

ACTUARCOVID

Mortalidad por la COVID-19 en la Comunidad de Madrid

Marzo-diciembre 2020

Documento de trabajo no. 4, ActuarCOVID

23 de enero de 2021

Contenido

Mortalidad por COVID-19.....	2
La mortalidad por COVID-19 en las 17 comunidades autónomas ¡Error! Marcador no definido.	
Mortalidad según edad	4
Posibles explicaciones de las diferencias de mortalidad entre CC. AA.	5
Causas de la mala gestión de la pandemia en la Comunidad de Madrid.....	8
Conclusión y recomendaciones	9

Mortalidad por COVID-19

En este documento intentamos responder a la pregunta: ¿Tienen los madrileños y madrileñas mayor riesgo de morir por COVID que otros ciudadanos y ciudadanas del estado español?

El porcentaje de defunciones por COVID en la Comunidad de Madrid se puede estimar en un rango entre el 23% y el 37% de todas las defunciones por COVID en España, aunque en ella solo residen el 14% de los españoles.

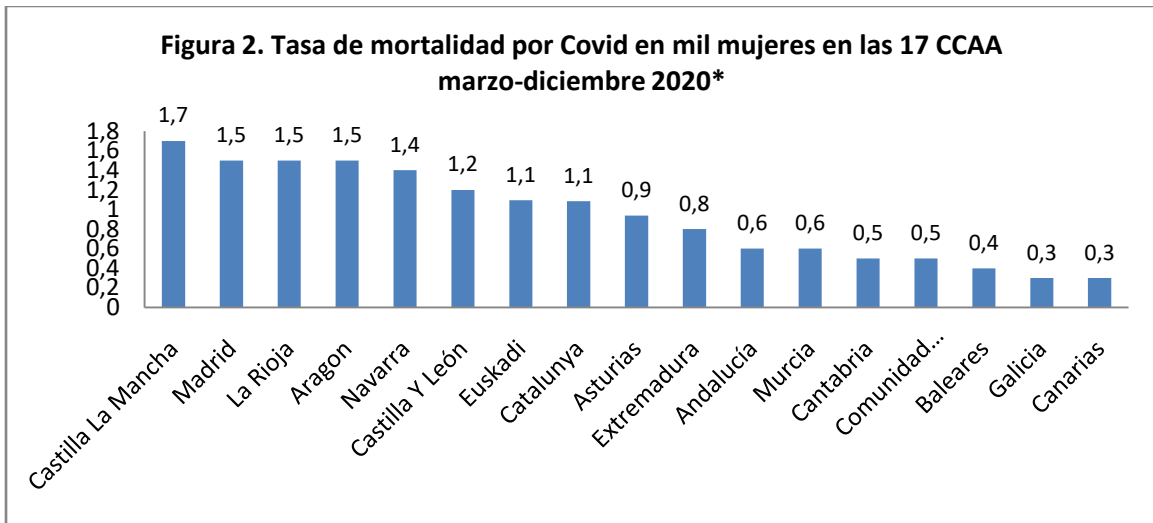
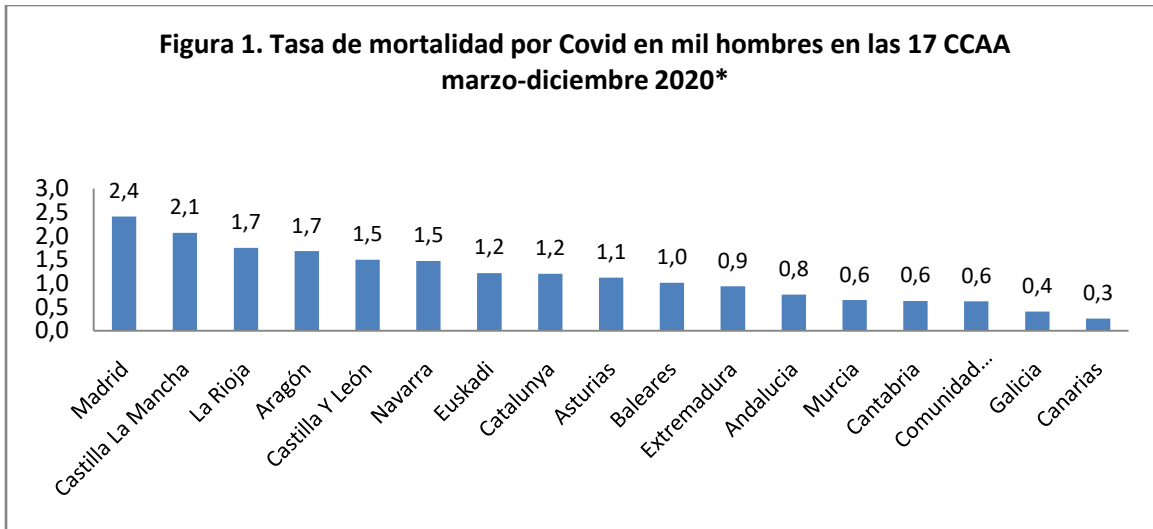
En efecto, desde que empezó la pandemia hasta el 22 de enero de 2021 han fallecido por COVID 55441 personas en España; en la Comunidad de Madrid han fallecido 12 666, que son los fallecidos por COVID que tienen confirmación de prueba de infección activa, o 20 337, que aparecen en los datos COVID-19 de la Comunidad de Madrid como fallecidos con sospecha o con confirmación según certificado de defunción.

