

Sra. D^a. Pilar Aparicio Azcárraga
Directora General de Salud Pública,
Calidad e Innovación
Ministerio de Sanidad
Paseo del Prado, 18,
28014 Madrid

Madrid, 16 de mayo de 2020

Estimada Directora:

En la mañana del día de hoy se ha recibido en esta Dirección General el documento denominado “ANÁLISIS SOBRE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y LAS CAPACIDADES ESTRATÉGICAS SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID DENTRO DEL PLAN DE TRANSICIÓN HACIA UNA NUEVA NORMALIDAD”, que ha servido de base para que el Ministro de Sanidad adopte la decisión de que la Comunidad de Madrid permanezca en la fase 0 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, aprobado el pasado 28 de abril de 2020 por el Consejo de Ministros.

En relación con este particular resulta procedente reseñar que, de acuerdo con la Orden SND/387/2020, de 3 de mayo, por la que se regula el proceso de cogobernanza con las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla para la transición a una nueva normalidad, el pasado miércoles 13 se remitió por el Consejero de Sanidad, como órgano autonómico competente, el correspondiente “Informe de las capacidades estratégicas sanitarias de la Comunidad de Madrid (según modelo facilitado por el Ministerio de Sanidad)” dentro del Plan para la transición a una nueva normalidad, aprobado el pasado 28 de abril de 2020 por el Consejo de Ministros.

La propuesta trasladada al Ministro de Sanidad, como autoridad competente delegada para su toma en consideración, se efectuó en consonancia con el grado de desescalada apropiado según la información epidemiológica y sanitaria existente, solicitando por todo ello el avance de la Comunidad de Madrid a la fase 1.

La Consejería de Sanidad ofreció su colaboración en el proceso de evaluación conjunta a llevar a cabo por ambas administraciones y, en dicho marco, el jueves 14 se llevó a cabo la reunión virtual a que se refiere el apartado sexto de la Orden SND/387/2020, de 3 de mayo.

Ayer viernes se celebró sesión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y, con posterioridad, en rueda de prensa del Ministro de Sanidad y del director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, convocada a las 19 horas en el Palacio de la Moncloa, se hicieron públicos los ámbitos y unidades territoriales que pasan a las fases 1 y 2 y se anunció la decisión del Ministerio de Sanidad por la que se deniega la propuesta de la Comunidad de Madrid de avanzar a la denominada fase 1.



En las preguntas posteriores a dicha rueda de prensa, los comparecientes expusieron que dicha decisión se ampara en los datos cuantitativos y cualitativos que se recogen en los informes de evaluación realizados en análisis de la propuesta de la Comunidad de Madrid y que determinan, a su juicio, que resulta necesario que permanezca en la fase 0.

En ningún momento con anterioridad a la citada rueda de prensa en la que se anunció la decisión que ya había sido adoptada, esta Administración ha tenido acceso a las evaluaciones o a los informes técnicos en los que se fundamenta la decisión adoptada por el Ministerio de Sanidad y que, supuestamente, recogen fundadamente los criterios que incumple la Comunidad de Madrid y que impiden su avance a la fase 1.

Dicha circunstancia determina que esta Administración no ha tenido conocimiento de las razones que han conducido al Ministerio de Sanidad a desestimar la propuesta formulada por la Comunidad de Madrid, generando con ello una situación de indefensión al no permitir a la proponente conocer la motivación y razonamientos en que se funda la decisión adoptada.

Como se ha expuesto con anterioridad, en la rueda de prensa en la que se hizo pública la decisión se hizo referencia a unos informes técnicos de evaluación que arrojaron una serie de datos cualitativos y cuantitativos de la situación asistencial de la Comunidad de Madrid y que justifican el rechazo de la propuesta.

Según se desprende de las declaraciones realizadas, la decisión del Ministro de Sanidad se ha fundamentado “in aliunde”, es decir, por remisión al contenido de una serie de informes técnicos de los que esta parte no tenía conocimiento previo ni en el momento de adoptarse la decisión. Cabe recordar que, en relación con esta clase de motivación por remisión a informes técnicos, nuestra jurisprudencia (por todas la Sentencia de 5 de marzo de 2012 del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-administrativo, Rec. 6515/2010) requiere para considerarla ajustada a derecho que tales informes se adjunten a la decisión adoptada y que su contenido sea conocido por la parte proponente.

