

INFORME ACTUAR COVID ANTE LAS ELECCIONES AUTONÓMICAS DEL 4/MAYO/2021: SUSPENSO A LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA POR EL GOBIERNO AYUSO

Las personas residentes en la Comunidad de Madrid están llamadas a las urnas el próximo día 4 de mayo. Los votantes decidirán el futuro Gobierno de la región. Para tomar su decisión, cada votante ponderará sus preferencias y, seguramente, hará un repaso de la gestión del Gobierno saliente y de las posibles alternativas. En este sentido, conviene, sin duda, valorar la gestión de la Comunidad de Madrid para enfrentar la pandemia de la COVID-19.

El Grupo ActuarCOVID quiere aportar su valoración de esta gestión, elaborada en base a los Informes del observatorio y de los documentos de trabajo ActuarCOVID que se han ido publicando durante los últimos meses, así como a las recomendaciones del Decálogo ActuarCOVID, que resumían las principales medidas de gestión consideradas más adecuadas (<https://actuarcovid.com>).

Al mismo tiempo, las conclusiones y las recomendaciones de este informe van especialmente dirigidas al futuro Gobierno de la Comunidad de Madrid, animándole a que las tenga en cuenta en su acción de gobierno, porque la pandemia sigue afectando muy duramente a la población madrileña.

RESUMEN

En relación con la media española, la Comunidad de Madrid ha sufrido un 50% más de exceso de mortalidad por COVID-19, en tasas ajustadas por edad (SIVIES). Así mismo, en la Comunidad de Madrid se ha registrado un 31% más de personas contagiadas, un 97% más de ingresos en hospitales, y un 60% más de ingresos en unidades de cuidados intensivos por esta enfermedad (datos Ministerio Sanidad).

Este exceso de muertes, de sufrimiento, y de las secuelas que comporta, así como el impacto económico negativo de la pandemia, se habrían podido evitar con una mejor gestión. Pero *la gestión de la respuesta a la pandemia por el Gobierno de la Comunidad de Madrid ha sido muy deficiente*. Si analizamos varios indicadores de dicha gestión (incidencia acumulada, trazabilidad, positividad de pruebas, ingresos hospitalarios e ingresos en UCI), [la gestión de la respuesta a la pandemia por el Gobierno de la Comunidad de Madrid ha sido la segunda peor de las 17 comunidades autónomas](#).

[La gestión de la respuesta a la pandemia en las residencias de mayores ha sido especialmente negativa](#), con consecuencias terribles para miles de personas y sus familias. La excesiva dimensión de las residencias, la gestión privatizada, la falta de medios y de formación específica de los profesionales, y la descoordinación con el sector sanitario, han facilitado la aparición de brotes y la evolución fatal en demasiados casos. Así, *la mortalidad por COVID-19 las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid ha sido un 53% mayor de la que correspondería en relación con la media española*.

La vigilancia epidemiológica, la detección y seguimiento de casos y contactos, las medidas de aislamiento y su control, la comunicación a la sociedad, y la coordinación y coherencia en la aplicación de las distintas medidas ha sido muy deficiente. Las deficiencias de los sistemas de información no han permitido un análisis preciso para la toma de decisiones.

Durante este año, la atención primaria no ha sido reforzada, con lo que ha tenido que soportar una enorme sobrecarga asistencial sin los medios suficientes. Así mismo, la sobrecarga en los hospitales y en las UCI tampoco se ha acompañado de un refuerzo en la dotación de medios humanos y técnicos. A pesar del trabajo y de la gran dedicación de los profesionales, *la calidad de la atención a los pacientes no-COVID se ha visto deteriorada.*

De los 2162,79 millones de euros asignados por el Gobierno de España a la Comunidad de Madrid para gastos sanitarios extraordinarios por la COVID-19, no se han destinado a sanidad 528,29 millones de euros. *Es decir, casi la cuarta parte del fondo COVID del Gobierno de España para sanidad se ha destinado a otras finalidades no sanitarias, lo cual es muy grave teniendo en cuenta las importantes necesidades no cubiertas.* Entre los gastos realizados en sanidad, muchos no se conocen. Pero algunos de los que se conocen son muy ineficientes, como el hospital Zendal, los macrocentros de vacunación, la externalización de camas UCI o los cribados masivos poblacionales.

La pandemia continúa afectando a la población madrileña y sobrecargando el sistema de salud, y la gestión del Gobierno de la Comunidad de Madrid sigue mostrando resultados mucho peores que la media de las comunidades autónomas. A día 17 de abril de 2021, la incidencia acumulada a los 14 días era de 372,26, frente a 213,05 de la media nacional. En cuanto a la ocupación hospitalaria por pacientes COVID-19, la Comunidad de Madrid tenía un 14,97% del total de camas, frente a un 7,79% en la media nacional. Y en lo referido a la ocupación de camas en UCI, la Comunidad de Madrid tenía un 42,53%, frente al 21,71% de la media nacional. En síntesis, *la Comunidad de Madrid tiene hoy, después de un año de pandemia, la tercera peor incidencia acumulada, y la peor tasa de ocupación de camas y de UCI de todas las comunidades autónomas.*

Por eso es importante modificar radicalmente la respuesta a la pandemia desde el Gobierno de la Comunidad de Madrid y adoptar las recomendaciones recogidas al final de este informe (punto 5), que enunciamos a continuación:

- 1. Aceleración de la vacunación.**
- 2. Refuerzo y apoyo a la atención primaria.**
- 3. Contratación de suficientes rastreadores.**
- 4. Refuerzo de los servicios centrales y las unidades técnicas de salud pública.**

5. **Refuerzo de las Unidades de Apoyo de Trabajo Social.**
6. **Suficiente capacidad para llevar a cabo las pruebas diagnósticas de infección activa por COVID-19.**
7. **Garantías para que los casos positivos se aislen y los contactos estrechos guarden cuarentena.**
8. **Optimización de los hospitales públicos.**
9. **Plan de contingencia continuado en las residencias de personas mayores.**
10. **Mantenimiento de los planes de contención de la infección en los establecimientos docentes.**

1. IMPACTO EN LA SALUD Y LA ECONOMÍA

En el documento de trabajo número 4 del grupo ActuarCOVID, de 28 enero 2021, se estudia la [Mortalidad por COVID 19 en la Comunidad de Madrid](#), de marzo a diciembre 2020. Se observa que la tasa de mortalidad por 1000 habitantes en la Comunidad de Madrid, en varones fue de 2,4; y en mujeres de 1,5. En comparación con estas tasas, en Canarias, la comunidad autónoma con menos mortalidad, se observaron tasas de mortalidad de 0,3 y 0,3 por 1000 habitantes en varones y en mujeres, respectivamente.

