



INFORME
DE LA SANIDAD PÚBLICA
MADRILEÑA

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Secretaría de Políticas Sociales
y Sector Público
UGT Madrid.

UGT-MADRID

Índice

1. Financiación
 - 1.1 Evolución del presupuesto
 - 1.2. Gasto per cápita
2. Dotación de profesionales.
 - 2.1. Comparativa nacional
 - 2.2 Comparativa intra-comunidad
3. Infraestructuras hospitalarias
 - 3.1. Hospitales
 - 3.1.1 Aumento del patrimonio privado.
 - 3.1.2 Aumento de la Gestión privada.
 - 3.2. Camas hospitalarias.
 - 3.2.1. Evolución del número de camas
 - 3.2.2. Ratio de camas.
 - 3.2.3. Relación entre la ratio de camas y los ingresos hospitalarios.
 - 3.3. Quirófanos
 - 3.4. Locales de consultas.
 - 3.5. Puestos de Hospital de días.
 - 3.6. Equipos de Hemodiálisis.
4. Indicadores de actividad
 - 4.1. Ingresos hospitalarios.
 - 4.2. Estancias hospitalarias
 - 4.3. Intervenciones quirúrgicas
 - 4.3.1. Evolución de la actividad quirúrgica.
 - 4.3.2. Lista de espera quirúrgica.
 - 4.3.2.1. Garantías y tiempos máximos de espera
 - 4.3.2.2. Conceptos y definiciones.
 - 4.3.2.3 Evolución de la lista de espera quirúrgica
 - 4.3.2.3.1 Evolución del número de pacientes.
 - 4.3.2.3.2. Evolución de la Demora Media
 - 4.3.2.3.3 Evolución de la Espera Media

4.4 Consultas Externas

4.4.1. Evolución de la actividad en consultas externas.

4.4.2. Lista de espera de consultas externas.

4.4.2.1. Garantías y tiempos máximos de espera.

4.4.2.2. Conceptos y definiciones.

4.4.2.3. Evolución del número de pacientes.

4.4.2.4. Evolución de la Demora Media

4.4.2.5. Evolución de la Espera Media

4.4.2.6. Evolución de la Demora Prospectiva.

4.5. Pruebas Diagnósticas.

4.5.1. Evolución de la actividad de pruebas diagnósticas

4.5.2 Lista de espera de pruebas diagnósticas.

4.5.2.1. Garantías y tiempos máximos de espera.

4.5.2.2. Conceptos y definiciones.

4.5.2.3. Evolución del número de pacientes.

4.5.2.4. Evolución de la Demora Media

4.5.2.5. Evolución de la Espera Media

4.5.2.6. Evolución de la Demora Prospectiva

4.6. Evolución Programa 312C- Plan Integral Listas de Espera

4.7. Urgencias

4.7.1. Comparativa Nacional

4.7.2. Comparativa Intra-Comunidad.

5. Conclusiones

6. Propuestas

Atención Especializada

Según el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, la atención especializada:

“...Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

El acceso del paciente a la atención de urgencia hospitalaria, que se presta durante las veinticuatro horas del día a pacientes que sufran una situación clínica aguda que obligue a una atención inmediata de los servicios del hospital, se realiza por remisión del médico de atención primaria o especializada o por razones de urgencia o riesgo vital que pueda requerir medidas terapéuticas exclusiva del medio hospitalario.

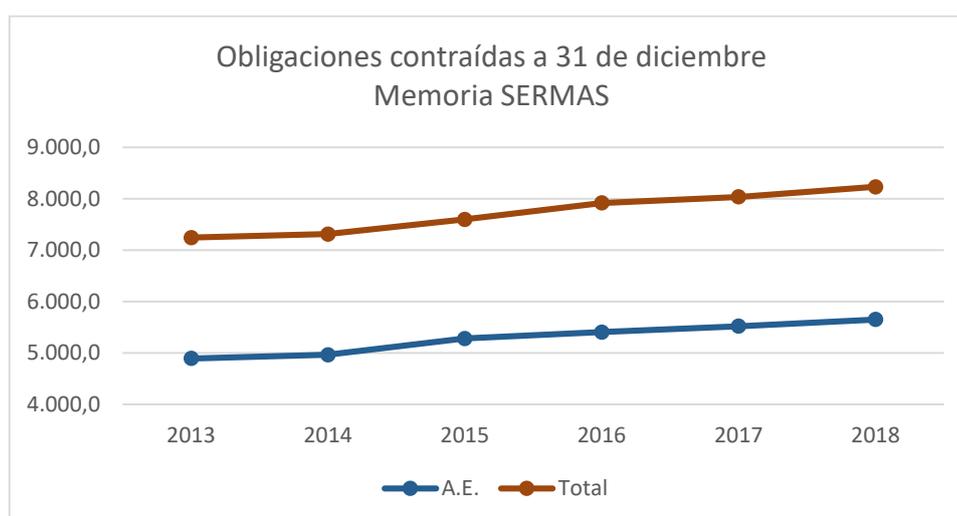
La atención especializada se presta, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en hospitalización, consultas externas y en hospital de día.”

1. Financiación

1.1. Evolución del presupuesto

El gasto sanitario en atención especializada crece por debajo del gasto sanitario total.

El gasto sanitario público total durante la última legislatura (2015/2018), las obligaciones contraídas, se incrementaron un 8,3% (632,7 millones de euros), mientras que el incremento del gasto destinado a la atención especializada en ese mismo periodo fue menor, un 7% (370,6 millones de euros).



Desde el punto de vista presupuestario, la apuesta por el modelo de gestión de provisión privada también es claro, mientras que el incremento medio presupuestario inicial de los hospitales de gestión directa del Servicio Madrileño de la Salud en el anterior período legislativo 2015/19 fue del 6,4%, los hospitales de provisión privada incrementaron su presupuesto un 19,4%.

La variabilidad en el incremento presupuestario es amplia entre los distintos hospitales.

Entre los hospitales con un modelo de gestión directa encontramos hospitales con incrementos ínfimos, 1,1% Hospital Clínico San Carlos, y otros que se elevan hasta el 11,9% (hospital de El Escorial) o el 10,1% (H. Gregorio Marañón).

Evolución Presupuesto Sanitario Hospitales
Modelos de Gestión Directa
Comunidad de Madrid

Hospital	Grupo Funcional	% Incremento 2015/19
El Escorial	1	11,9
Total GF-1	1	11,9
Getafe	2	4,3
Móstoles	2	5,2
Severo Ochoa	2	4,6
Príncipe de Asturias	2	2,1
Total GF-2	2	3,9
La Paz	3	3,9
Doce de octubre	3	9,6
Ramón y Cajal	3	8,9
Clínico San Carlos	3	1,1
La Princesa	3	7,0
Gregorio Marañón	3	10,1
Total GF-3	3	6,8
Santa Cristina	apoyo	5,9
Cruz Roja	apoyo	7,0
Total GF apoyo	apoyo	6,4
Niño Jesús	monográfico	7,8
Dr. Rodríguez Lafora	monográfico	8,6
I.P. José Germain	monográfico	7,1
Total GF monográfico	monográfico	7,9
Virgen de la Poveda	media estancia	6,6
Guadarrama	media estancia	9,8
Fuenfría	media estancia	9,5
Total Hospitales de Media Estancia	media estancia	8,5
TOTAL Gestión Directa		6,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos Presupuestos C. M.

Los recursos asistenciales de provisión privada hospitalaria adscritos a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública incrementaron su presupuesto un 19,4%, muy por encima de los presupuestos de los hospitales de gestión directa (6,4%).

Existen también diferencias entre los hospitales con este modelo de gestión. En general son menores entre el mismo grupo funcional, sin embargo, podemos encontrar sorprendentes incrementos de más del 300% en el concierto de imágenes de diagnóstico o abultadísimos incrementos en presupuestos hospitalarios, como el del hospital Fundación Jiménez Díaz (25,9%).

Evolución Presupuestos Hospitales Provisión Privada

Centro	Grupo Funcional	modelo de gestión	% 15/19
Hospital Infanta Elena	1	Concesión Administrativa	7,7
H.U Rey Juan Carlos	2	Concesión administrativa	7,7
H.U Torrejón	2	Concesión administrativa	7,7
H.G. Villalba	2	Concesión administrativa	8
H. Fundación Jiménez Díaz	3	Convenio- concierto singular	25,9
Laboratorio Clínico Central	Apoyo	Concesión administrativa	4,8
Concierto Pruebas Diagnósticas por Imagen	Apoyo	Concierto	333,2
Incremento provisión privada		concesión administrativa/concierto	19,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid

Los hospitales gestionados como empresa pública, fundación o cualquier otra fórmula de gestión como ente público tuvieron incrementos superiores a los hospitales de gestión directa.

Los hospitales con modelo de gestión de ente público (empresa pública, Fundación, etc.) incrementaron su presupuesto un 7,6%, siendo la Unidad de Radiodiagnóstico la que experimentó el mayor incremento (8,3%).