En el presente caso no se cumplen dichos requisitos dado que esta Administración no ha tenido acceso al contenido de tales informes por lo que puede colegirse que la decisión adoptada por el Ministro de Sanidad (anunciada a las 19 horas del 15 de mayo en rueda de prensa) adolece de la motivación necesaria.

No ha sido hasta el mediodía del día de hoy cuando se ha recibido en esta Dirección General el documento denominado “ANÁLISIS SOBRE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y LAS CAPACIDADES ESTRATÉGICAS SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID DENTRO DEL PLAN DE TRANSICIÓN HACIA UNA NUEVA NORMALIDAD” firmado por la Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad a las 21:57 horas del día 15 de mayo, es decir, tres horas más tarde al anuncio de la decisión adoptada por el Ministro de Sanidad relativa a la permanencia de la Comunidad de Madrid en la fase 0, por lo que dicho documento no pudo ser tenido en consideración para adoptar la decisión de no permitir el avance de la Comunidad de Madrid a la fase 1 del Plan para la transición a una nueva normalidad.

Conforme a lo expuesto, la precitada decisión ha sido adoptada con base a unos informes técnicos cuyo contenido esta parte desconoce, adoleciendo por ello de la necesaria motivación que podría cuestionar su validez.

En cuanto al fondo del informe remitido en la mañana de hoy y en el que se recogen los criterios que determinan que la Comunidad de Madrid no pueda avanzar a la fase 1 procede reseñar que los argumentos de fondo en los que se basa la denegación de la propuesta de la Comunidad de Madrid para avanzar a la fase 1 que se esgrimen en el citado documento, adolecen de una excesiva ambigüedad y falta de concreción que no se colige ni obedece estrictamente con lo dispuesto en el Plan para la transición hacia una nueva normalidad, aprobado el pasado 28 de abril de 2020 por el Consejo de Ministros, en el que se dispone expresamente que *“Los parámetros cuyos valores son necesarios para avanzar en la desescalada, y de los que es necesario un seguimiento continuo, se plasmarán en un panel de indicadores integral único (se acompaña como Anexo I) que ayudará a la gradación de la intensidad y velocidad del desconfinamiento, incluyendo parámetros fundamentales para la toma de decisiones”*, ni tampoco con lo establecido en el apartado sexto.1 de la Orden SND/397/2020 en el que se señala que *“El Ministerio de Sanidad estudiará las propuestas conjuntamente con las comunidades autónomas, como administraciones competentes para la gestión de sus respectivos servicios sanitarios y de salud pública. Asimismo, consultará, en su caso, a los Ministerios competentes por razón de la materia, y valorará, de manera cualitativa y conjunta, los indicadores y criterios técnicos previstos en el Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad aprobado en el Consejo de Ministros de 28 de abril de 2020”*.

Sentado lo anterior procede analizar cada uno de los argumentos esgrimidos en el mismo y realizar las siguientes consideraciones:

1.- En dicho documento se señala como primer motivo para fundamentar la denegación del avance de la Comunidad de Madrid a la fase 1 que esta comunidad *“es la más densamente poblada de España, con una densidad de 829,84 hab/km², destacando la capital, que alcanza los 5.418,47 hab/km², lo cual puede favorecer una elevada tasa de contacto entre personas, con la consiguiente probabilidad de transmisión”*.

En contra de esta valoración que se formula en términos condicionales, debe señalarse que otras capitales europeas, como París o Londres, con mayor densidad de población por kilómetro cuadrado que la Comunidad de Madrid y una alta conectividad, y con la consiguiente probabilidad de transmisión, ya se encuentran en fase de desescalada. Además, tanto Reino Unido (14,4) como Francia (19,2) acumulan una tasa de letalidad superior a la de España (11,9).