A primeros de marzo de 2021 estimamos que [la mortalidad por COVID-19 durante los primeros 12 meses de pandemia en la Comunidad de Madrid fue 7,1 veces más alta que en Canarias](#). *Es decir, con una mejor gestión de la respuesta a la pandemia podrían haberse evitado 13 000 fallecimientos y miles de contagios y de hospitalizaciones.*

Si se considera el exceso de mortalidad del Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) entre el 10 de marzo de 2020 y el 13 de febrero de 2012, la Comunidad de Madrid presenta un exceso de mortalidad de 18 164 personas.

En España, el exceso de mortalidad en ese periodo es de 83 547 personas. Los fallecidos en exceso en la Comunidad de Madrid suponen un 22% del total, mientras que la población de la Comunidad de Madrid es de 14% del total. *El exceso de mortalidad en la Comunidad de Madrid sobre lo que cabría esperar en base al número de habitantes es de 6468 fallecidos.*

El mismo exceso relativo se observa en ingresos hospitalarios y en ingresos en UCI. A día 6 de abril de 2021 en España se habían diagnosticado 3 317 948 casos de COVID-19. En Madrid 632 515, un 19% del total. En la misma fecha, en España habían ingresado en hospitales 333 556, y en UCI 30 182, mientras que en Madrid lo habían hecho 92 540 y 6818, un 28% y un 23% del total respectivamente. Casi el doble de los ingresos hospitalarios que nos correspondería según población.

Si, mediante una mejor gestión, hubiéramos registrado una morbilidad similar a la media española, la Comunidad de Madrid hubiera tenido 150 003 casos menos, 45 509 ingresos hospitalarios menos, y 2562 ingresos en UCI menos, a causa de la COVID-19. Es un enorme coste en muertes, sufrimiento y secuelas que podría y debería haberse evitado.

Ese exceso tan importante de contagios, de ingresos hospitalarios y de fallecimientos que ha padecido la Comunidad de Madrid respecto a la media nacional, y más aún respecto a las comunidades autónomas con mejores resultados, refleja una mala gestión frente a este grave problema sanitario y social, lo que ha impactado también negativamente en la situación económica.

En efecto, [el grupo ActuarCOVID comparó las 17 comunidades autónomas según cinco indicadores que miden la gestión de la respuesta a la pandemia](#):

Incidencia acumulada en 14 días: la Comunidad de Madrid fue la 12ª
Trazabilidad de casos y contactos: la Comunidad de Madrid fue la 16ª
Positividad de las pruebas diagnósticas de infección activa: la Comunidad de Madrid fue la 12ª
Ocupación hospitalaria por pacientes COVID-19: la Comunidad de Madrid fue la 14ª
Ocupación de UCI por pacientes COVID-19: la Comunidad de Madrid fue la 14ª

La puntuación de la gestión en una escala de 0 a 10 se evaluó entre el 30 de noviembre (fecha de inicio de disponibilidad de información por el Ministerio de Sanidad) y el 1 de marzo 2021.

En la valoración global la gestión frente a la pandemia COVID-19, la Comunidad de Madrid se coloca en la posición 16 de 17 comunidades autónomas, con lo que muestra una gestión muy negativa de esta crisis.

El impacto en la economía también ha sido muy negativo, [según se comprueba en el informe de Funcas con las previsiones de evolución del PIB por comunidades autónomas](#). Se observa cómo, a diciembre de 2020, el PIB del conjunto nacional se reduciría en un 12%. *En la Comunidad de Madrid el PIB caería un 13%, la tercera región con mayor caída de su PIB, solo por delante de las Islas Baleares y Canarias.*

Las personas ocupadas, según la Encuesta de Población Activa (EPA), [se redujeron en más de 100 000, un 3,4%; y los parados, según la EPA, aumentaron en 127 700, un 36%](#).

Por sectores, el índice de producción industrial cayó un 8,7%; la construcción se redujo en un 69%; el sector servicios disminuyó en un 15%; la hostelería perdió un 75% de su actividad.

El deterioro de la situación económica y el aumento del paro motivó que muchas personas tuvieran que recurrir a ayuda para su alimentación o para otros gastos corrientes (luz, calefacción, alquiler de vivienda): las llamadas “colas del hambre”. En muchos casos la respuesta a estas necesidades no vino de los servicios sociales públicos, municipales o regionales, por su escasa dotación, sino de organizaciones caritativas, asociaciones vecinales y otras iniciativas sociales.

La alta mortalidad de Madrid parece ser una consecuencia de la mala gestión de la pandemia, aunque no sea su única causa. No era esperable esta alta mortalidad porque Madrid es la comunidad más rica del Estado español. Aun así, Madrid tiene gran desigualdad económica y la pobreza está extendida. Según la Encuesta de Presupuestos Familiares, alrededor de un 42% de los madrileños declaran tener problemas para llegar a fin de mes.

La gestión sanitaria frente a la COVID-19 ocurre después de más de una década de continuos recortes en el presupuesto de sanidad de la Comunidad de Madrid. Así, la Comunidad de Madrid es la segunda con menor gasto público en servicios de salud: 1340 euros/habitante, en comparación con 1873 euros/habitante en Euskadi en 2019.

El mayor deterioro relativo de la sanidad pública, el insignificante y siempre menguante gasto en salud pública (inferior al 1% del ya escaso gasto público en salud), la externalización/ privatización continua de los servicios públicos, y la descapitalización de los centros sanitarios públicos, llevan a un deficiente mantenimiento de las infraestructuras y a peores condiciones de trabajo para los profesionales sanitarios. Si algo ha quedado claro, después de estos meses, es la falta de preparación del Gobierno de Madrid para afrontar una pandemia. La falta de dotación y la ineficiencia organizativa no han podido garantizar la identificación, localización, tratamiento y aislamiento de casos y contactos de forma segura y eficaz, única forma de controlar la pandemia.