Evolución Presupuestos Hospitales con otros modelos de gestión

Centro	Grupo Funcional	Fórmula de gestión	% 15/19
H. Fuenlabrada	2	Empresa Pública	8,0
H. Alcorcón	2	Fundación	7,2
Empresas públicas, Fundaciones y entes públicos	2	Empresas públicas, Fundaciones y entes públicos	7,5
Unidad Central de Radiodiagnóstico	Apoyo	Empresa Pública- Ente público	8,3
Total Empresas públicas, Fundaciones y entes públicos	2		7,6

Fuente: Elaboración propia a partir de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid

Entre los hospitales con modelo de **gestión de Iniciativa Público Privada (PFI)**, el incremento presupuestario durante los cuatro últimos años (2,5%) ha sido menor que en los hospitales con

otras formas de gestión, en particular con los de Gestión por provisión privada (19,4%).

El Hospital Infanta Leonor que durante este periodo incrementó su presupuesto un 30,4%, cambió el 1 de julio de 2016 su modelo de gestión, pasando de PFI a hospital de gestión directa (tradicional). Así mismo, el incremento presupuestario de este hospital está sustanciado en la ORDEN 1279/2016 de 22 de diciembre, de la Consejería de Sanidad, mediante la cual se integra en este hospital, al Hospital Virgen de la Torre y sus centros dependientes (C.E. Federica Montseny y Vicente Soldevilla, y los centros de salud mental de Puente y Villa de Vallecas, además del Hospital de Día Psiquiátrico). Estos centros ya dependían funcionalmente del Hospital Infanta Leonor, pero a partir de esta orden la dependencia se hace también orgánica, con la ampliación presupuestaria correspondiente. Dada la excepcionalidad de esta situación, no se ha incluido al Hospital Infanta Leonor ni entre los hospitales PFI, ni entre los de Gestión Directa para el cálculo del incremento medio, lo que hubiera alterado los porcentajes en ambos modelos de manera ficticia.

Sorprende encontrar hospitales que han disminuido su presupuesto, como el Hospital Infanta Cristina (-1,2%). El hospital con el mayor incremento ha sido el Hospital de Henares (3,6%).

Evolución Presupuestos Hospitales PFI

Centro	Grupo Funcional	fórmula de gestión	% 15/19
H. de Henares	1	PFI- Empresa Pública	3,6
H. Sureste	1	PFI- Empresa Pública	2,7
H. Tajo	1	PFI- Empresa Pública	2,8
PFI nivel 1	1		3,1
H. del Sur (infanta Cristina)	2	PFI- Empresa Pública	-1,2
H. del Norte (Infanta Sofía)	2	PFI- Empresa Pública	2,2
PFI nivel 2	2		0,9
H. Vallecas (Infanta Leonor)	2	PFI- Empresa Pública desde 1 julio de 2016 cambia a Gestión Directa y asume Hospital Virgen de la Torre	30,4
H. Puerta de Hierro-Majadahonda	3	PFI- concesión de obra y explotación de servicios	3,1
Incremento H. PFI			2,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid

Resumiendo:

El menor incremento presupuestario se produce en los hospitales PFI y gestión directa y el mayor en los hospitales de provisión privada. Según el grupo funcional, los hospitales de mayor complejidad y las unidades de apoyo son los que mayor incremento han experimentado.

Evolución Presupuestaria 2015/2019

Grupo Funcional	Gestión Directa	PFI	Provisión Privada	Ente Público
1	11,9	3,1	7,7	
2	4,1	0,9	7,7	7,5
3	6,8	3,1	25,9	
Apoyo	6,2		81,6	8,3
Monográfico	7,9			
Total	6,4	2,5	19,4	7,6

1.2 Gasto per cápita

Desde el punto de vista del gasto per cápita también encontramos enormes diferencias entre los distintos modelos de gestión.

Gasto per cápita hospitales Generales de Gestión Directa

Hospital	Grupo Funcional	Gasto per cápita
El Escorial	1	297
MEDIA GF-1		297
Getafe	2	641
Móstoles	2	703
Severo Ochoa	2	639
Príncipe de Asturias	2	599
MEDIA GF-2		641
La Paz	3	948
Doce de octubre	3	963
Ramón y Cajal	3	589
Clínico San Carlos	3	882
La Princesa	3	1.118
Gregorio Marañón	3	1.521
MEDIA GF-3	3	940
MEDIA TOTAL		831

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid

En datos globales los hospitales de Gestión Directa y Provisión Privada son los que más recursos destinan por habitante, los que resultan más caros, aunque hay que tener en cuenta que los primeros son hospitales de mayor complejidad, y, por tanto, la asistencia que prestan supone mayor gasto.

Los hospitales de provisión privada, a través de concesiones administrativas, no resultan tan rentables económicamente a las arcas públicas como normalmente se cree. Su gasto por habitante protegido está por debajo de los de gestión directa, pero las diferencias no son

significativas, el nivel de complejidad mayoritariamente es bajo, y a las cantidades financiadas hay que añadir los fondos adicionales que perciben por la derivación de pacientes de otros hospitales.

Gasto per cápita Hospitales provisión privada

Centro	Grupo Funcional	fórmula de gestión	Gasto per cápita
H. Infanta Elena	1	Concesión administrativa	494,6
Total nivel 1		Concesión administrativa	494,6
H.U RJC	2	Concesión administrativa	636,2
H.U Torrejón	2	Concesión administrativa	573,5
H.G. Villalba	2	Concesión administrativa	569,0
Total nivel 2			597,5
H.FJD	3	Convenio- concierto singular	815,0
Total nivel 3			815,0
Total H. provisión privada			683,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid

Los que menor gasto destinan por habitante son los hospitales PFI, al igual que en los de provisión privada, son hospitales de menor complejidad y a los que hay que sumar el presupuesto del Laboratorio Central y de la Unidad Central de Radiodiagnóstico, así como los fondos adicionales que obtienen de la derivación de la asistencia de otros hospitales. Por tanto, las cifras siguientes son menores que las que deberían corresponderles.

Gasto per cápita Hospitales PFI

Centro	Grupo Funcional	Modelo de gestión	Gasto per cápita
H. Henares	1	PFI- Empresa Pública	472,8
H. Sureste	1	PFI- Empresa Pública	340,3
H. Tajo	1	PFI- Empresa Pública	664,4
H del Sur	1	PFI- Empres Pública	313,2
Total nivel 1	1	PFI- Empresa Pública	406
H. Vallecas	2	PFI- desde 2016 G. Directa	463,5
H. del Norte	2	PFI- Empresa Pública	365,6
Total nivel 2	2	PFI- Empresa Pública	365,2
H. Puerta de Hierro	3	PFI-Empresa Pública	550,3
Total H. PFI		PFI- Empres Pública	445,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid

Por último, los hospitales con otras formas de gestión, Fundación y Empresa Publica se encuentran entre los anteriores modelos en cuanto al gasto por habitante.

Gasto per cápita hospitales con otras formas de gestión

Centro	Grupo Funcional	fórmula de gestión	Gasto per cápita
Fundación H. Alcorcón	3	Fundación	896,9
H. Fuenlabrada	2	Empresa	547,0
Total			697,8

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid

Respecto al nivel de complejidad, cuanto mayor complejidad del hospital mayor es el gasto por habitante.

En el Grupo Funcional 3 encontramos hospitales con grandes diferencias en este gasto, por ejemplo, los hospitales Gregorio Marañón o la Princesa duplican el gasto per cápita de los hospitales Ramón y Cajal o Puerta de Hierro. El análisis de este Grupo Funcional es complejo, ya que, al ser hospitales de referencia en muchas especialidades, la población que atienden es más amplia que la población asignada en las zonas básicas de salud de referencia, y, por tanto, las comparaciones de este gasto entre unos y otros pueden resultar ficticias.

Entre los hospitales del Grupo 2 las diferencias son menores.

Gasto per cápita

Grupo Funcional	Gestión Directa	PFI	Provisión Privada	Ente Público
1	297	406	494,6	-
2	641	377,7	597,5	697,8
3	940	550,3	815	-
Apoyo				
Monográfico				
Total				

Por tanto, para las arcas públicas, por nivel de complejidad:

- ❖ En el nivel 1, resulta más barato los hospitales de gestión directa y más caro los hospitales con provisión privada.
- ❖ En el nivel 2, resulta más barato la gestión por hospitales PFI y más caro por empresa Pública y Fundaciones.
- ❖ En el nivel 3, todos los hospitales menos dos son de Gestión directa, por tanto, es lógico que sean los de mayor gasto per cápita. El de menor gasto es un hospital PFI.

Podemos concluir, por tanto, desde el punto de vista de la financiación, que se evidencia un mayor esfuerzo presupuestario en los modelos de provisión privada.