La mortalidad por COVID-19 en las 17 comunidades autónomas

La mortalidad por COVID se calcula como una proporción, el numerador son los fallecidos por COVID y el denominador es toda la población. Se suele multiplicar por mil para expresar la mortalidad por 1.000 habitantes. Los datos han sido facilitados por el Centro Nacional de Epidemiología y cubren los meses de marzo a diciembre del año 2020. Los resultados se presentan por separado en hombres y en mujeres ya que los hombres tienen mayor mortalidad que las mujeres a cualquier edad. La mortalidad está referida a la población nacional para eliminar la influencia de la edad, ya que algunas Comunidades Autónomas (CC. AA.) están más envejecidas que otras.

Se incluyen solamente las defunciones confirmadas por una prueba de infección activa. Al requerir que las defunciones sean confirmadas por pruebas de laboratorio se subestima la mortalidad. Las diferencias entre defunciones por COVID confirmadas y defunciones totales (confirmadas más con sospecha) son muy grandes. Por ejemplo, en Madrid hubo 4 766 casos confirmados y 8 993 casos totales (confirmados o con sospecha) en mujeres y 7020 casos confirmados y 10 209 casos totales (confirmados o con sospecha) en hombres; en Catalunya, hubo 4136 casos confirmados y 8485 casos totales en mujeres y 4349 casos confirmados y 8219 casos totales en hombres.

En las figuras 1 y 2 presentamos la mortalidad por COVID en hombres y mujeres de las 17 CC. AA. se observa que mientras en Madrid han fallecido por COVID 2,4 hombres por mil hombres, en Castilla-La Mancha 2,1. Esta cifra en el resto del Estado español es inferior a 1,75 por mil. Es decir, los hombres madrileños han tenido la mayor mortalidad por COVID en el estado español.