2. MEDIDAS ADOPTADAS PARA HACER FRENTE A LA PANDEMIA

En este informe nos centraremos en la gestión en la Comunidad de Madrid y en las medidas adoptadas por su Gobierno.

Con carácter general, conviene precisar que la labor de todos los profesionales sanitarios en los diferentes ámbitos de atención ha sido extraordinaria. Se han visto sometidos durante más de un año a una situación de tensión, con mayor presión asistencial, con riesgo personal para sus vidas, y han demostrado una enorme responsabilidad. Las carencias y fallos detectados en la respuesta a la pandemia tienen que ver, sobre todo, con la escasez de recursos y con su mala organización y dirección.

Salud pública

Los sistemas de información epidemiológica, sanitaria y social en la Comunidad de Madrid son muy insuficientes, y no permiten conocer con precisión las distintas situaciones y tomar las medidas adecuadas. En las escasas situaciones en que se recoge la información, no se suele analizar para tomar decisiones. Este es el caso de las estadísticas de defunción por COVID-19 que se envían al Ministerio de Sanidad. Hasta la fecha, solo se tienen en las defunciones ocurridas en el hospital que tienen un certificado de defunción completo.

Además de las insuficiencias de los sistemas de información, estos se caracterizan por no estar enlazados ni trabajar en red: los sistemas clínicos no se entienden con los epidemiológicos, y estos no son interoperables con los de los rastreadores de los centros de atención telefónica. Esta situación crea datos contradictorios, impide un seguimiento eficaz y se traduce en varias llamadas a un posible contacto, o en ninguna. Un buen sistema de información es básico para una buena gestión.

La vigilancia epidemiológica ha sido muy escasa por la ausencia de un sistema digitalizado de registro de nuevos casos y de suficiente personal cualificado para seguir la epidemia con análisis de datos en tiempo real, al menos en la descripción del lugar, tiempo y características demográficas de las personas afectadas. La investigación de brotes ha estado muy limitada desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad.

Las medidas orientadas a la disminución de contagios, como la reducción de los contactos (limitación de movilidad y “cierres perimetrales” por zonas de salud, limitación de aforos, limitación de horarios para diferentes actividades, etc.), las medidas de protección individual (mascarillas, higiene personal, distancia social), y otras, han sido aplicadas de forma irregular y, en ocasiones, contradictoria.

Las medidas orientadas a la detección de casos mediante pruebas diagnósticas de infección activa tardaron en implementarse. Las pruebas PCR en centros de salud se generalizaron progresivamente y, con ciertos retrasos en la respuesta, funcionaron razonablemente bien. La realización de test de antígenos, que tienen peor sensibilidad que la PCR, incluso una sensibilidad muy baja en las personas asintomáticas, y un elevado número de resultados falsos positivos en situación de baja prevalencia, se utilizaron en muchas ocasiones de forma inadecuada y abusiva (cribados generalizados por barrios en población con escasa prevalencia de infección). Como señalamos en nuestros informes, la proporción de test de antígenos sobre el total de pruebas en la Comunidad de Madrid es la mayor de todas las comunidades autónomas, lo que puede distorsionar la interpretación de las cifras de personas contagiadas cuando se calcula una única cifra de positividad en las pruebas de diagnóstico.

Sin duda, uno de los mayores fallos en la gestión de la respuesta a la pandemia ha sido no reforzar los servicios de salud pública, y no contratar y formar suficiente número de rastreadores, dos de las recomendaciones del Decálogo ActuarCOVID. Esta carencia de recursos no ha permitido hacer un seguimiento adecuado de los casos y de los contactos. Esta tarea se delegó principalmente en los profesionales de medicina y enfermería de los centros de salud, con enormes dificultades para un adecuado seguimiento y sin medios suficientes para monitorizar y garantizar el cumplimiento de las recomendaciones de aislamiento.

En resumen, el manejo epidemiológico se ha caracterizado por un sistema de información muy limitado, por un rastreo muy escaso y por poco diagnóstico precoz. En muchas ocasiones, el rastreo ha sido iniciado y realizado por los propios pacientes que han tomado la iniciativa de alertar sus contactos. Además, los protocolos vigentes reducen el rastreo al núcleo de convivencia o a un núcleo muy limitado de contactos definidos, de forma muy restrictiva. *La media de contactos rastreados por caso osciló entre dos y tres personas cuando debería ser muy superior, hasta de treinta en algunos ámbitos.* En estas condiciones, la transmisión comunitaria se ha mantenido desde marzo de 2020, con el paréntesis de reducción de incidencia que se produjo al final del primer estado de alarma. En consecuencia, la Comunidad de Madrid [ha presentado la más altas cifras de seroprevalencia de todas las comunidades autónomas de España.](#)

Atención primaria

La Atención primaria soportó una enorme sobrecarga por la atención a los pacientes COVID-19 a lo largo de los meses de 2020 y continúa haciéndolo en los meses que llevamos de 2021, además de asumir la tarea de la vacunación sin directrices

establecidas. Esta sobrecarga sobrevenía a una situación previa de falta de recursos, por un debilitamiento de la sanidad pública y, en especial, de este ámbito asistencial. Hay que considerar que, en la atención primaria, ya antes de la pandemia, la ratio de población por profesional era la más alta del Estado. En medicina de familia se superaba en un 13% la media nacional, en pediatría en un 13%, en enfermería en un 25%, un 18% en los auxiliares administrativos y un 39% en los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Tal situación ha sido estimada por el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid como una vulnerabilidad de los médicos y pediatras de atención primaria, en una sentencia fechada el 23 de marzo del presente año.

En este contexto, los recursos no han sido reforzados durante la pandemia; por el contrario, se han producido numerosas bajas por los contagios ante la falta de medidas de protección, sobre todo en las primeras semanas. Los servicios de urgencias de atención primaria han permanecido cerrados desde el inicio de la pandemia, con la sobrecarga consiguiente a los centros de salud y a los servicios de urgencias hospitalarias.