Se entiende que los Gobiernos de esas ciudades y países habrán tenido en cuenta esa especial consideración para que sus capitales inicien el proceso de desescalada asumiendo que, por encima de todo, debe primar el bienestar de sus ciudadanos.

Por tanto, la utilización de este criterio de una forma genérica y descontextualizada determina que este indicador se usa de manera arbitraria para negar el paso de fase a la Comunidad de Madrid.



2.- El informe señala que la Comunidad de Madrid tiene una incidencia acumulada (IA) en los últimos 14 días de 39,74/100.000 habitantes, superior a la del conjunto de España (25,71/100.000).

Estos datos se refieren al día 13 de mayo, fecha en la que comunidades autónomas como Navarra, ya en Fase 1, tienen un 45,86 de IA, cifra superior a la de la Comunidad de Madrid en 6,12 casos acumulados y en 20,15 a la media de España.

Asimismo, hay otras comunidades autónomas, también en Fase 1, que superan la media nacional (25,71), como La Rioja (31,25) y País Vasco (26,95).

Además, a estas tres comunidades -La Rioja (63,76), Navarra (64,96) y País Vasco (40,63) - se les comunicó su pase a la fase 1 el día 8 de mayo. Ese día superaban ampliamente la media nacional, de 38,39. En ese momento, Navarra y La Rioja, tenían una IA mayor a la de la Comunidad de Madrid (57,15).

Por tanto, este indicador se ha utilizado de manera discriminatoria para negar el paso de fase a la Comunidad de Madrid.

3.- El informe continúa señalando que *“Hay que tener en cuenta que esta comunidad ha sido de las más castigadas, llegando a una incidencia acumulada de todo el periodo de 976/100.000, en torno al doble de la media nacional, siendo uno de los territorios más afectados de España (487,20/100.000). Ha sido la comunidad autónoma con mayor nivel de transmisión y con mayor incidencia”*.

Esta afirmación no se ajusta a la realidad. La Comunidad de Madrid ha sido una de las más castigadas, pero La Rioja, en Fase 1 desde el 8 de mayo, con los datos de ese mismo día, tiene una IA de 1.265,48. Por tanto, hay comunidades con una IA mayor “más castigadas” a las que sí se les ha permitido el pase a la Fase 1.

De la misma manera, hay comunidades como País Vasco (598,52); Navarra (778,64), y Castilla-La Mancha (890,62), que rebasan o casi duplican la media nacional -487,20- y a los que también se les ha permitido el pase a la Fase 1. Incluso a comunidades como Castilla y León (685,67) y Cataluña (720,24), también con una IA muy superior a la media nacional, se les ha permitido que gran parte de su territorio pase a Fase 1.

Nuevamente, estas realidades evidencian que este indicador se ha utilizado de manera arbitraria en contra de la propuesta de la Comunidad de Madrid.



4.- El informe también recoge que *“Respecto al procedimiento que comienza a ser eficaz en la detección precoz de COVID-19 basado en la toma de muestras en 306 centros de Atención Primaria, que conviene observar en los próximos días y ver como se adapta a nuevas necesidades de accesibilidad. Al momento de realizar este análisis se aporta información sobre los dos días que lleva implementado el procedimiento, que, si bien indica esfuerzo, debe consolidarse en un ámbito territorial complejo en movilidad”*.

Ante este argumento cabe oponer que la Comunidad de Madrid tiene capacidad para realizar PCR las 24 horas al día, los siete días de la semana.

El procedimiento de detección precoz se puso en marcha el 11 de mayo y, desde entonces, hemos atendido 18.751 solicitudes de casos sospechosos, de los que 6.565 se corresponden con Atención Primaria y 294 han resultado PCR positivo, lo que supone un 4,48%.

Es decir, se ha realizado una media diaria de 1.313 solicitudes, de las que han resultado positivos una media de 59 casos diarios.

Por tanto, la Comunidad de Madrid ha acreditado que tiene un sistema de detección precoz en funcionamiento, que no pudo ser nuevamente valorado por el Ministerio al no haberse celebrado el viernes pasado la reunión bilateral de carácter virtual entre el Ministerio y la Consejería, como el propio Ministerio había anunciado.