Por otro lado, se evidencia que la provisión privada sanitaria de atención especializada no es la más eficiente, desde el punto de vista del gasto, para ninguno de los niveles de complejidad, y, por tanto, no se encuentra justificada su provisión por este motivo.

2. Dotación de Profesionales

2.1. Comparativa entre sistemas de salud

Tasa por 10.000 habitantes de Médicos por especialidad
2017

Especialidades Médicas	Comunidad de Madrid	Nacional	Especialidades Quirúrgicas	Comunidad de Madrid	Nacional
Anestesia y Reanimación	1,58	1,43	Angiología y Cirugía Vascolar	0,18	0,15
Aparato Digestivo	0,69	0,52	Cirugía Cardíaca	0,1	0,08
Cardiología	0,66	0,59	Cirugía General y Aparato Digestivo	0,82	0,86
Endocrinología	0,22	0,14	Cirugía Oral y Maxilofacial	0,14	0,11
Geriatría	0,34	0,24	Cirugía Ortopédica y Traumatología	1,14	1,04
Medicina Interna	1,05	0,95	Cirugía Pediátrica	0,12	0,08
Neurología	0,42	0,34	Cirugía Plástica Estética y Reparadora	0,14	0,11
Oncología	0,52	0,32	Cirugía Torácica	0,08	0,06
Medicina Intensiva	0,56	0,56	Dermatología Médico Quirúrgica	0,39	0,29
Neurología	0,52	0,41	Neurocirugía	0,15	0,13
Pediatría	1,19	0,92	Obstetricia y Ginecología	1,16	1,01
Psiquiatría	1,19	0,92	Oftalmología	0,75	0,66
Rehabilitación	0,39	0,35	ORL	0,47	0,41
Resto de Médicas Centrales	4,42	4,18	Urgencias	1,71	2,01
Total	12,56	11,87	Urología	0,44	0,41
			Total	7,8	7,42

Fuente: SIAE MSCBS

Las dotaciones de especialistas en la Comunidad de Madrid teniendo en cuenta la población protegida, en general, son superiores a la media nacional, ahora bien, la actividad asistencial en la Comunidad de Madrid es también superior a la media nacional: La frecuentación es un 73,1% superior en Resonancias Magnéticas, 30,6% en Consultas Externas, 16,4% en Intervenciones Quirúrgicas, 13% Urgencias Hospitalarias, 10,7% en TAC y se realizan un 3,4% más de ingresos por habitante.

La especialidad de medicina de urgencias resulta deficitaria en comparación con los recursos destinados en el resto del territorio nacional.

Hay que recordar que la mayoría de los ingresos hospitalarios se realizan desde los servicios de urgencias hospitalarios. Así mismo, conviene tener en cuenta que los servicios de urgencias se han ampliado durante los últimos años, dotándose de un mayor número de camas, lo que ha supuesto un incremento en la carga asistencial de estos servicios. El número de urgencias hospitalarias atendidas se incrementó entre 2010 y 2017, según la estadística del MSCBS, un

26,5%, casi 10 puntos porcentuales por encima de la media nacional (15,9%).

Por ello, solicitamos una evaluación general de la dotación de profesionales de atención especializada y especialmente la destinada a los servicios de urgencias hospitalarios, con el objetivo de adecuar los recursos a las actuales cargas asistenciales.

**Tasa de personal sanitario no facultativo y no sanitario por cada 100.000 habitantes
2017**

Personal sanitario no facultativo	C. Madrid	Media Nacional	Personal No Sanitario	C. Madrid	Media Nacional
Enfermeros	361	334	Dirección y Gestión	16	18
Matronas	11	10	Trabajadores Sociales	4	4
Otros enfermeros especialistas	2	4	Personal de Oficio	56	55
Fisioterapeutas	16	14	Administrativo	109	108
Terapeutas Ocupacionales	3	2	Otro personal no Sanitario	107	106
Logopedas	1	1	Total	292	291
Otros Titulados Medios Sanitarios	1	2			
Técnicos Sanitarios Grado Medio	267	258			
Técnicos Sanitarios Grado Superior	61	57			
Resto de Personal sanitario no facultativo	2	2			
Total Otro personal sanitario	726	684			

Fuente: SIAE- MSCBS

La dotación de personal sanitario no facultativo y personal no sanitario, teniendo en cuenta la población protegida, es similar o superior al resto del territorio nacional.

Aunque la dotación de la Comunidad de Madrid en comparación a las plantillas de otros servicios de salud pueda parecer similar, hay que tener en cuenta la mayor actividad que se realiza. En la Comunidad de Madrid las tasas de ingresos, altas, consultas, intervenciones quirúrgicas, urgencias y pruebas diagnósticas por imagen (TAC y RMN) superan la media nacional.

2.2. Comparativa intra- comunidad

En general, cuando más grande es el hospital menor es el número pacientes por profesional y, al contrario.

Analizando los hospitales por modelos de gestión:

Entre los hospitales de gestión directa, existe un único hospital en el nivel menos complejo que es precisamente el que tiene la ratio más alta de pacientes por profesional. Entre los hospitales de nivel medio, el hospital de Móstoles es el que registra el menor número de pacientes por Facultativo Especialista, Técnico Especialista, Auxiliar de Enfermería y Auxiliar Administrativo. Mientras que el hospital de Getafe registra el menor número de pacientes por personal de

enfermería y celador

El hospital con la ratio más alta de paciente por facultativo y Auxiliar de Enfermería la registra el hospital Severo Ochoa, de enfermería el Hospital de Móstoles y para Técnicos Superiores, Auxiliares de Enfermería y Celadores el Hospital Príncipe de Asturias

Para el Nivel más complejo, El Hospital Gregorio Marañón es el que registra el menor número de pacientes para todos los profesionales y el Hospital de la Princesa el que registra el mayor número de pacientes.

Hospitales de Gestión Directa-Ratio por profesionales

Hospital	ratio FE	ratio Enfermería	ratio TS Espec.	ratio A.E	ratio Administ.	ratio Celadores
H. El Escorial	1.128	920	4.108	1.278	1.643	2.675
MEDIA GF-3	1.128	920	4.108	1.278	1.643	2.675
H.U. de Getafe	535	397	1.608	567	1.156	999
H.U. de Móstoles	491	605	1.509	464	891	1.102
H.U. Severo Ochoa	568	403	1.798	588	1.073	1.482
H.U. Príncipe de Asturias	553	424	2.065	558	1.271	1.493
MEDIA GF-2	538	437	1.742	545	1.100	1.237
H.U. La Paz	460	266	1.556	373	779	879
H.U. 12 Octubre	428	233	1.185	367	845	990
H.U. Ramón y Cajal	684	441	2.279	632	1.058	1.531
H. Clínico San Carlos	432	298	1.663	402	744	756
H.U. de La Princesa	690	545	2.457	784	1.421	1.474
H.G.U. Gregorio Marañón	305	162	856	220	335	357
MEDIA GF-3	474	285	1.512	405	747	846
MEDIA TOTAL	498	318	1.595	442	825	937

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio de Resultados del SERMAS y Consejería de Sanidad

Entre los hospitales de provisión privada no existe la misma relación inversamente proporcional entre el nivel de complejidad y la ratio de población por profesional.

En el nivel de complejidad medio se da la ratio más baja (Hospital Rey Juan Carlos) y más alta (Hospital de Torrejón) de pacientes por profesional.

Hospitales de Provisión Privada-Ratio por profesionales

Hospital	ratio FE	ratio Enfermería	ratio TS Espec.	ratio A.E	ratio Administ.	ratio Celadores
H.U. Infanta Elena	559	522	2.180	722	2.180	
Total nivel 1	559	520	2.138	717	2.138	
H.U. Rey Juan Carlos	472	430	1.638	536	1.700	842
H.U. de Torrejón	683	719	4.676	972	1.894	4.676
H.G. de Villalba	637	562	2.483	816	1.655	1.046
Total nivel 2	570	535	2.363	706	1.747	1.247
H. Fundación Jiménez Díaz	638	545	151	671	8.948	
Total nivel 3	638	545	151	670	8.776	
Total H. provisión privada	597	538	312	691	2.816	2.824

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de memorias de hospitales 2017, excepto FJD memoria 2018

Los hospitales PFI tienen la particularidad de que los servicios no sanitarios los presta una empresa privada, por ello, o no existen datos sobre el número de profesionales o estos son tan bajos que no merece la pena estimarlos.

Los hospitales PFI tienen la ratio más alta de pacientes por profesional de todos los modelos de gestión en la Comunidad de Madrid.

Entre los hospitales PFI de nivel complejidad media se dan las mayores ratios para todas las categorías profesionales (Hospital Infanta Sofía) y las más bajas se encuentran en el Hospital del Tajo para los facultativos y enfermería y auxiliares administrativos, y en el Hospital Infanta Leonor para los auxiliares administrativos.