La precariedad persistente de los contratos en la atención primaria hace que la inestabilidad en la cobertura de vacantes sea muy alta, y que los profesionales prefieren desplazarse a otras comunidades autónomas donde se les ofrecen condiciones de trabajo más dignas. Este hecho supone una grave irresponsabilidad por parte de la Consejería de Sanidad, ante las condiciones de sobrecarga que están soportando las cada vez más mermadas plantillas.

La atención primaria permitió diagnosticar y tratar a miles de pacientes de COVID-19, apenas sin herramientas diagnósticas y sin material de protección, lo que redujo la presión hospitalaria. Este esfuerzo se tradujo en una merma en el tiempo disponible para atender a personas con problemas de salud no-COVID, que prácticamente no fueron atendidos, salvo en caso de necesidad mayor. Esta circunstancia, junto con las medidas de limitación de movilidad, ha afectado a la atención a estas personas. Así mismo, la falta de medios humanos y la necesidad de utilización de medios telefónicos casi inexistentes para llegar a la población, e informáticos para solicitar las citas, han supuesto un retraso en la atención a los pacientes.

La descoordinación entre la atención primaria y la salud pública ha influido en la deficiente gestión del control de los contactos, sobre todo en los primeros meses. Tampoco se ha favorecido la coordinación con las redes comunitarias desde el ámbito institucional, a excepción de las iniciativas que se han podido desarrollar desde algunas zonas con sus propios recursos.

Atención hospitalaria

La gestión de la pandemia COVID-19 en Madrid ha dejado al descubierto los efectos de los recortes que se han efectuado durante décadas, las deficiencias en la atención primaria y en la hospitalaria, tanto en las infraestructuras como en la falta crónica de

personal, así como de incentivos para retener a los médicos y las enfermeras en nuestra comunidad.

En la primera ola de la pandemia los hospitales se vieron presionados por la necesidad de atender pacientes COVID-19 en la urgencia, y la necesidad de realizar más ingresos, teniendo que adaptar, en tiempo récord, los espacios de hospitalización, doblando camas, y los de observación de urgencias, improvisando zonas de atención sin material de soporte y con evidente falta de recursos humanos. Se hizo necesaria la llamada de efectivos a nivel nacional para poder atender la demanda exponencial.

Durante la primera ola, como los pacientes con COVID-19 monopolizaron prácticamente la asistencia y ocuparon muchas plantas hospitalarias, se frenó la atención a personas con otras patologías. Esta situación se ha repetido, con menos intensidad, en las olas siguientes, lo que ha exigido el mismo sobreesfuerzo a profesionales sanitarios agotados por los meses de pandemia. A día de hoy continúa sin recuperarse la actividad asistencial previa a la pandemia, lo que ha ocasionado una dilatación extrema de las ya tremendas listas de espera prepandemia para casi todas las especialidades. Muchas de las consultas externas son en su mayoría telefónicas, lo que crea confusión entre los pacientes. Hay constantes cancelaciones de citas y recitaciones que en muchas ocasiones dan lugar a que no se acuda a la cita.

Tanto las plantas de hospitalización como el personal ubicado en ellas se tuvieron que adaptar a los constantes cambios de atención para reorganizar espacios. Profesionales especializados en otras patologías tuvieron que dedicarse a pacientes ajenos a su especialidad y tratamiento habitual, lo que generó inseguridad y estrés en su labor diaria. A día de hoy, todavía se sigue esta dinámica en lo concerniente al personal de enfermería.

En el caso de las UCI, la falta de camas se tradujo en la necesidad de “crear” unidades UCI adicionales, sin la dotación de personal suficiente. Esas unidades creadas y mal dotadas se siguen contabilizando hoy en la información nacional sobre los porcentajes de ocupación de camas UCI, cuando en realidad no lo son. Es la estratégica mentira mediática del Gobierno de la Comunidad de Madrid, que genera datos confusos y un falso bálsamo de seguridad en la sociedad. Cuando se habla de ocupación UCI del 42%, en realidad se correspondería con un 90% o más de las camas estructurales reales. El resto son adaptaciones de unidades de reanimación, cirugía mayor ambulatoria, quirófanos o incluso gimnasios o bibliotecas. En la primera ola, la sobrecarga de las UCI motivó que la Consejería dictara protocolos para no derivar personas mayores desde las residencias o la atención primaria a los hospitales. Esta decisión, sin tener en cuenta otras circunstancias de los pacientes, fue la causa de muertes evitables. Muchos pacientes murieron porque no han podido acceder a los cuidados que hubieran podido salvarles la vida. Todo ello ha ocurrido a pesar de la dedicación y profesionalidad de los trabajadores de la Sanidad Pública. Como se ha señalado antes, no es un problema de falta de esfuerzo o cualificación de dichos profesionales, todo lo contrario. Médicos, enfermeras y el resto de profesionales han hecho un esfuerzo muy por encima de lo exigible. Carecemos de una estructura de mando lúcida, operativa y científica, resultado de una política y una gestión sanitarias que no saben estar a la

altura y cuyos objetivos distan mucho de buscar la mejora de la asistencia sanitaria en los centros públicos. Esta gestión refleja una estrategia de omisión del deber hacia lo público, mientras se derivan gastos a entidades privadas.

Atendiendo a los indicadores de los sistemas de información, comunicación y transparencia, solo cabe decir que estos brillaron por su ausencia. El ritmo frenético al que nos hemos visto sometidos dificultaba más aún si cabe que los profesionales pudieran participar mínimamente en las estrategias de dirección que tanto les afectaban. Por el contrario, el modelo imperativo de liderazgo ha predominado en todo momento. Fuimos testigos de las constantes readaptaciones de protocolos de actuación tanto para prevención como para actuación, que, si algo conseguían, era aumentar la confusión entre los profesionales que ya no sabían a que versión atenerse. Esos protocolos respondían más a las carencias del sistema para responder a la demanda de protección y asistencia que a las normas de protección establecidas por la evidencia científica y las buenas prácticas.