Del mismo modo, en la reunión del Pleno del Consejo Interterritorial del mismo viernes, algunas comunidades ya en Fase 1 expusieron que sus sistemas de detección acaban de comenzar a funcionar o se iban a poner en marcha en los próximos días.

5.- Otro de los motivos expuesto en su informe es que el plan de recursos humanos propuesto por la Consejería de Sanidad no explica con detalle los mecanismos para garantizar la dotación de profesionales suficientes en toda la estrategia a desplegar y sobre los procedimientos para asegurar la disponibilidad de materiales para toma de muestras y de equipos de protección individual.

En contra de lo expuesto cabe reseñar que el Plan funcional de desescalada ya contempla las necesidades de recursos humanos en esta nueva situación. Es más, el refuerzo de la Atención Primaria como de los técnicos de Salud Pública, que ya se ha venido consolidando a lo largo de los últimos meses, ha quedado prorrogado y reafirmado por acuerdo de mesa sectorial de Sanidad de 13 de mayo de 2020.

Así, se ha renovado hasta 31 de diciembre de 2020, los contratos de todos los efectivos contratados como refuerzo Covid-19. Estos profesionales se destinarán principalmente a reforzar las unidades y servicios Covid-19 ante la posibilidad futura de nuevos repuntes epidémicos.

Además, se definirán las nuevas necesidades de recursos humanos para normalización de actividad asistencial hasta 31 de diciembre de 2020.



Se están reforzando prioritariamente: salud pública (136), prevención de riesgos laborales, atención primaria (600), urgencias, geriatría y salud mental, con aproximadamente 10.100 efectivos, información que se ha comunicado al Ministerio en las reuniones bilaterales.

Por todo ello queda suficientemente clara la garantía de dotación de profesionales para el desarrollo de la estrategia a desplegar.

Además, respecto a la disponibilidad de materiales para la toma de muestras y de equipos de protección individual, señalar que la Comunidad de Madrid dispone de un stock de, al menos, 45 días del consumo diario de material. Para ello se han realizado los contratos suficientes como para asegurar la disponibilidad de material y productos sanitarios.

Esta información se encuentra reflejada en el informe enviado al Ministerio el pasado 13 de mayo de 2020.

Por todo ello se considera que este indicador también ha sido utilizado arbitrariamente en contra de la propuesta formulada por la Comunidad de Madrid.

6.- El informe remitido recoge también que *“La realización de PCR en el momento actual está al límite de su capacidad”*.

Ante este punto argumentamos que, a fecha de la publicación de dicho informe, fechado en 15 de mayo, se ha utilizado una capacidad de 12.729 (77,9%); teniéndose disponible una capacidad de 15.529 (73,9%); y se puede alcanzar cifras superiores a 20.000 pruebas (49,6%). Si tomamos la cifra aportada de 9.918 PCR/día”.

Para rebatir este argumento cabe oponer que, según el informe publicado hoy, 16 de mayo, por el Ministerio de Sanidad, en el que anuncia que España ha realizado 2 millones de PCR, consta que la Comunidad de Madrid ha realizado el 21,03 % del total, cuando su población representa el 14,17%.

La tasa media de PCR por cada 1.000 habitantes, según indica este mismo informe del Ministerio, es de 60,37 en la Comunidad de Madrid, casi 20 puntos superior a la media nacional, situada en 40,75.

Además, la tasa de la Comunidad de Madrid es superior a la de otras diez comunidades autónomas que están en Fase 1. Es decir, la Comunidad de Madrid está entre las cinco comunidades autónomas que más PCR realiza por cada 1.000 habitantes y la primera en número absoluto.

7.- El informe asegura que *“El informe tampoco aporta suficiente información sobre el sistema de trazabilidad de contactos (diseño y dotación de recursos), como para garantizar su capacidad para asumir el volumen de contactos que se van a generar tras la entrada en vigor de los nuevos protocolos”*.