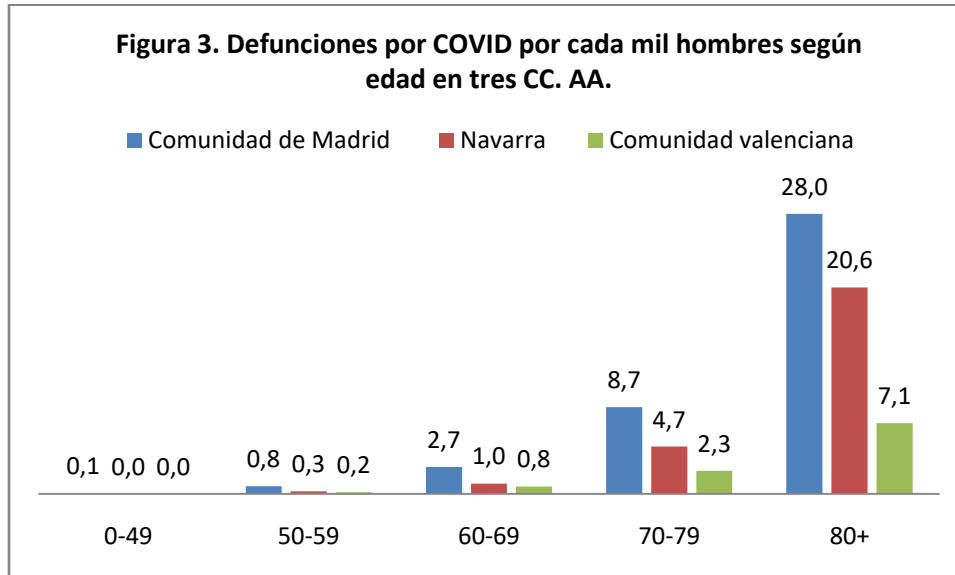


En la figura 2 se presentan los datos para mujeres. Las mujeres madrileñas han tenido mortalidad similar a las mujeres de La Rioja y Aragón y superior a las mujeres en otras CC.AA. En Castilla La Mancha, la mortalidad en mujeres fue algo más alta.

La realidad de la alta mortalidad de la Comunidad de Madrid, ya muy difícil de comprender, se hace todavía más dura cuando se compara, por ejemplo, con los datos de la Comunidad Valenciana, donde en el año 2020 fallecieron por COVID el 0,6 por mil de los hombres y el 0,5 por mil de las mujeres. En términos relativos, en el 2020 los hombres en Madrid fallecieron por COVID $2,4/0,6 = 4$ más que los hombres de la Comunidad Valenciana y las mujeres de Madrid fallecieron por COVID $1,5/0,5 = 3$ veces más que las mujeres de la Comunidad Valenciana.

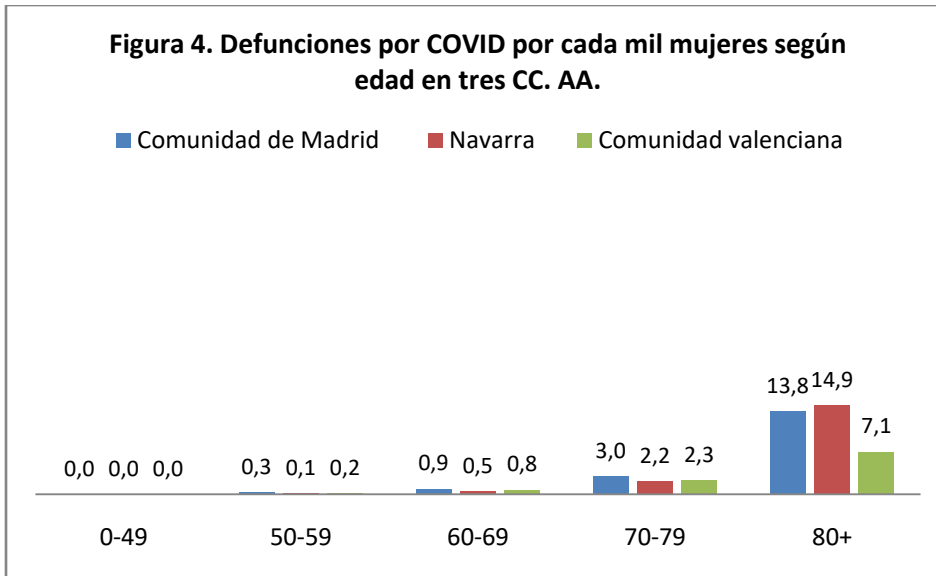
Mortalidad según edad

Es bien conocido que la mortalidad por COVID-19 es mayor en los grupos de edad avanzada: entre el 85% y 90% de las defunciones por COVID ocurren en personas mayores de 70 años. Podríamos preguntarnos si el exceso de mortalidad de los madrileños y madrileñas se concentró en los grupos de edad avanzada o también ocurrió en menores de 70 años. En las figuras 3 y 4, referidas a hombres y mujeres, se ilustra la mortalidad en Madrid y Navarra, que tuvo una mortalidad intermedia, y en la Comunidad Valenciana, que tuvo una mortalidad relativamente baja, en cinco grupos de edad.



En Madrid fallecieron por COVID **veintiocho de cada mil hombres de más de 80 años, veintiuno por mil en Navarra y siete por mil en la Comunidad Valenciana**. Estas diferencias se mantienen en todos los grupos de edad. La mayor mortalidad de los hombres madrileños se observa en todos los grupos de edad.

Los resultados para las mujeres se presentan en la figura 4. En Madrid, fallecieron por COVID-19 13,8 de cada 1000 mujeres mayores de 80 años, 14,9 de cada mil mujeres de esta edad en Navarra y 7 de cada mil en la Comunidad Valenciana.