Servicios sociales

Los servicios sociales ya tenían una capacidad de respuesta muy débil. Con la pandemia no han podido hacer frente a la demanda de necesidades de atención de miles de personas: el aislamiento y la soledad de personas mayores o personas con discapacidad; la falta de medios para asignar medidas que garantizaran el cumplimiento de los aislamientos (lugares de residencia apropiados, ayuda económica, etc.); particularmente grave ha sido la desatención de las personas dependientes que recibían cuidados a domicilio antes de la pandemia, muchos de ellos han quedado sin atención, al disminuir el número de trabajadores que les cuidaban, ya fuera por baja por enfermedad, o por desestimiento. Este sector de trabajadores presentó las máximas cifras de seroprevalencia, lo que indica el altísimo riesgo de infección que tuvieron durante los primeros meses de la pandemia, al trabajar sin protección y en empleos precarios.

La gran mayoría de los centros de servicios sociales vivieron una primera fase de cierre físico del servicio con la implantación del teletrabajo como opción general. Posteriormente, se procedió a una progresiva apertura de alguno de ellos —al comienzo se permitió la presencia física al personal pero no a las personas usuarias, y, más adelante, se permitió el acceso al público con nuevas medidas (cita previa, mascarilla, pantallas...)—.

La escasez de profesionales, especialmente de trabajadoras y trabajadores sociales, ha ocasionado el aumento en las listas de espera para atender a personas usuarias de este servicio, lo que provoca la paralización de las solicitudes de ayudas y de la detección de situaciones de riesgo, entre otras cuestiones; también se ha producido un retraso generalizado en la atención a la dependencia; además, esta merma de profesionales aumenta el estrés y la angustia en el personal, ya que en la mayoría de los centros de trabajo no se han realizado contratos de apoyo y tampoco se ha procedido a la sustitución de bajas laborales.

Se identifican nuevos perfiles de atención: personas con contratos inestables, familias con menores a su cargo sin ningún tipo de ingreso, personas con altas afecciones emocionales, todas ellas usuarios y usuarias que anteriormente no acudían a los servicios sociales municipales. La mayor demanda ha sido de carácter económico.

La modificación de la atención de los servicios sociales municipales que se ha producido desde el comienzo de la pandemia merma la calidad en la atención e intervención con la población demandante:

- El aumento del teletrabajo, con escasas visitas domiciliarias, que solo se efectúan en casos excepcionales, ha dificultado el seguimiento presencial a menores o mujeres víctimas de violencia de género. Además, la falta de presencialidad ha traído consecuencias graves, y traerá, a la hora de valorar situaciones de riesgo en los hogares (violencia de género, menores en situación de abandono, etc.).
- La falta de coordinación con otros organismos, para tramitar prestaciones económicas o para solicitar plaza en residencia de mayores, ha agravado la situación de precariedad de las personas en situación de riesgo social, lo que ha podido desembocar en el aumento del abandono social y, en consecuencia, situaciones de exclusión social.

Desde el punto de vista de los sistemas de información, comunicación y transparencia, a los diferentes centros de asuntos sociales no han llegado más directrices que las universales de protección y medidas de aislamiento, de modo que cada centro ha sido el responsable de reorganizarse en función de sus posibilidades. Al no haber protocolos comunes, la reorganización de los centros ha sido muy desigual. Hay algunos que han recuperado citas presenciales, mientras que otros no, con lo que las desigualdades en la atención a la ciudadanía entre los centros han aumentado.

Aunque los servicios sociales municipales ya estaban tocados antes de la pandemia, es más necesario que nunca identificar las necesidades y los cambios en los centros de servicios sociales en tiempo real, así como identificar las tensiones actuales y futuras en el sistema de prestación de ayudas.

Residencias de personas mayores

En las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid fallecieron por COVID-19 más de 6000 personas entre marzo y junio de 2020. Las causas de la mayor mortalidad por COVID-19 fueron, por una parte, la reducción del gasto público, la privatización de la gestión —con escasa inspección de la calidad de los servicios—, la falta de coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios y el colapso de los hospitales por falta de medios suficientes; por otra parte, la falta de formación para el personal.

En efecto, en la Comunidad de Madrid la gestión de la respuesta a la pandemia en las residencias de mayores ha sido muy negativa. Probablemente, es el punto más negro

de lo ocurrido en este año. Además de los ya conocidos protocolos de la vergüenza, órdenes administrativas que excluyeron a los residentes de la atención hospitalaria durante varias semanas, la falta de dotación de personal, la falta de formación específica, la falta de coordinación y de apoyo necesario desde la Consejería de Sanidad, la insuficiente prevención de los brotes, la deficiente organización de los aislamientos, el gran tamaño y masificación de los centros, la gestión privatizada, la falta de información a las familias, y otros factores, se tradujeron en un padecimiento agravado para muchos residentes, y un aumento severo de la mortalidad en las residencias. Todo ello, a pesar del esfuerzo de los profesionales, con riesgo para su salud y su vida.

Estas carencias no fueron subsanadas y la desprotección de las personas mayores en residencias ha continuado hasta que han sido vacunadas frente a la COVID-19. Desde julio de 2020 hasta febrero de 2021 hemos estimado que han fallecido otras 2500 personas mayores por COVID-19 en las residencias de mayores de la Comunidad de Madrid. Se trata de una estimación, ya que la Consejería de Sanidad excluye de las estadísticas de defunciones en residencias todos los fallecimientos que ocurren después del traslado al hospital, la gran mayoría de los fallecidos por COVID-19 en residencias después de la primera ola. Incluso con esta importante exclusión, la Comunidad de Madrid tiene el máximo exceso de mortalidad por COVID en residencias de personas mayores. En toda la pandemia, entre marzo 2020 y marzo 2021, la mortalidad en residencias de la Comunidad de Madrid es un 53% superior a la que le correspondería según el número de plazas de la Comunidad de Madrid relativo al total de las plazas de residencias de mayores de España.

Es preciso que el Gobierno de la Comunidad de Madrid adopte, de manera urgente, las medidas recomendadas en el Decálogo ActuarCOVID (punto 9). A medio plazo, debería replantear todo su modelo de atención residencial, fijando una dimensión menor para dichos establecimientos, cancelando progresivamente la actual externalización de la gestión en entidades con ánimo de lucro, y recuperando una gestión pública eficiente y de calidad.