Esta valoración, difusa y poco concreta, no se ajusta a la realidad dado que tanto el diseño, como la dotación del sistema de trazabilidad de los contactos, está detallado y explicado en la propuesta presentada para avanzar a la fase 1.

En el informe enviado al Ministerio por parte de la Consejería, se comunica que en el momento actual existían 36 epidemiólogos, además de los residentes R4 de Medicina Preventiva, que eran 16 y otros 14 de los R2 y R3 actuales. A ellos se suman los inspectores de la Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria, y de los centros de salud pública del Ayuntamiento.

Además, se explicaba los refuerzos que se están incorporando. Nos referimos a la contratación de 66 enfermeras comunitarias y 40 operadores para el centro de atención personalizada (CAP). Lo que supone un total de 172 profesionales que formarán los equipos epidemiológicos multidisciplinares.

8.- El análisis en el que el Ministro de Sanidad basa su decisión señala que *“Se han realizado numerosas intervenciones en residencias, pero sus mecanismos de activación y coordinación no quedan claramente recogidos.”*

En contra de este motivo cabe reseñar que, en lo que respecta a los mecanismos de actuación y coordinación sobre las intervenciones en residencias, desde el Ministerio de Sanidad no se nos ha trasladado ningún aspecto sobre esta cuestión en la reunión bilateral de 13 de mayo que debiésemos incluir de modo aclaratorio.

Recoge también el informe que *“un 20% de las residencias (siendo uno de los principales focos de transmisión y mortalidad) aún no están cubiertas por los sistemas de coordinación asistencial sanitaria desarrollados durante la epidemia”*.

Respecto a este punto, nuestra propuesta explica que hay presencia activa de asistencia sanitaria en el 80 % de las residencias por ser necesario en el momento epidemiológico, resultando el 20% restante cubierto por la asistencia sanitaria habitual, dado que se trataría de centros que no tienen ningún foco.

Al igual que los domicilios, todas las residencias están cubiertas por Atención Primaria. La Comunidad de Madrid garantiza una cobertura sanitaria del cien por cien.

Por último, resulta necesario poner en su conocimiento que desde la Comunidad la Comunidad de Madrid se cuenta con un plan de desescalada, coordinado por la Consejería de Sanidad, así como planes específicos a nivel asistencial, como el Plan de reorganización en hospitales públicos y privados, y Atención Primaria; el Plan de atención ambulatoria en Atención Primaria y Hospitalaria; así como con estrategias también para actuar ante un posible repunte como El Plan de elasticidad en hospitales públicos y privados, que permite triplicar capacidad de Urgencias, duplicar la hospitalización y triplicar el número de UCI. Todos estos documentos están a su disposición en caso de considerarlo oportuno.

Conforme a los motivos previamente desarrollados, procede manifestar nuestra oposición a los argumentos esgrimidos en el documento “ANÁLISIS SOBRE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y LAS CAPACIDADES ESTRATÉGICAS SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID DENTRO DEL PLAN DE TRANSICIÓN HACIA UNA NUEVA NORMALIDAD”, que ha servido de base para que el Ministro de Sanidad adopte la decisión de que la Comunidad de Madrid permanezca en la fase 0 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad.

En otro orden de ideas, se solicita que se ponga en conocimiento de esta Dirección General los diferentes informes de situación y evaluación realizados que han servido de fundamento para autorizar el avance a la fase 1 del citado Plan de las restantes Comunidades Autónomas, todo ello con el objeto de conocer, como parte interesada, el grado de cumplimiento de los criterios establecidos por los diferentes territorios y de qué manera han sido valorados por el Ministerio de Sanidad para permitir su pase a la fase 1.

De no observarse esta petición se causaría una situación de indefensión a esta Administración contraria a lo dispuesto en el artículo 24 de la Constitución, dado que el acceso a dicha documentación resulta imprescindible para hacer efectivos los legítimos intereses y derechos de la Comunidad de Madrid, siendo su eventual fiscalización necesaria para asegurar que a lo largo del procedimiento se ha respetado el principio de igualdad y no se han producido situaciones discriminatorias entre las distintas administraciones territoriales de nuestro país.

LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA



Elena Andradas Aragonés