Hospitales PFI- Ratio de profesionales

Hospital	ratio FE	ratio Enfermería	ratio TS Espec.	ratio A.E	ratio Administ.	ratio Celadores
H.U. del Henares	789	546	19.117	735	15.641	
H.U. del Sureste	934	718	30.524	916	14.088	
H.U. del Tajo	567	430	19.552	575		
H.U. Infanta Cristina	818	631	23.965	780	10.485	
Total nivel 1	794	591	23.122	766	15.029	
H.U. Infanta Leonor	568	494	9.446	701	2.290	4.798
H.U. Infanta Sofía	936	709	32.465	928	20.291	
Total nivel 2	936	707	29.514	925	19.097	
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	830	571	2.364	928	125.266	501.065
Total nivel 3	830	571	2.364	928	125.266	501.065
Total H. PFI	835	606	5.730	851	23.391	1.426.879

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las plantillas noviembre 2019 Consejería de Sanidad

Respecto a los hospitales con modelo de Gestión como Ente Público, ya sea Empresa Pública o Fundación, las ratios se encuentran entre las de los hospitales de gestión directa y los de Provisión Privada.

Hospitales Entes Públicos- Ratio de profesionales

Hospital	ratio FE	ratio Enfermería	ratio TS Espec.	ratio A.E	ratio Administ.	ratio Celadores
H.U. de Fuenlabrada	595	509	2.010	680	1.504	1.941
H.U. Fundación Alcorcón	489	358	1.470	441	1.042	1.170
Total	544	431	1.735	551	1.263	1.512

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las plantillas noviembre 2019 Consejería de Sanidad

Resumen- Ratio de profesionales

	Hospital	ratio FE	ratio Enferm.	ratio TS Especial.	ratio A.E	ratio Administ.	ratio Celadores
NIVEL 1	H. Gestión Directa	1.128	920	4.108	1.278	1.643	2.675
	H. Provisión Privada	559	520	2.138	717	2.138	
	H. PFI	794	591	23.122	766	15.029	
	H. Entes Públicos						
NIVEL 2	H. Gestión Directa	538	437	1.742	545	1.100	1.237
	H. Provisión Privada	570	535	2.363	706	1.747	
	H. PFI	936	707	29.514	925	19.097	
	H. Entes Públicos	544	431	1.735	551	1.263	1.512
NIVEL 3	H. Gestión Directa	474	285	1.512	405	747	846
	H. Provisión Privada	638	545	151	670	8.776	
	H. PFI	830	571	2.364	928	125.266	501.065
	H. Entes Públicos						
TOTAL	H. Gestión Directa	498	318	1.595	442	825	973
	H. Provisión Privada	597	538	312	691	2.816	
	H. PFI	835	606	5.730	851	23.391	1.426.879
	H. Entes Públicos	544	431	1.735	551	1.263	1.512

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las plantillas noviembre 2019 y memoria de hospitales Consejería de Sanidad

En resumen, los hospitales de gestión directa destinan más profesionales sanitarios y no sanitarios a la atención sanitaria, mientras los hospitales PFI son los que destinan menos recursos.

Los entes públicos como las empresas públicas y fundaciones destinan más recursos que los hospitales de gestión privada y PFI, pero menos que los hospitales de gestión directa

Entre los hospitales de menor complejidad, es hospital Infanta Elena de provisión privada es el que destina más recursos.

Los hospitales PFI son los que menos recursos destinan en los niveles de complejidad media y

alta.

En conclusión, la privatización de recursos se acompaña de una restricción de los recursos humanos destinados a la asistencia sanitaria especializada.

Solicitamos:

- ❖ **Una evaluación sobre las necesidades de profesionales para reducir las listas de espera y la atención en la urgencia hospitalaria.**
- ❖ **Priorizar la prestación sanitaria con modelos de gestión directa, ya que crean más empleo y de mejor calidad.**

UGT-MADRID

3. Infraestructuras hospitalarias.

La Comunidad de Madrid cuenta con algunas de las mejores infraestructuras hospitalarias del Sistema Nacional de Salud, así como gran parte de los hospitales de referencia nacional, sin embargo, los recursos hospitalarios que destina la Comunidad de Madrid a su población protegida están por debajo de la media nacional.

Tasa de Recursos Hospitalarios.
2017

Recursos	C. Madrid	Nacional
Camas Instaladas/ 1.000 hab.	2,27	2,64
Camas en Funcionamiento/ 1.000 hab.	1,97	2,4
Quirófanos / 100.000 hab.	6,75	6,9
Puestos de Día/ 100.000 hab.	36,9	39,24

Fuente: SIAE- MSCBS

3.1. Hospitales

En cuanto a la evolución de los hospitales, tanto desde el punto de vista patrimonial como funcional, se ha reducido el número de recursos públicos a favor de recursos de provisión privada.

3.1.1. Aumento del patrimonio privado.

Hospitales según dependencia patrimonial

Dependencia patrimonial	2015	2016	2017	2018	2019
Seguridad Social	12	12	12	11	11
Administración. Central	0	0	0	0	0
Ministerio de Defensa	2	2	2	2	2
C. Autónoma	20	20	20	20	20
Diputación o Cabildo	0	0	0	0	0
Municipio	0	0	0	0	0
Entidades Públicas	0	0	0	0	0
MCSS	2	2	2	2	2
Privado Benéficos (Cruz Roja)	1	1	1	1	1
Privado Benéfico (Iglesia)	11	11	11	11	11
Otro Privado Benéfico	2	2	2	3	3
Privado no Benéfico	30	31	32	32	33
Total Públicos	36	36	36	35	35
Total Privados	44	45	46	47	48
Total	80	81	82	82	83

Fuente: Catálogo de Hospitales SNS

Durante la anterior legislatura, en la C. de Madrid, desde el punto de vista patrimonial, se han perdido un hospital público (SS), mientras que los hospitales privados se han incrementado en cuatro (3 Privados no Benéficos, 1 privado benéfico distinto de Cruz Roja e Iglesia).

Hospitales según dependencia Funcional

Dependencia Funcional	2015	2016	2017	2018	2019
SNS	33	33	33	32	32
Administración Penitenciaria	0	0	0	0	0
M. de Defensa	1	1	1	1	1
C. Autónoma	0	0	0	0	0
Diputación o Cabildo	0	0	0	0	0
Municipio	0	0	0	0	0
Otros Públicos	0	0	0	0	0
MATEP	2	2	2	2	2
Privado Benéficos (Cruz Roja)	0	0	0	0	0
Privado Benéfico (Iglesia)	11	11	11	11	11
Otro Privado Benéfico	1	1	1	2	2
Privado no Benéfico	32	33	34	34	35
Total Públicos	34	34	34	33	33
Total Privados	46	47	48	49	50
Total	80	81	82	82	83

Fuente: Catálogo de Hospitales SNS

3.1.2. Aumento de la Gestión privada de los hospitales.

Así mismo, durante la anterior legislatura, en la C. de Madrid, desde el punto de vista funcional, los hospitales públicos han perdido un hospital (SNS), mientras que los privados han aumentado en cuatro (3 Privados no Benéficos, 1 privado benéfico distinto de Cruz Roja e Iglesia).

Es importante incrementar la dotación pública de recursos sanitarios, desde el punto de vista patrimonial y de gestión, por lo siguientes motivos:

- ❖ Las mejoras en la gestión económica de los recursos públicos revierten en el propio sistema sanitario, sin embargo, la provisión privada supone un gasto fijo, cuya mejora en la gestión sólo supone un incremento del beneficio empresarial.
- ❖ El empleo asociado a los recursos públicos, es un empleo de mayor calidad y estabilidad, que incentiva a su vez un mayor consumo e inversión, y, por tanto, favorece el desarrollo y crecimiento de otros sectores productivos (comercio, servicios, etc.).

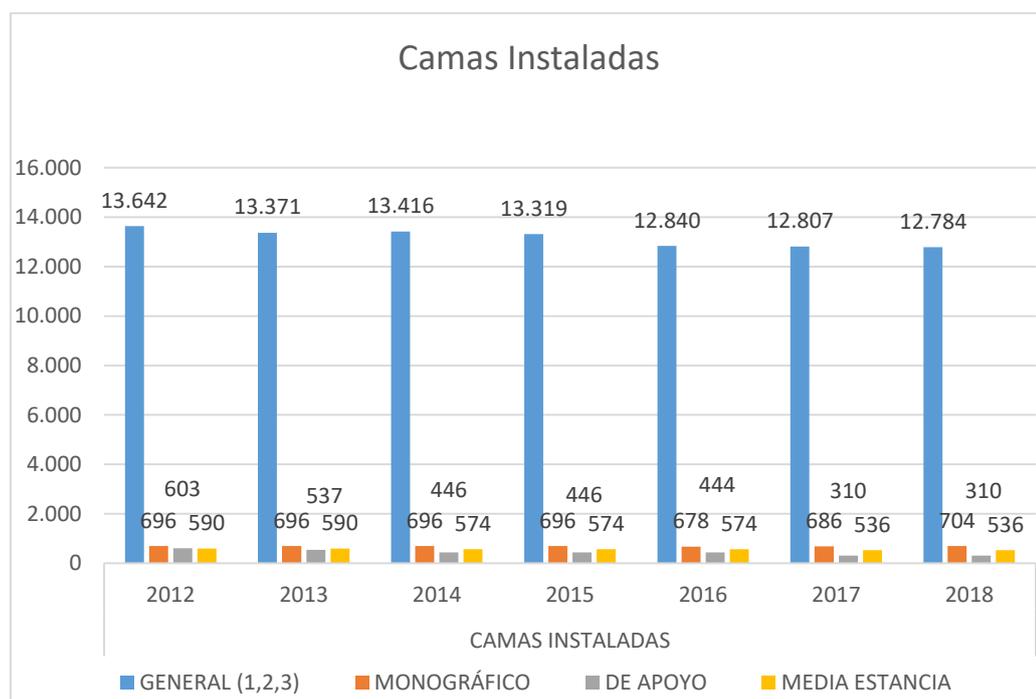
Por todo ello, solicitamos un cambio en las políticas sanitarias madrileñas, en las que se priorice la inversión en recursos sanitarios públicos.