Vacunación

El documento de trabajo número 3 de 21 de enero 2021 abordó esta cuestión. A su vez, la Asociación Madrileña de Enfermería (AME) y la Plataforma de Centros de Salud de Madrid (que participan en el grupo ActuarCOVID), presentaron el 8 de abril de 2021 una propuesta de plan de vacunación COVID-19 diseñado por los profesionales.

La vacunación contra la COVID-19, iniciada en enero 2021, se ha caracterizado por la falta de una planificación adecuada y por la desinformación tanto hacia la población como hacia los propios profesionales, a veces concedores de nuevos cambios a través de los medios de comunicación. No se ha tomado a la atención primaria como eje de la campaña, pese a la demostrada capacidad de este nivel para afrontar las tareas de vacunación poblacional, siempre que se la hubiera dotado de los recursos necesarios. Ello ha causado perjuicios notables a muchas personas, como obligarlas a desplazarse

hasta lugares muy alejados de su ámbito de residencia, para lo que tienen que recurrir a un familiar o amigo para poder trasladarse. Tampoco se ha autorizado la distribución de viales, de fácil mantenimiento, a la zona rural, para poder planificar la vacunación a grupos poblacionales conocidos.

Teniendo en cuenta la estructura de la atención primaria de la Comunidad de Madrid, no debería haber ningún problema en que administre las vacunas que se vayan recibiendo. Así lo demuestra la propuesta de AME y la Plataforma de Centros de Salud de Madrid. “La atención primaria y los servicios de salud pública tienen que ser las piezas clave para llevar a cabo esta campaña de vacunación”. Es más adecuado vacunar en los centros de salud, cerca del domicilio, con el respaldo del equipo de profesionales que conoce a sus vecinos, y, si hace falta, contratando una enfermera y un administrativo más por centro, o reforzando los fines de semana, que desplazar a las personas a vacunarse al Hospital Isabel Zendal o al Wanda o a carpas ubicadas en los hospitales.

En los primeros meses de la vacunación, la Comunidad de Madrid ha puesto de manifiesto una planificación inadecuada en varios de estos aspectos. Se ha vacunado sin seguir las prioridades establecidas (lo primero eran las personas residentes en establecimientos socio sanitarios y sus trabajadores, y se vacunó antes a personal de centros de salud o médicos jubilados); se ha carecido de jeringuillas de 1 ml, con lo que se han desperdiciado dosis; se ha subcontratado equipos de vacunación a otras instituciones, con el sobrecoste que supone, y la infrautilización de sus propios recursos; no ha organizado la disponibilidad de recursos en los centros de salud en jornada ordinaria, ni para los fines de semana y festivos, en su lugar, ha derivado gran parte de la vacunación a macrocentros alejados.

Es precisa una buena planificación de la vacunación, tomando como eje la atención primaria:

- Priorizar los grupos que deben recibir vacunación, aplicando los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que se basan en priorizar según el riesgo de mortalidad en caso de infección.
- Dotar los medios materiales precisos: como jeringuillas adecuadas en función de la vacuna (de 1 ml para la vacuna de Pfizer-BioNTech, por ejemplo), espacios para la espera posvacunación, etc.
- Información y formación adecuada del personal de enfermería y del resto del personal implicado.
- Disponibilidad de personal suficiente en los distintos horarios, bien sea en jornada ordinaria o en fines de semana y festivos, con lo que se evita la externalización de la administración de vacunas.
- Información permanente a la población.

Comunicación social

La comunicación a la sociedad es clave para poder hacer frente a la pandemia. Una información clara, comprensible y coherente es fundamental para generar confianza

en las autoridades sanitarias y para facilitar a las personas la adopción de las medidas recomendadas o exigidas por ellas. Esta función ha fallado estrepitosamente durante la pandemia en la Comunidad de Madrid.

La información contradictoria dentro del propio Gobierno regional (entre los cargos del PP y de Ciudadanos) y los enfrentamientos casi permanentes en sus comunicaciones con el Gobierno de España, o con los ayuntamientos cuyo gobierno tenía signo político distinto, han creado un clima de desconfianza, cuyo último episodio es la vacuna Sputnik V.

Transparencia y evaluación

Otro aspecto importante para mejorar la gestión de la respuesta a la pandemia es la transparencia sobre las decisiones tomadas. Por ejemplo, ¿dónde han ido los presupuestos extraordinarios?, ¿cuáles son las cifras reales de mortalidad en las residencias?, etc. La transparencia permite la rendición de cuentas y supone un estímulo permanente para que las autoridades mejoren la gestión. Sin transparencia los errores o deficiencias se disimulan, y se demora su corrección.

3. MEDIOS DISPONIBLES Y SU GESTIÓN

Dotación previa: descapitalización

Como ya se ha dicho, se estima que la sanidad pública de la Comunidad de Madrid tiene un déficit estructural del 30% respecto a sus necesidades para ofrecer servicios adecuados. Este déficit no se ha subsanado. Para agravar más esta situación, parte de la financiación pública disponible se deriva a centros privados concertados o a concesiones u otro tipo de externalización de servicios, fragmentando y debilitando aún más los servicios sanitarios públicos. Lo mismo cabe decir de los servicios sociales.

Dotación extraordinaria

¿Cuál es la dotación extraordinaria entregada por el Gobierno de España a la Comunidad de Madrid para hacer frente a la pandemia? ¿Qué parte de esa cantidad iba destinada a sanidad y a servicios sociales? ¿Dónde se ha utilizado esa cantidad?

[En el Informe sobre la gestión del fondo COVID-19 en la Comunidad de Madrid](#) se pueden ver las cantidades recibidas desde el Gobierno de España, y las cantidades destinadas a sanidad.

La asignación del fondo para gasto sanitario (cantidades recibidas por la Comunidad de Madrid) asciende a 2110 millones de euros en 2020 (pág 5 del informe). Además, se

hicieron transferencias anteriores para gasto sanitario por 52,79 millones de euros. En total, 2162,79 millones de euros.