La mayor mortalidad de las mujeres madrileñas se observa también en grupos más jóvenes aunque el número de defunciones sea más bajo.

Posibles explicaciones de las diferencias de mortalidad entre CC. AA.

Las estadísticas de defunción por COVID-19 son la medida más fiable **del éxito o del fracaso** en la gestión de la pandemia, a pesar de la subestimación de las defunciones por la exclusión de los casos de infección con sospecha de COVID.

Luchar contra una epidemia requiere un buen manejo epidemiológico para reducir la incidencia y un buen manejo clínico para reducir la mortalidad y las secuelas de la enfermedad.

El **buen manejo epidemiológico** implica la prevención de la transmisión y el control: aislar los focos de infección detectando a las personas infectadas en los centros de salud de la Atención Primaria y localizando y haciendo pruebas a los contactos. El rastreo es una tarea esencial de los epidemiólogos y evita que se establezcan cadenas de transmisión en la comunidad donde se declara una epidemia. En la pandemia de COVID, la estrategia de rastreo se ha aplicado desde el inicio en algunas CC. AA. (por ejemplo, en la Comunidad Valenciana, Canarias y Asturias) y ha contribuido a contener mejor la extensión de la epidemia durante la primera y la segunda ola.

El **buen manejo clínico** para conseguir una mortalidad baja en una epidemia implica hacer un diagnóstico precoz y tratar a los pacientes en el dispositivo asistencial que requieren, los pacientes con enfermedad leve en sus domicilios con los cuidados prestados por el centro de salud y los pacientes con enfermedad moderada y grave en los hospitales.

En la pandemia de COVID, ejemplos de actuaciones correctas fueron la Comunidad Valenciana, Canarias y Asturias durante la primera y la segunda ola, cuando los pacientes de COVID-19 no llegaron a saturar las camas de UCI de sus hospitales. La situación en Navarra fue intermedia puesto que el COVID invadió las residencias de personas mayores durante la primera ola y se extendió en la comunidad durante la segunda ola, en especial a través de los trabajadores del campo, que por su gran movilidad escaparon al rastreo, y esta avalancha de pacientes colapso las UCI de los hospitales. Un análisis comparativo de estas prácticas será útil para la preparación contra futuras pandemias.

En la Comunidad de Madrid la gestión de la pandemia del COVID ha sido muy deficiente. El manejo epidemiológico se ha caracterizado 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 más de treinta. En estas condiciones, la transmisión comunitaria se ha mantenido desde marzo, con el paréntesis de reducción de incidencia durante el estado de alarma. **Madrid tiene la más altas cifras de seroprevalencia de todas las CC. AA. de España;** la incidencia de nuevos casos en Madrid solo fue muy baja en las escasas semanas que siguieron al levantamiento del estado de alarma el 21 de junio.

En Madrid, el manejo clínico se ha caracterizado por el desbordamiento de las consultas en Atención Primaria y el colapso de los hospitales. En ambas olas de la pandemia, la primera desde marzo a junio y la segunda desde julio a diciembre, la avalancha de pacientes que se agravaron por falta de detección y cuidados en Atención Primaria colapsaron los hospitales de Madrid con los resultados ya conocidos. Muchos pacientes han muerto porque no han podido acceder a los cuidados que hubieran podido salvarles la vida. Incluso durante varias semanas de marzo, la Consejería de Sanidad dio orden de excluir del ingreso en hospitales a los mayores con dependencia física que residían en centros sociosanitarios.

Todo ello ha ocurrido a pesar de la dedicación y la profesionalidad de los profesionales sanitarios. No es un problema de falta de esfuerzo o cualificación de los profesionales sanitarios, todo lo contrario. Médicos, enfermeras y otros profesionales, han hecho un esfuerzo muy por encima de lo exigible. Hemos tenido y seguimos teniendo un problema de falta de dotación y de mala organización.

En algunas CC.AA. se hizo el esfuerzo necesario para prevenir los brotes, rastrear los contactos de las personas infectadas y controlar la transmisión comunitaria. Allí donde la Atención Primaria y los servicios de Salud Pública consiguieron mitigar la transmisión, se evitó el colapso de los hospitales. En cambio, donde la Salud Pública y la Atención Primaria

han sido débiles, el aumento rápido de casos graves de COVID con necesidad de cuidados hospitalarios ha colapsado los hospitales.