3.2. Camas hospitalarias

3.2.1. Evolución del número de camas

Las Camas Instaladas son aquellas que están en disposición de ser usadas, aunque algunas de ellas puedan, por diversas razones, no estar en servicio en esa fecha. Constituyen la dotación fija del centro. No se incluyen las destinadas a observación en el servicio de urgencias, ni las de exploraciones especiales.

Las Camas Funcionantes, sin embargo, son las camas que están realmente en servicio, estén o no ocupadas.



Entre el año 2015 y 2018 se han perdido 858 camas instaladas en los hospitales de gestión directa, 676 camas en hospitales generales, 136 camas en hospitales de apoyo, 38 camas en hospitales de media estancia y 28 en hospitales monográficos (Infantil y salud mental).

Evolución del Número de Camas en la Comunidad de Madrid 2015/2018 Por Hospitales

Grupo Funcional	Centro	C. Instaladas	C. Funcionantes
Grupo 1	H. El Escorial	0	0
	H.U Henares	30	24
	H.U Infanta Cristina	0	-22
	H.U. Elena-Valdemoro	21	6
	H.U. Sureste	-20	2
	H.U. Tajo	0	-5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Catálogo de Hospitales

Entre los hospitales de menor complejidad cabe destacar la pérdida de camas instaladas del Hospital Sureste (20) y de camas funcionantes del hospital Infanta Cristina (22). Sin embargo, el mayor crecimiento los experimenta el hospital de Henares, tanto en camas Instaladas (30) como en funcionantes (24).

Evolución del Número de Camas en la Comunidad de Madrid 2015/2018 Por Hospitales

Grupo Funcional	Centro	C. Instaladas	C. Funcionantes
Grupo 2	H. Central de la Defensa Gómez Ulla	0	-14
	H.U. Fuenlabrada	0	15
	H.U. Fundación Alcorcón	-3	13
	H.U. de Getafe	-79	-16
	H.U. Infanta Leonor	92	93
	H.U. Infanta Sofía	-6	-2
	H.U. Móstoles	-17	-45
	H.U. Príncipe de Asturias	-87	-12
	H.U. Rey Juan Carlos	54	59
	H.U. Severo Ochoa	0	-21
	H.U. Torrejón	-34	-7
	H.G. Villalba	45	61

Fuente: Elaboración propia a partir del Catálogo de Hospitales

Entre los hospitales de media complejidad los que acumulan las mayores pérdidas de camas instaladas son el hospital Príncipe de Asturias (87) y el hospital de Getafe (79), sin embargo, lo que más crecieron fueron el Infanta Leonor (92), por la asimilación del hospital Virgen de la Torre y los hospitales Rey Juan Carlos (54) y hospital de Villalba (45).

En cuanto a las camas funcionantes, las mayores pérdidas corresponden a Hospital de Móstoles (45) y Severo Ochoa (21). En cuanto al crecimiento de camas funcionantes destacar como en las camas instaladas el incremento del Hospital Infanta Leonor (93) debidas se ha indicado a la absorción del Hospital Virgen de la Torre y la de los hospitales de Villalba (61) y Rey Juan Carlos (59).

Evolución del Número de Camas en la Comunidad de Madrid 2015/2018 Por Hospitales

Grupo Funcional	Centro	C. Instaladas	C. Funcionantes
Grupo 3	H.U. 12 de Octubre	-31	-75
	H.U. Clínico San Carlos	-103	-51
	H. Fundación Jiménez Díaz	-10	-6
	H. G. U. Gregorio Marañón	-322	-65
	H.U. La Paz	-40	-80
	H.U. La Princesa	-40	-19
	H.U. Puerta de Hierro-Majadahonda	0	-17
	H.U. Ramón y Cajal	10	-1

Fuente: Elaboración propia a partir del Catálogo de Hospitales

Entre los hospitales de mayor complejidad se da como es lógico, puesto que son los más grandes, las mayores pérdidas de camas. Destacando las del Hospital Gregorio Marañón (322) y Clínico San Carlos (103), en cuanto a camas instaladas y las del Hospital de la Paz (80) y Hospital Doce de Octubre (75) en cuanto a camas funcionantes. Todos los hospitales de este nivel de complejidad perdieron camas funcionantes, y tan solo el hospital Ramón y Cajal aumentó el número de camas instaladas.

Evolución del Número de Camas en la Comunidad de Madrid 2015/2018 Por Hospitales

Grupo Funcional	Centro	C. Instaladas	C. Funcionantes
Monográfico Salud Mental	H. Dr. Rodríguez Lafora	36	17
	I.P. Salud Mental José Germain	-18	-29
Monográfico Infantil	H. Infantil Niño Jesús	-10	-12
De Apoyo	H.C. de la Cruz Roja	-2	-1
	H. Santa Cristina	-36	2
	H. Virgen de la Torre	-98	-84
Media Estancia	H. Guadarrama	0	-10
	H. La Fuenfría	-38	-32
	H. Virgen de la Poveda	0	5

Fuente: Elaboración propia a partir del Catálogo de Hospitales

En cuanto a los hospitales monográficos destacar la pérdida de camas de media y larga estancia del hospital de Fuenfría, ya que existe una gran escasez de este recurso, reconocido por el propio gobierno de la Comunidad, así como los recursos de salud mental, lo que obliga a establecer convenios con instituciones privadas-

En resumen:

- ❖ **En la Comunidad de Madrid durante la última legislatura (2015-2018) se han perdido 706 camas instaladas y 329 camas funcionantes.**
- ❖ **Durante la última legislatura, los hospitales de provisión privada en su conjunto han incrementado el número de camas instaladas (92) y camas funcionantes (189), al contrario que los hospitales provisión pública que disminuyeron en su conjunto las camas instaladas (878 camas) y las funcionantes (518 camas).**
- ❖ **Se incrementan los conciertos con hospitales de media y larga estancia, mientras que se cierran camas en los hospitales públicos (38 camas instaladas y 42 funcionantes en el hospital de Fuenfría).**
- ❖ **Las pérdidas más alarmantes de camas instaladas se han producido en el H. Gregorio Marañón (322) y Hospital Clínico San Carlos (103), entre los grandes hospitales (nivel 3), y Hospital de Príncipe de Asturias (87) y hospital de Getafe (79) entre los de nivel 2.**
- ❖ **En cuanto a las camas funcionantes en los hospitales de nivel 3, el hospital de la Paz (80) y el hospital Doce de Octubre (75) fueron los que experimentaron las mayores pérdidas. Entre los hospitales del grupo funcional 2, el hospital de Móstoles es el que ha perdido más camas (45), seguido del I. Salud Mental José Germain (29) y hospital Severo Ochoa (21).**

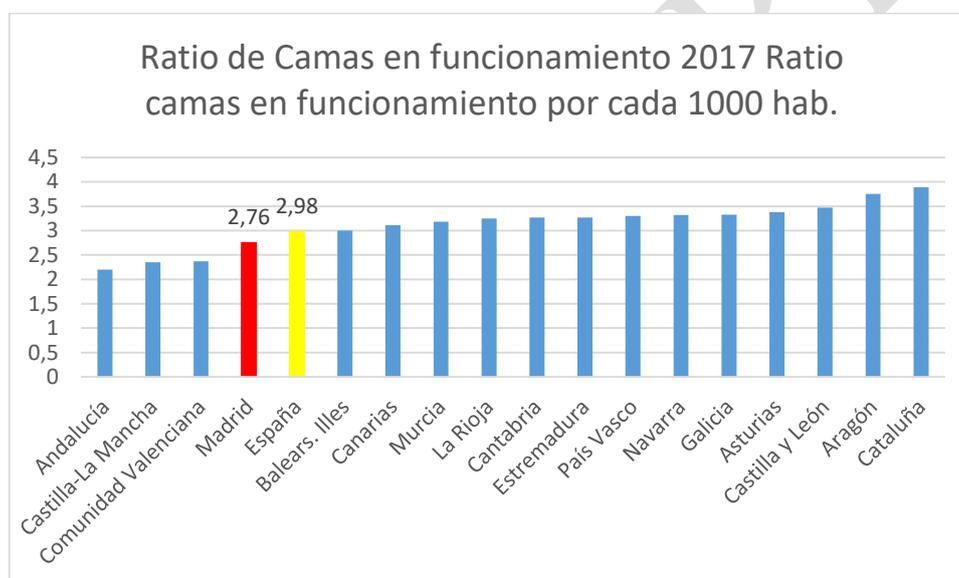
3.2.2. Ratio de Camas

Tasa de Camas hospitalarias.
2017

Recursos	C. Madrid	Nacional
Camas Instaladas/ 1.000 hab.	2,27	2,64
Camas en Funcionamiento/ 1.000 hab.	1,97	2,4

Fuente: SIAE- MSCBS

El continuo cierre de camas mantiene a la Comunidad de Madrid con una tasa de camas hospitalarias deficitaria.



A nivel nacional, la Comunidad de Madrid es la tercera Comunidad en número de camas, detrás de Cataluña y Andalucía, sin embargo, la ratio camas en funcionamiento coloca a la Comunidad de Madrid a la cola del SNS, concretamente la cuarta comunidad autónoma con menor ratio.

Ratio de camas en funcionamiento
Comunidad de Madrid

Hospital	Camas en funcionamiento 2018	ratio de camas por 1000 hab.
Baja complejidad		
H. El Escorial	74	0,64
H.U. del Tajo	87	1,11
H.U. del Henares	232	1,35
H.U. Infanta Cristina	153	0,91
H.U. Infanta Elena	137	1,19
H.U. del Sureste	131	0,72

Fuente: Elaboración Propia a partir datos Catalogo de hospitales

La ratio de cama en funcionamiento, en general, mantiene una relación directamente proporcional al nivel de complejidad del hospital. Por ello, los hospitales de grupo funcional 1 (baja complejidad) tienen una ratio más baja. En este nivel de complejidad el único hospital con gestión íntegramente pública es el Hospital del Escorial, precisamente este hospital es el que tiene la ratio más baja, la mitad que el hospital con la ratio más alta (hospital de Henares).

Ratio de camas en funcionamiento
Comunidad de Madrid

Hospital	Camas en funcionamiento 2018	ratio de camas por 1000 hab.
Media complejidad		
H. Gómez Ulla	381	3,16
H.U. Rey Juan Carlos	356	2,02
H.U. de Torrejón	165	1,12
H.U. de Fuenlabrada	319	1,41
H.U. Fundación Alcorcón	363	2,14
H.U. de Getafe	397	1,75
H.U. Infanta Leonor	338	1,12
H.U. Infanta Sofía	269	0,83
H.U. de Móstoles	249	1,49
H.U. Príncipe de Asturias	407	1,64
H.U. Severo Ochoa	336	1,75
H.G. de Villalba	201	1,73

Fuente: Elaboración Propia a partir datos Catalogo de hospitales

Entre los hospitales del grupo funcional 2 (media complejidad), el Hospital Infanta Sofía (0,83) es el más infradotado en camas desde el punto de vista de la ratio, casi cuatro veces con menos camas por habitante que el Hospital Gómez Ulla (3,16), y un 25 por ciento menos que la ratio menor del resto de hospitales (1,12).

Ratio de camas en funcionamiento
Comunidad de Madrid

Hospital	Camas en funcionamiento 2018	ratio de camas por 1000 hab.
Alta complejidad		
H. Clínico San Carlos	706	1,89
H. Fundación Jiménez Díaz	503	1,15
H.G.U. Gregorio Marañón	1142	3,55
H.U. 12 Octubre	1123	2,52
H.U. La Paz	1101	2,09
H.U. de La Princesa	408	1,26
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	517	1,03
H.U. Ramón y Cajal	822	1,40

Fuente: Elaboración Propia a partir datos Catalogo de hospitales

En el grupo funcional de hospitales con mayor complejidad, es el hospital Puerta de Hierro Majadahonda (1,03) el que registra la ratio más baja, la tercera parte que el hospital Gregorio Marañón (3,55) y un 10 por ciento menos que la ratio más baja del resto de hospitales (1,15). Todos los hospitales con gestión directa tienen ratios superiores al resto de modelos de gestión.

En conclusión, aunque no existe una relación directa entre modelo de gestión y la ratio de camas, las ratios más bajas las encontramos en hospitales con modelos de gestión privada o semiprivada, esta relación es mayor, cuanto mayor es el nivel de complejidad de los hospitales.

3.2.2. Relación entre la Ratio de Camas y los ingresos hospitalarios

Ingresos Hospitalarios 2018

Hospitales	Camas en funcionamiento 2018	Ratio de camas por 1000 hab.	Ingresos 2018	Tasa de ingresos/ 1000 hab.	% Ingresos urgentes
Baja Complejidad					
H. El Escorial	74	0,64	3.533	30,72	74,81%
H.U. del Tajo	87	1,11	4.687	59,93	87,13%
H.U. del Henares	232	1,35	11.367	66,07	76,58%
H.U. Infanta Cristina	153	9,12	8.902	53,07	77,45%
H.U. Infanta Elena	137	1,19	10.575	95,12	71,88%
H.U. del Sureste	131	0,72	8.057	43,99	81,71%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio de Resultados de la C. Madrid

Entre los hospitales de menor complejidad **no** encontramos una relación directa entre una ratio alta de camas y la tasa de ingresos, ni el porcentaje de ingresos urgentes. Sin embargo, esta relación si existe con ratios bajas de camas.

Entre los hospitales de baja complejidad, ratios bajas de camas dan lugar a tasas bajas de ingresos hospitalarios.

Ingresos Hospitalarios 2018

Hospitales	Camas en funcionamiento 2018	ratio de camas por 1000 hab.	Ingresos 2018	Tasa de ingresos/ 1000 hab.	% Ingresos urgentes
Media Complejidad					
H. Gómez Ulla	381	3,2	10.400	86,48	56,36%
H.U. Rey Juan Carlos	356	2	21.574	119,72	71,63%
H.U. de Torrejón	165	1,1	11.998	80,19	71,33%
H.U. de Fuenlabrada	319	1,4	16.311	71,81	70,86%
H.U. Fundación Alcorcón	363	2,1	16.548	96,22	68,82%
H.U. de Getafe	397	1,8	18.736	82,66	70,92%
H.U. Infanta Leonor	338	1,1	15.768	52,17	75,00%
H.U. Infanta Sofía	269	0,8	15.193	46,80	73,14%
H.U. de Móstoles	249	1,5	12.225	72,99	73,29%
H.U. Príncipe de Asturias	407	1,6	18.213	73,51	68,23%
H.U. Severo Ochoa	336	1,8	15.835	81,56	74,78%
H.G. de Villalba	201	1,7	9.624	80,74	74,76%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio de Resultados de la C. Madrid

Entre los hospitales de media complejidad, ratios bajas de camas dan lugar a tasas bajas de ingresos hospitalarios

Ingresos Hospitalarios 2018

Hospitales	Camas en funcionamiento 2018	ratio de camas por 1000 hab.	Ingresos 2018	Tasa de ingresos/ 1000 hab.	% Ingresos urgentes
Alta Complejidad					
H. Clínico San Carlos	706	1,9	31.908	85,25	67,79%
H. Fundación Jiménez Díaz	503	1,2	29.128	63,83	62,01%
H.G.U. Gregorio Marañón	1142	3,6	47.298	147,36	59,31%
H.U. 12 Octubre	1123	2,5	45.053	101,12	66,65%
H.U. La Paz	1101	2	48.945	92,81	62,91%
H.U. de La Princesa	408	1,3	15.885	50,13	74,46%
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	517	1	26.048	66,04	86,52%
H.U. Ramón y Cajal	822	1,4	31.876	54,21	60,13%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio de Resultados de la C. Madrid

Al contrario que en los anteriores grupos funcionales, entre los hospitales de mayor complejidad, podemos encontrar una relación directa con ratios altas de camas, que produce alta tasas de ingresos y bajos porcentajes de ingresos urgentes.

Entre los hospitales de alta complejidad ratios altas de camas dan lugar a tasas altas de ingresos hospitalarios y de porcentajes de ingresos urgentes.

En conclusión, la Comunidad de Madrid mantiene una ratio más baja de camas hospitalarias, originada en las continuas pérdidas de este recurso, lo que perjudica la capacidad asistencia sanitaria hospitalaria, colapsar los hospitales en cuanto a los ingresos hospitalarios.

Por todo lo anterior, solicitamos que se recuperen las camas instaladas y funcionantes perdidas durante la última legislatura con el objetivo de equiparar a la Comunidad de Madrid al resto de CC.AA.