De esa cantidad, se distribuyeron 1352,9 millones a la Consejería de Sanidad (pág 8). A ese importe se pueden sumar las cantidades asignadas a créditos centralizados, utilizados en parte para gastos de personal sanitario, por 138,9 y 142,7 millones de euros. El total gastado en sanidad del fondo COVID sería 1634,5. Según estos datos, *528,29 millones de euros de lo asignado desde el Gobierno de España para sanidad en el fondo COVID no se han destinado a sanidad*. Ese dinero se ha destinado a otras finalidades no sanitarias, lo que parece grave teniendo en cuenta las necesidades y carencias en la respuesta a la pandemia.

Por otro lado, de las cantidades destinadas a la Consejería de Sanidad, no se pueden conocer su destino en el Informe citado, por lo que no podemos juzgar las prioridades fijadas para dicho gasto. Sí conocemos, como ejemplo, el gasto en las instalaciones del Zental, que nos parece totalmente innecesario e ineficiente. No se conoce ningún informe epidemiológico que avale la construcción de un hospital de pandemias, salvo quizá hospitales de campaña provisionales y temporales, y, de nuevo, aparece la sombra del desvío de dinero y recursos de lo público hacia lo privado.

Además, en el informe se mencionan otros gastos corrientes que se han destinado a atender pacientes con COVID-19, pero que no suponen gasto incremental, sino que son parte de los gastos ordinarios de los centros.

Personal

A lo largo de la pandemia no solo no se han reforzado los medios profesionales, que ya eran insuficientes antes de la COVID-19, sino que, durante todos los meses analizados, se ha comprobado una falta de cobertura de todas las vacantes que se iban produciendo. Es decir, menos personal todavía, con más demanda asistencial. El resultado, una sobrecarga de los profesionales y un deterioro de la capacidad de atención, sobre todo a pacientes no-COVID.

Del total del fondo COVID asignado por el Gobierno de España para gasto sanitario, 2162,79 millones, solamente consta que se han destinado para gastos de personal 281,6 millones, un 13%. Además, como hemos visto, hay 528,29 millones del fondo sanitario que no se han gastado en sanidad. Con ese dinero se podía haber contratado a más de 9000 profesionales durante un año. Y, entretanto, se debería reclamar al Gobierno de España el aumento de recursos “estructurales” para sanidad, aprovechando, además, las ayudas europeas en 2021-2023.

Muchos profesionales están en situación precaria, con contratos por semanas o meses, Como I.V., médica, interina, que confiesa que “ha tenido 120 contratos en 12 años. Que tiene menos sueldo que sus compañeros. Que ha tenido que compartir con otros compañeros el cuarto de guardia durante la pandemia. Que siente la falta de interés por consolidar su permanencia en la sanidad pública reflejada en las escasas ofertas

públicas de empleo realizadas (3 en 17 años). No es que no haya profesionales, es que se les maltrata y se les ahuyenta, obligándoles a que se marchen a la sanidad privada o a otros países”.

“Los profesionales de la sanidad nos hemos sentido solos en la primera, segunda, tercera y cuarta olas, también entre los periodos en que bajaba la infectividad y virulencia del virus. Solos, nada reconocidos y con recursos escasos, sabemos que somos el frente de control de la pandemia y de las secuelas y deficiencias que deje la pandemia en la sanidad madrileña, pero estamos seguros de ser profesionalmente capaces a pesar de la ineficaz y ausente dirección”.

Este modelo imperativo queda aún más patente tras la construcción del Hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zendal que, por no haber sido dotado de manera estructural con su propio personal, obligó a traslados forzosos del personal de refuerzo COVID del resto de las plantillas de los hospitales, con tan solo 24 horas de preaviso en la mayoría de los casos, y sin tener en cuenta la procedencia de los profesionales o sus problemas de transporte, y penalizando a los que se negaban a dicho traslado. Ese personal continúa prestando sus servicios allí, ahora dedicado a la vacunación masiva de la población, que podía hacerse en los centros de salud, en lugar de haber retornado a sus hospitales de referencia para paliar las listas de espera e intentar recuperar la normalidad de la cartera de servicios hospitalaria.

Compras y contratación

La Consejería de Sanidad genera un gran volumen de contratación de servicios que, desde que se inició la pandemia, se realizan por el procedimiento de emergencia, con más que dudosa eficacia y eficiencia, y una clara fragmentación y debilitamiento del sistema público. Ejemplos: construcción del hospital Zendal, contratación de Indra y Telefónica para citas de vacunación en “vacunódromos”, contratación de camas UCI en hospitales privados con elevados precios, muy superiores a los de los centros públicos, compra de millones de test de antígenos —inferiores a las PCR— con un uso inapropiado en cribados masivos.

Inversiones

Las instalaciones del Hospital Enfermera Isabel Zendal.

Con informaciones del mes de diciembre 2020, la inversión en obra superaba los 135 millones de euros. Además, hay que sumar el equipamiento. A partir de su puesta en marcha empieza a contar el gasto de funcionamiento anual, con la contratación de servicios (mantenimiento, limpieza, seguridad, energía, etc.), gastos de personal sanitario, consumibles, alimentación, etc.

En los distintos Informes del Observatorio ActuarCOVID se puso de manifiesto el error de planificación y gestión de recursos de la Comunidad de Madrid al decidir construir este dispositivo. Además de la inversión en las instalaciones, cuya cifra total no se ha hecho pública, la puesta en marcha de este centro ha supuesto detraer profesionales de otros centros sanitarios que ya estaban necesitados de más personal.

Una decisión más eficiente, y que hubiera garantizado más calidad en la atención a los pacientes, es la contratación de personal y medios adicionales, necesarios y suficientes para poner en funcionamiento todas las camas hospitalarias y ucis cerradas de la red hospitalaria pública de la Comunidad de Madrid, y la apertura y refuerzo de los centros de salud cerrados o funcionando solo con un turno diario.

