.muface.es/muface_Home/muface/Transparencia/informacion-institucional-organizativa-planificacion/memoria.html)
- Ministerio de Defensa: Memoria ISFAS 2020. NIPO: 077-21-002-4 (edición en línea) ISSN: 2792-3207 Fecha de edición: junio 2021. Disponible en: [https://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Memoria/Memoria ISFAS\\_2020.pdf](https://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Memoria/Memoria_ISFAS_2020.pdf)
- Ministerio de Justicia: Memoria MUGEJU 2020 Disponible en: [https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/memoria/MEMORIA\\_2020\\_NIPO.pdf](https://www.mugeju.es/sites/default/files/archivos/memoria/MEMORIA_2020_NIPO.pdf)
- UNESPA: Informe estamos seguros 2021. Disponible en: <https://www.unespa.es/tag/salud/>
- ICEA: [Asegurados, Primas y Prestaciones Asistencia Sanitaria. Año 2021.](https://www.icea.es/es-es/informaciondelseguro/paginas/visor.aspx?url=%2fes-es%2finformaciondelseguro%2falmacendedatos%2fsalud%2f2021%2fasistencia+sanitaria%2fasegurados%2c+primas%2c+ingresos+y+prestaciones_asistencia_421.xls&IdCategoria=203) Disponible en: [https://www.icea.es/es-es/informaciondelseguro/paginas/visor.aspx?url=%2fes-es%2finformaciondelseguro%2falmacendedatos%2fsalud%2f2021%2fasistencia+sanitaria%2fasegurados%2c+primas%2c+ingresos+y+prestaciones\\_asistencia\\_421.xls&IdCategoria=203](https://www.icea.es/es-es/informaciondelseguro/paginas/visor.aspx?url=%2fes-es%2finformaciondelseguro%2falmacendedatos%2fsalud%2f2021%2fasistencia+sanitaria%2fasegurados%2c+primas%2c+ingresos+y+prestaciones_asistencia_421.xls&IdCategoria=203)

Ley 9/2010, de Acompañamiento de los Presupuestos.

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.

Ministerio de Sanidad: Estadísticas de hospitales. Tablas por CCAA. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/N/siae/siae/hospitales>

Ministerio de Sanidad: Indicadores clave del SNS. Disponible en <http://inclasns.msssi.es/main.html>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:

- [Barómetro sanitario, 2010. CIS: Instituto de información sanitaria.](#)
- [Barómetro sanitario, 2016. CIS: Instituto de información sanitaria.](#)

- [Barómetro sanitario, 2017. CIS: Instituto de información sanitaria.](#)
- [Barómetro sanitario, 2018. CIS: Instituto de información sanitaria.](#)
- [Barómetro sanitario, 2019. CIS: Instituto de información sanitaria.](#)

OECD: OECD Health data 2022. Disponible en:  
[https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_PROC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC)