

## Posicionamiento sobre la preparación de la Comunidad de Madrid para afrontar en las mejores condiciones posibles la fase de transición de la pandemia de la COVID-19

*Asociación Madrileña de Salud Pública-AMaSaP.*

*Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria-SEMAP.*

*Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria-SoMaMFyC.*

*Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia-SEMG Madrid.*



El pasado 16 de abril, la Asociación Madrileña de Salud Pública (AMaSaP) publicó el informe «Propuestas para la fase 2, de transición, de la epidemia de COVID-19 en Madrid», en donde se señalaban las condiciones y recursos (humanos y materiales) para afrontar en las mejores condiciones posibles la fase de transición de la pandemia en la que nos encontramos actualmente. Este informe fue trasladado en su día a la Dirección General de Salud Pública. Desde entonces, en la Comunidad de Madrid, una de las más duramente afectadas durante la primera ola de la pandemia en España, se han hecho algunos avances, que es justo reconocer:

1. Ha aumentado considerablemente la capacidad diagnóstica, de modo que actualmente se está realizando la prueba PCR a todos los casos sospechosos, con una mediana de tiempo para el diagnóstico de 24 horas, aunque en algunos casos la demora diagnóstica es superior.
2. La «Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 adaptada a la Comunidad de Madrid», de 26 de junio de 2020, recoge otros dos aspectos positivos:
  - a. La indicación de realización de PCR a todos los contactos estrechos de los casos confirmados.
  - b. La recomendación de no realizar cribados mediante PCR o técnicas serológicas, por las dificultades de interpretación de los resultados en personas asintomáticas y de bajo riesgo y las implicaciones en su manejo. El protocolo establece que los estudios de cribado masivo solo se podrán realizar, si las autoridades sanitarias lo consideran, en poblaciones vulnerables o de mayor exposición. Este avance es reseñable porque el cribado de la población de Torrejón de Ardoz fue autorizado por la Dirección General de Salud Pública de Madrid. Por ello, ante los recientes anuncios de otros alcaldes madrileños, incluido el presidente de la Federación de Municipios de Madrid, al expresar

su intención de realizar acciones similares a la de Torrejón, que más bien parecen cribados disfrazados de supuestos estudios científicos, instamos a la Dirección General de Salud Pública de Madrid a ser rigurosa en la aplicación de la estrategia e impida que se vuelvan a llevar a cabo iniciativas de populismo sanitario que solo sirven para dilapidar dinero público, muy necesario en estos momentos para cubrir las deficiencias del sistema de detección precoz, vigilancia y control de brotes.

Otro aspecto positivo de la gestión de la pandemia en Madrid es el mantenimiento de la no obligatoriedad de usar las mascarillas en todo lugar y circunstancia, independientemente de la distancia de seguridad, una medida carente de base científica, que no recomienda la Organización Mundial de la Salud ni se está aplicando en los países de nuestro entorno europeo más cercano. El uso de mascarillas debe ser racional, como el de cualquier otro medicamento o producto sanitario, y está indicado cuando no es posible mantener la distancia de seguridad, especialmente para contactos intensos o prolongados en lugares cerrados, concurridos o mal ventilados.

El avance resulta, en cambio, claramente insuficiente en un aspecto fundamental en esta fase de la pandemia, como es la disponibilidad y preparación de los recursos humanos necesarios para detectar y contener posibles brotes. La atención primaria y la salud pública madrileña arrastran una situación de precariedad crónica, con un déficit de personal sanitario que se ha visto agravado por la pandemia. Menor número de profesionales que había antes de la pandemia (aún hay compañeros en situación de incapacidad laboral temporal por COVID-19 y no se han suplido la mayor parte de vacaciones del personal), ya sometidos a una fuerte presión asistencial y de labores de vigilancia, tienen que asumir ahora su actividad habitual con una triple sobrecarga:

1. La derivada de los problemas de salud no atendidos durante la fase de confinamiento.
2. La derivada de la aparición de nuevos problemas de salud como consecuencia de la COVID-19, como duelos disfuncionales y situaciones de ansiedad derivadas de problemas laborales y económicos.
3. La derivada de la estrategia de detección precoz, vigilancia y control de la COVID-19:
  - a. Atención primaria: realización de PCR a todos los casos sospechosos, manejo y seguimiento de los casos confirmados, identificación de contactos estrechos convivientes y su cuarentena.

- b. Salud pública: elaboración de informes y estadísticas de la evolución de la pandemia, encuesta de casos confirmados, identificación, cuarentena y seguimiento de todos los contactos.

Resulta incomprensible que no se cubran las necesidades de personal sanitario, que es lo más urgente y prioritario en este momento, y, al mismo tiempo, se estén invirtiendo recursos en construir un nuevo hospital en Madrid sin dotación de nuevo personal. De nada sirve tener otro hospital en Madrid, si no disponemos de suficiente personal sanitario para contener los brotes y atender las necesidades de los pacientes. Desde un punto de vista de coste-oportunidad, cuesta comprender que se estén invirtiendo cantidades importantes de recursos en construir un nuevo hospital en Madrid, sin dotación de nuevo personal, en vez de cubrir las necesidades de personal sanitario en atención primaria y salud pública, que son fundamentales en este momento para contener los brotes y atender las necesidades de los pacientes y de la población. A su vez, el Congreso de los Diputados ha aprobado las conclusiones de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica sobre materia de Sanidad y Salud Pública (BOCG-14-D-123) donde se insta a reforzar la atención primaria y la salud pública de forma inmediata.

En cuanto al rastreo de contactos, la cifra de profesionales disponibles para ello actualmente en Madrid, en torno a 180, resulta claramente insuficiente, cuando se estima que [para una población como la de Madrid harían falta entre 800 y 1200 personas para esta tarea](#). Esperar a que haya un repunte importante de casos para contratar más personal no es una opción válida, porque supone actuar cuando la transmisión comunitaria ya es importante, lo que impide contener los brotes sin recurrir a otras medidas más duras, que tienen un gran impacto social y económico, como ya se ha demostrado en los rebotes de otras comunidades autónomas. El personal ya tendría que estar contratado hace tiempo, porque la formación también lleva su tiempo. Este personal debería estar formado por profesionales de epidemiología, enfermería comunitaria y agentes comunitarios de salud con formación en COVID-19. Al menos debería haber un profesional en labores de vigilancia en cada centro de salud para garantizar la adecuada coordinación entre atención primaria y salud pública, idealmente con formación especializada en epidemiología, con apoyo de agentes comunitarios de salud y personal administrativo para las labores menos cualificadas de rastreo, como las llamadas de seguimiento a los contactos previamente identificados, puestos en cuarentena e informados de las medidas a seguir por los profesionales de salud. Este personal debería llevar tiempo trabajando en labores de apoyo a atención primaria y salud pública, con intervenciones preventivas a pie de calle y apoyo a personas vulnerables, lo que contribuiría a reducir el riesgo

de rebrotes y, en caso de un repunte de casos, como el que estamos observando ahora, podrían incorporarse de inmediato a labores de rastreo de contactos. Tenemos serias dudas de que estas tareas puedan ejercerse por personas contratadas mediante una empresa privada ajena al ámbito de la salud pública, que desconoce la complejidad del problema al que nos enfrentamos y carece de los conocimientos y experiencia para abordarlo eficazmente.

Finalmente, a la escasez de personal hay que sumar la falta de la necesaria coordinación entre atención primaria y salud pública, relacionada también con la sobrecarga de trabajo y presión a la que se haya sometido el personal. Esta labor de coordinación podrían realizarla eficientemente los profesionales previamente mencionados, incluidos los agentes comunitarios de salud, debidamente formados y supervisados por los excelentes profesionales del sistema sanitario público. La ventaja de la atención primaria y de la salud pública es que pertenecen a una red del Sistema Madrileño de Salud que facilita su coordinación, algo mucho más difícil de hacer por empresas concesionarias externas ajenas al ámbito de la salud pública. Un sistema de salud pública reforzado, bien dotado y coordinado es lo que precisamos para afrontar de la mejor forma posible un problema de salud pública complejo como este.

Por todo lo anterior, instamos a las autoridades sanitarias de Madrid a reforzar los sistemas de atención primaria y salud pública con más profesionales sanitarios, a reforzar la vigilancia epidemiológica de la COVID-19 y a contratar y formar sin demora a una cifra no inferior a 500 personas (al menos un profesional por cada centro de salud), preferentemente epidemiólogos y enfermeras comunitarias o en su defecto agentes comunitarios de salud, para ejercer labores relacionadas con medidas preventivas de la COVID y de detección, vigilancia y control de brotes, incluido el rastreo eficaz de contactos, en función de las necesidades de cada momento.

Las asociaciones firmantes de este posicionamiento reiteramos nuestro ofrecimiento a las autoridades sanitarias de Madrid para organizar un sistema eficaz de detección precoz, vigilancia y control de brotes de la COVID-19, mediante la incorporación del personal necesario al sistema sanitario público de Madrid y una efectiva coordinación entre atención primaria y salud pública.