4. CONCLUSIONES

En la Comunidad de Madrid la gestión de la pandemia del COVID ha sido muy deficiente. Durante estos meses, el Grupo ActuarCOVID ha emitido 5 Informes de su Observatorio y 7 documentos de trabajo que han analizado el impacto de la pandemia en la población y la respuesta de la Administración regional a la misma. Cada publicación ha sido enviada a todos los grupos parlamentarios de la Asamblea de Madrid y a las autoridades sanitarias (Consejero de Sanidad), sin acuse de recibo.

En todos estos estudios se constata que las medidas más importantes recomendadas por el Grupo ActuarCOVID, las relativas a la dotación de personal en la atención primaria, la contratación de rastreadores, el refuerzo en la salud pública, el refuerzo en la atención hospitalaria, la apertura total de los centros sanitarios públicos, la prevención y el control de brotes en las residencias de mayores, etc., no se están implementando. Lo único que mejoró en la primera fase de la pandemia fue la dotación de equipos de protección, la realización de test PCR y antígenos, y la disponibilidad de plazas alternativas de alojamiento. En 2021 lo más positivo ha sido completar la vacunación de los residentes y los trabajadores en centros sociosanitarios.

Como resultado de la falta de adopción de medidas adecuadas por parte del Gobierno de la Comunidad de Madrid, el impacto en salud, y el impacto económico de la pandemia en esta Comunidad ha sido mucho más negativo que en la mayoría de las comunidades autónomas.

La ciudadanía y los profesionales sanitarios y de los servicios esenciales han vuelto a mostrar su responsabilidad. Pero el Gobierno de la Comunidad de Madrid les ha fallado. Si en la primera ola casi todo se pudo justificar, a partir de ahí, la falta de respuesta del Gobierno de la Comunidad de Madrid es imperdonable.

En especial subrayamos:

— Fallos en prevención y seguimiento.

- Siguen sin aplicarse las medidas de control que permitirían mantener una actividad normalizada, cortando las cadenas de contagios cuando se produzcan. No se ha reforzado la salud pública (servicios centrales, rastreadores, detección y aislamiento de contactos en poblaciones vulnerables), ni los sistemas de información, ni las medidas que actúan sobre los determinantes sociales de salud.
- Sobrecarga y, en ocasiones desbordamiento, de la atención primaria y de los hospitales.
- Fracaso en la respuesta de las residencias de mayores
- Incapacidad de los servicios sociales para prestar los apoyos necesarios.

5. RECOMENDACIONES

Insistimos en la necesidad de aplicar las recomendaciones contenidas en el Decálogo Actuar COVID, actualizado en abril de 2021.

1. Aceleración de la vacunación: centrada en la atención primaria; con prioridad en los grupos más vulnerables si contraen la enfermedad (mayores y enfermos crónicos) y en los más expuestos (trabajadores esenciales, poblaciones marginales e institucionalizadas); planificada adecuadamente, y con información clara y veraz a la población.

2. Refuerzo y apoyo a la atención primaria: apertura de todos los centros de salud, de los consultorios locales y de los servicios de urgencias, y refuerzo de sus plantillas, para atender la COVID-19 y el resto de problemas de salud, lo que implica el aumento de la plantilla de profesionales sanitarios en un 20% con contratos anuales e indefinidos.

3. Contratación de suficientes rastreadores para la detección de contactos estrechos: en número mínimo de 30 por 100 000 habitantes, es decir, entre 1700 y 2000 (contratos anuales, indefinidos); integrados en las plantillas de salud pública, de manera funcional o estable para su movilización y respuesta rápida, y con su actividad de rastreo coordinada con los servicios asistenciales, sobre todo la atención primaria, y con los servicios sociales.

4. Refuerzo de los servicios centrales y las unidades técnicas de salud pública: con, al menos, 40 técnicos de salud pública adicionales con vinculación permanente (fuera de la situación de pandemia este personal realizará otras tareas de salud pública, como la promoción de salud, la prevención, la vigilancia de enfermedades no transmisibles, las encuestas de salud o la elaboración de indicadores de salud), y la digitalización de los sistemas de información con análisis de datos continuos y resultados accesibles y transparentes.

5. Refuerzo de las unidades de apoyo de trabajo social para ayudar a afrontar los determinantes sociales de la COVID-19: para apoyar a la atención primaria y a la salud pública, con especial énfasis en las condiciones de vivienda y de trabajo y en la

exclusión sanitaria, y refuerzo de su plantilla, con un aumento de los trabajadores sociales hasta uno por cada 20 000 habitantes.

6. Suficiente capacidad para llevar a cabo las pruebas diagnósticas de infección activa por COVID-19: preferiblemente a través de las pruebas PCR en los laboratorios del SERMAS, tanto en los casos sospechosos como en los contactos estrechos, con objeto de alcanzar positividad inferior al 3% y sin recurrir a cribados masivos poblacionales de nula eficacia.

7. Garantías para que los casos positivos se aíslen y los contactos estrechos guarden cuarentena: facilitar el apoyo económico y social, y habilitar espacios para alojar a quienes no puedan aislarse o guardar cuarentena en su domicilio.

8. Optimización de los hospitales: apertura de todas las camas cerradas y refuerzo del personal, y circuitos separados para la COVID-19 y el resto de problemas de salud.

9. Plan de contingencia continuado en las residencias de personas mayores para garantizar su salud, bienestar y seguridad: vigilancia epidemiológica; vacunación de los trabajadores; liberalización del régimen de visitas; inspecciones integrales e independientes; formación continua de los trabajadores, y mejora de sus condiciones laborales.

10. Mantenimiento de los planes de contención de la infección en los establecimientos docentes: garantizar que las actividades presenciales se puedan llevar a cabo con las mínimas posibilidades de contagio, en particular en la enseñanza infantil y primaria, y ampliar la vacunación a los profesores universitarios.

NOTA

El Grupo ActuarCOVID

ActuarCOVID es un grupo de profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid preocupados por el impacto de la pandemia sobre la población y por la respuesta insuficiente de las Autoridades Sanitarias. Ante esta situación, reclamamos al Gobierno de la Comunidad de Madrid la adopción URGENTE de un decálogo de medidas necesarias para la contención de la COVID-19, al margen de las medidas extraordinarias de restricción de la movilidad o de reunión exigidas en cada momento.