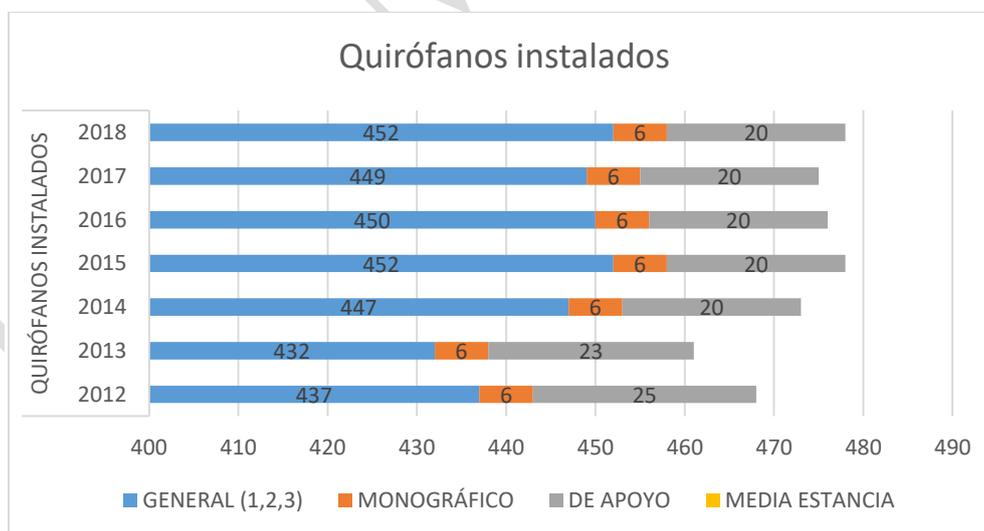
3.3 Quirófanos

Quirófanos.
2017

Recursos	C. Madrid	Media Nacional
Salas en funcionamiento destinadas a la Intervención o asistencia quirúrgica del enfermo por cada 100.000 hab.	10,44	9,74

Fuente: Indicadores Clave- MSCBS

La tasa de quirófanos en la Comunidad de Madrid es mayor a la media nacional, sólo superada por la Comunidad Foral de Navarra (12,17) y la de la Illes Balears (10,62). La tasa más baja de quirófanos la registra la Comunidad de Castilla la Mancha (7,08).

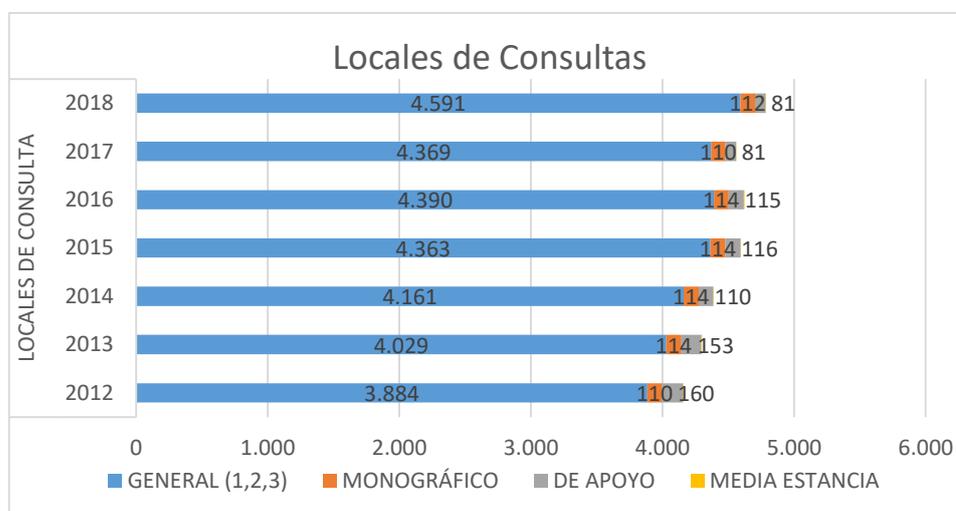


El número de quirófanos se ha mantenido constante durante la anterior legislatura, aunque aumentaron entre 2012 y 2014 en los hospitales generales y disminuyeron en los hospitales de apoyo.

Sobre este recurso solicitamos a la Comunidad de Madrid a explorar la posibilidad de una utilización más eficiente.

3.4. Locales de Consultas

La Comunidad de Madrid tiene una actividad en consultas externas superior a la media nacional, tal como indican los datos suministrados por el SIAE (Sistema de Información de Atención Especializada), según los cuales se realizan un 30,6 % más de consultas. A su vez, mantiene un menor número pacientes y durante un menor tiempo en lista de espera.



Desde el punto de vista de las infraestructuras, en datos globales, se han incrementado los locales de consulta en un 3,5%, aunque exclusivamente por el incremento en los hospitales generales (5,2%).

Llama la atención la disminución porcentual de estas infraestructuras en los hospitales de apoyo (30%), posiblemente el cierre del hospital Virgen de la Torre haya influido en este porcentaje, no obstante, es una tendencia que viene produciéndose independientemente del cierre de este hospital, desde 2012 se han perdido el 50% de los locales de consultas de este tipo de establecimientos hospitalarios.

3.5. Puestos de Hospital de Día

La tasa de puestos de día en la Comunidad de Madrid es inferior a la media nacional.

Hospital de Día.
2017

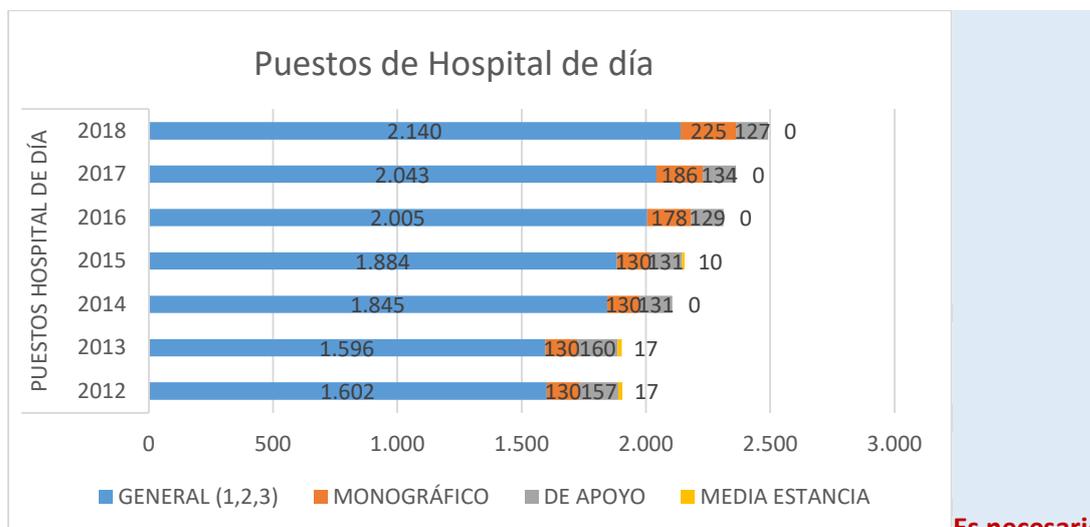
Recursos	C. Madrid	Media Nacional
Puestos de Hospital de Día/ 100.000 hab.	36,9	39,24
Frecuentación en hospitales de día por cada 1.000 hab.	158,51	127,77

Fuente: Indicadores clave. MSCBS

A pesar de este déficit de recursos, el número de sesiones registradas en plazas de hospital de día por cada 1000 habitantes es superior en la Comunidad de Madrid respecto a la media nacional, sólo superada por la Comunidad Autónoma de La Rioja (124,36). La Región de Murcia es la que menor número de sesiones realiza respecto a su población (84,72). Esto quiere decir que, aunque los recursos físicos son menores, se hace un uso más intensivo de los mismos.

Al igual como ocurre con los locales de consultas, los puestos de hospital de día tienen una tendencia de crecimiento en los hospitales generales y, en este caso, también en los hospitales monográficos. En los hospitales de apoyo siguen perdiéndose recursos, en este caso puestos de hospital de día.

Durante la última legislatura se han incrementado los puestos de hospital de día en los hospitales generales un 13,5% y en los hospitales monográficos un sorprendente 73%. Los hospitales de apoyo durante este mismo periodo han perdido un 3% sus recursos.



Es necesario profundizar en el incremento de este recurso hospitalario, tanto en infraestructuras como en dotación de personal.