Las CC. AA. que han tenido mejores resultados en las diferentes olas de la epidemia deberían ser objeto de estudios rigurosos de sus prácticas. Cabe destacar el trabajo de rastreo realizado por Canarias, donde se detectó el primer caso de infección por SARS-CoV-2; el rastreo y detección precoz de casos en zonas rurales de la Comunidad Valenciana y el buen trabajo de Asturias, que fue capaz de doblegar la curva en dos ocasiones gracias a una fuerte capacidad de vigilancia epidemiológica y Atención Primaria. Excede a este informe comentar la heterogeneidad de la calidad de los datos epidemiológicos en las CC. AA.

En algunas CC. AA. la mortalidad observada excede a la esperada según la prevalencia de infección en la población. Para ilustrar este punto presentamos la Tabla 1. La primera columna muestra el porcentaje de población con serología positiva al SARS-Cov2, indicador de haber sido infectado, en la ronda 4 del estudio ENE-COVID realizado por el Instituto de Salud Carlos III y cuyos resultados fueron publicados en diciembre. La segunda columna es la razón de prevalencia con relación a la Comunidad Valenciana, es decir el cociente entre la prevalencia de cada CC.AA. y la de la Comunidad Valenciana. Por ejemplo, la seroprevalencia de Madrid fue de 12,5% y triplica la de la Comunidad Valenciana, que fue de 4,2. La tercera columna y cuarta columna muestran la razón de mortalidad de cada CC.AA con relación a la de la Comunidad Valenciana.

Tabla 1. Comparación de las razones de prevalencia y las razones de mortalidad en las CCAA tomando como referencia la Comunidad Valenciana

CCAA	Ronda 4 Seroprevalencia	Razón de prevalencia	Razón de mortalidad	
			Hombres	Mujeres
Madrid	12,5	3,0	3,9	3,0
Navarra	10,8	2,6	2,4	2,9
Castilla La Mancha	10,4	2,5	3,3	3,4
Castilla Y León	9,4	2,2	1,5	1,2
Catalunya	9,2	2,2	1,9	2,2
Aragón	8,8	2,1	2,7	3,0
Euskadi	5,9	1,4	2,0	2,3
Extremadura	5,7	1,4	1,5	0,9
Murcia	5,5	1,3	1,0	1,2
La Rioja	5,3	1,3	2,8	3,2
Andalucía	5,1	1,2	1,2	1,3
Cantabria	4,8	1,1	1,0	1,1
Asturias	4,7	1,1	1,6	1,9
Comunidad Valenciana	4,2	1,0	1,0	1,0
Baleares	3,3	0,8	0,8	0,9

Galicia	3	0,7	0,6	0,7
Canarias	1,9	0,5	0,4	0,5

En muchas CC. AA. las razones de prevalencia son equivalentes a las razones de mortalidad. Esto indicaría que la frecuencia relativa de la infección en la población se relaciona con la frecuencia relativa de la mortalidad lo que ocurre en Catalunya, Navarra, Andalucía, Cantabria, Galicia y Canarias.

En Madrid la razón de mortalidad es mayor que la razón de prevalencia en hombres y es igual a la razón de mortalidad en mujeres. Castilla-La Mancha, Aragón, Euskadi, La Rioja y Asturias también tienen razones de mortalidad mayores que las razones de prevalencia. La discrepancia entre la razón de mortalidad y la razón de prevalencia puede constituir un indicador de mala gestión ya que estaría relacionada con una peor respuesta sanitaria a la infección presente en la población.

Madrid ha sufrido más no solo por la alta seroprevalencia, sino también por el mal manejo de situaciones que requerirían actuaciones especiales de Salud Pública: falta de vigilancia epidemiológica, falta de personal y falta de equipos de protección individual en residencias de personas mayores, hacinamiento en mala vivienda, hacinamiento en transporte y lugares de trabajo, y bolsas de pobreza sin acceso real a aislamiento de los casos. Hay innumerables ejemplos en la bibliografía sobre cómo se deben de tratar estas situaciones, pero en Madrid los escasos intentos (por ejemplo, los hoteles medicalizados), han sido limitados en su alcance y no se han sostenido en el tiempo. La mala gestión de la prevención y control de la epidemia también puede haber contribuido en parte a alcanzar las enormes cifras de seroprevalencia de Madrid y, por lo tanto, las conclusiones extraídas de la Tabla 1 solo muestran una parte de la mala gestión de la pandemia en Madrid.

Causas de la mala gestión de la pandemia en la Comunidad de Madrid

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, comparado con cerca de la mitad de la población en el Estado español.

Muchos hechos constatados apuntan a una peor gestión sanitaria frente a la COVID, situación que ocurre después de más de una década de continuos recortes en el presupuesto de salud de la Comunidad de Madrid. La Comunidad de Madrid es la que tiene menos gasto público en servicios de salud: 1.274 euros/habitante en comparación con

1.753 euros/habitante en Euskadi en 2018. 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 peores condiciones de trabajo para los profesionales sanitarios. Si algo ha quedado claro después de estos nueve últimos 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 contrarrestar la pandemia.

Conclusión y recomendaciones

La conclusión de este análisis es clara: Durante 2020, los ciudadanos y las ciudadanas residentes en la Comunidad de Madrid han tenido mayor probabilidad de morir por la infección COVID-19 que los ciudadanos y ciudadanas de otras CC. AA. del Estado español.

En varios documentos e informes ActuarCOVID viene insistiendo una y otra vez en que para superar y vencer la pandemia es preciso adoptar medidas estructurales, que concretamos en el Decálogo ActuarCOVID que se detalla a continuación.

- 1. Apertura de todos los centros de salud y de los consultorios locales y refuerzo de sus plantillas.**
- 2. Contratación de rastreadores para la detección de contactos estrechos , en número de 2000 para la comunidad de Madrid.**
- 3. Establecimiento de las zonas básicas de salud como unidades de coordinación de las actividades de atención primaria , salud pública y los servicios sociales.**
- 4. Refuerzo de los servicios centrales y de las unidades técnicas de salud pública.**
- 5. Suficiente capacidad para analizar pruebas PCR en los laboratorios del SERMAS.**
- 6. Garantías para que los casos positivos se aislen y los contactos estrechos guarden cuarentena sin sufrir perjuicios económicos.**
- 7. Plan de preparación de los hospitales , con apertura de todas las camas cerradas, circuitos separados para la COVID -19 y el resto, refuerzo de personal y optimización de todos los recursos.**
- 8. Plan de contingencia continuado en las residencias de personas mayores.**

9. Garantía de la seguridad de todos los trabajadores , especialmente los sanitarios, personal de centros sociales (residencias, etc.) y otros trabajadores esenciales.

10. Plan de actuación para los establecimientos docentes para garantizar que las actividades presenciales se llevan a cabo con las mínimas posibilidades de contagio.

Sigue siendo imprescindible y urgente reforzar la Atención Primaria, cada vez más castigada, con 3000 profesionales nuevos, de plantilla. Además, es necesario implantar un sistema de seguimiento y rastreo de casos y contactos, eficaz y suficiente, para lo que se deben contratar 2000 profesionales (enfermeros, médicos, técnicos, etc.), vinculados a la red de Salud Pública.

Se debe contratar en la plantilla pública, no en contratos externalizados, y con carácter estructural, porque la pandemia durará meses y después vendrán otras, y tenemos que estar preparados.

Proteger las residencias de mayores, con rigurosa vigilancia epidemiológica, formación específica para profesionales y mejora de sus condiciones de trabajo.

Atención social a todas las personas, especialmente a las que deban aislarse, con apoyo económico y personal y, en su caso, alojamiento. Y, así, todas las medidas del decálogo.

Advertimos en su día en los informes de ActuarCOVID (<https://actuarcovid.com>) que si no se aplicaban estas medidas, cuando se relajaran las limitaciones de movilidad subirían los contagios, con una tercera ola. Estamos a tiempo de evitar la cuarta y de prepararnos para futuras pandemias. Tenemos que reforzar seriamente la Salud Pública y la Atención Primaria y recuperar la capacidad hospitalaria. De otro modo, centrar el debate en si se limitan las reuniones a cuatro o seis, o en si la hora de cierre de locales son las 20 h o las 22 h, no sirve de mucho. El año pasado, España tuvo 80 000 muertos más que lo esperado. Muchas de estas muertes eran evitables. Otros países que aplicaron medidas de seguimiento y control como las que recomendamos las pudieron evitar. ¿A qué esperamos?