3.6. Equipos de Hemodiálisis

Hemodiálisis 2017

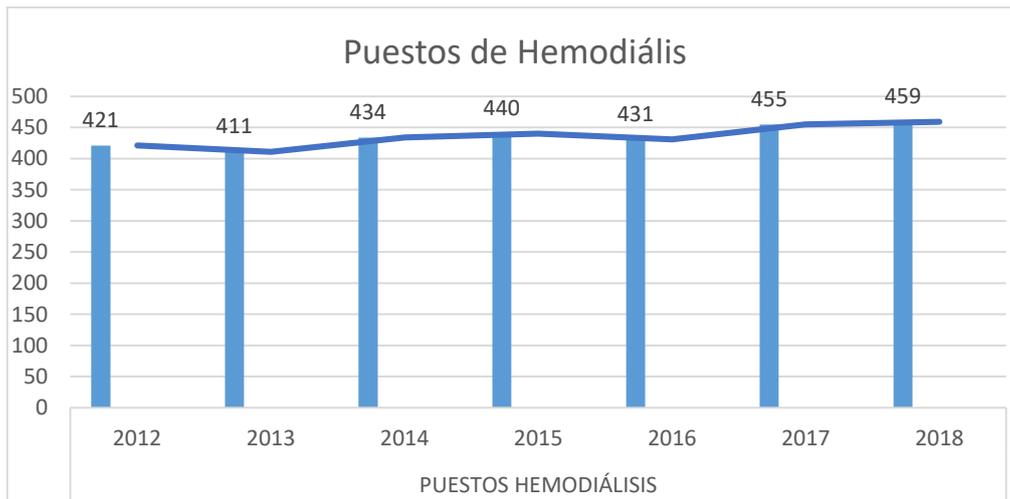
Recursos	C. Madrid	Media Nacional
Equipos de hemodiálisis en funcionamiento por cada 100.000 hab..	10,41	10,76

Fuente: Indicadores clave. MSCBS

La Comunidad de Madrid se encuentra entre las comunidades con la tasa menor de equipos de diálisis del SNS, la quinta por la cola. La Comunidad Foral de Navarra es la que tiene mayor dotación (17,32), mientras que Cantabria es la más infradotada (2,75).

Desde el punto de vista de su evolución, durante la última legislatura se han incrementado los puestos de diálisis en un 4,5%.

Hay que tener en cuenta que al año se derivan 24,4 millones de euros a instituciones privadas para la prestación de este tipo de asistencia sanitaria, el 3% de todo el gasto sanitario de provisión privada. Por tanto, la conclusión es que los actuales recursos son insuficientes para asumir la demanda de esta prestación sanitaria, lo que significa que existe margen de crecimiento.



Por todo lo anterior, proponemos un crecimiento de los puestos de hemodiálisis suficiente que permita absorber toda la demanda asistencial, y, por tanto, que evite la pérdida de recursos hacia el sector privado de 24 millones de euros.

4. Indicadores de actividad

La Comunidad de Madrid es una comunidad con mucha actividad asistencial especializada. En esta Comunidad las tasas de ingresos, altas, consultas, intervenciones quirúrgicas, urgencias y pruebas diagnósticas por imagen (TAC y RMN) superaran la media nacional. Sin embargo, la duración de las estancias hospitalarias es menor.

4.1 Ingresos hospitalarios

Frecuentación ingresos hospitalarios
por cada 1000 hab. 2017

Actividad	C. Madrid	Media Nacional
Ingresos	120	116

Fuente: SIAE-MSCBS

La actividad en este indicador, ingresos de pacientes en salas de hospitalización, hayan sido para diagnóstico y/o tratamiento dividido por la población que indica el INE, es superior en la Comunidad de Madrid a la media nacional. La Comunidad Autónoma con el indicador más alto es el País Vasco (153,57) y el indicador más bajo lo ostenta la Ciudad Autónoma de Ceuta (79,32) y la Comunidad Autónoma de Canarias (102,28).

En la tasa de ingresos de las siguientes tablas, la población de referencia no ha sido la que establece el INE, sino el número de tarjetas sanitarias recogidas en las estadísticas de la propia Comunidad de Madrid.

Evolución de los Ingresos Hospitalarios en la Comunidad de Madrid

Hospital	2016	2017	2018	Tasa de ingresos/ 1000 hab. de población protegida 2018
Baja complejidad				
H. El Escorial	3.765	3.657	3.533	30,72
H.U. del Tajo	4.867	4.743	4.687	59,93
H.U. del Henares	10.778	11.108	11.367	66,07
H.U. Infanta Cristina	8.990	9.208	8.902	53,07
H.U. Infanta Elena	9.573	10.118	10.575	95,12
H.U. del Sureste	7.740	7.985	8.057	43,99

Fuente: Elaboración Propia a partir datos Catálogo de hospitales

Entre los hospitales de baja complejidad el Hospital de Henares es el que realiza más ingresos, pero, sin embargo, es el Hospital Infanta Elena el que tiene mayor tasa de ingresos, un 30% más que la segunda tasa más alta.

El Hospital del Escorial es el que realiza menor ingresos y presenta menor tasa de ingresos, un tercio de la tasa del Hospital Infanta Elena.

Evolución de los Ingresos Hospitalarios en la Comunidad de Madrid

Hospital	2016	2017	2018	Tasa de ingresos/ 1000 hab. de población protegida 2018.
Media complejidad				
H. Gómez Ulla	10.266	10.212	10.400	86,48
H.U. Rey Juan Carlos	19.852	20.312	21.574	119,72
H.U. de Torrejón	12.141	12.132	11.998	80,19
H.U. de Fuenlabrada	15.815	15.886	16.311	71,81
H.U. Fundación Alcorcón	16.102	16.387	16.548	96,22
H.U. de Getafe	18.319	18.669	18.736	82,66
H.U. Infanta Leonor	13.625	15.483	15.768	52,17
H.U. Infanta Sofía	14.229	14.592	15.193	46,80
H.U. de Móstoles	13.072	12.693	12.225	72,99
H.U. Príncipe de Asturias	18.068	17.917	18.213	73,51
H.U. Severo Ochoa	15.388	15.807	15.835	81,56
H.G. de Villalba	8.810	8.963	9.624	80,74

Fuente: Elaboración Propia a partir datos Catálogo de hospitales

Entre los hospitales de media complejidad es el hospital Rey Juan Carlos el que realiza el mayor número de ingresos y el que tiene la mayor tasa de los mismos.

En cuanto a la menor actividad, es el Hospital de Villalba el que tiene menor número de ingresos, sin embargo, es el Hospital Infanta Sofía el que presenta la menor tasa de ingresos por habitantes.

Por último, entre los hospitales de alta complejidad es el Hospital de la Paz el que ostenta la mayor actividad en ingresos, sin embargo, es superado por el Hospital Gregorio Marañón en tasa de ingresos.

El Hospital de la Princesa es que menor número de ingresos realiza y menor tasa de ingresos registra.

Evolución de los Ingresos Hospitalarios en la Comunidad de Madrid

Hospital	2016	2017	2018	Tasa de ingresos/ 1000 hab. de población protegida 2018.
Alta complejidad				
H. Clínico San Carlos	34.299	32.320	31.908	85,25
H. Fundación Jiménez Díaz	29.046	30.125	29.128	63,83
H.G.U. Gregorio Marañón	48.652	48.059	47.298	147,36
H.U. 12 Octubre	44.513	44.739	45.053	101,12
H.U. La Paz	47.116	48.151	48.945	92,81
H.U. de La Princesa	15.163	15.750	15.885	50,13
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	25.910	25.925	26.048	66,04
H.U. Ramón y Cajal	31.847	31.847	31.876	54,21

Fuente: Elaboración Propia a partir datos Catálogo de hospitales

En resumen:

La Comunidad de Madrid realiza un mayor número de ingresos por habitante. Los Hospitales que registran mayor número de ingresos por nivel de complejidad y población protegida son el Hospital Infanta Elena, Hospital Rey Juan Carlos y Hospital Gregorio Marañón.

Por el contrario, los hospitales que realizan menor número de ingresos por nivel de complejidad y población protegida son el Hospital de El Escorial, Hospital de Vallalba y Hospital de la Princesa.

4.2. Estancias hospitalarias

Estancia Media. 2017

Actividad	C. Madrid	Media Nacional
Estancia Media (incluye todos los hospitales de la red de hospitales del SNS)	6,72	6,76

Fuente: Indicadores Clave SNS-MSCBS

El promedio de días de estancia del total de altas válidas es inferior en la Comunidad de Madrid que en la media del SNS. Es decir, los madrileños permanecen menos tiempo ingresados en los hospitales.

En principio, si no se aumentan las recaídas con el acortamiento de las estancias, la reducción de la estancia hospitalaria es un indicador de mayor resolución del sistema sanitario madrileño que contribuye a un menor gasto sanitario.

En la Comunidad de Madrid se realizan más ingresos con estancias más cortas.

Evolución de la Estancia Media en los Hospitales de la C. Madrid

	2016		2017		2018	
	EM total	EM sin obstetricia	EM total	EM sin obstetricia	EM total	EM sin obstetricia
Hospitales de baja complejidad						
H. El Escorial	4,58	4,81	5,25	5,56	4,89	5,16
H.U. del Tajo	5,42	5,93	5,44	5,93	5,38	5,82
H.U. del Henares	5,52	5,85	5,61	5,89	5,67	5,92
H.U. Infanta Cristina	4,69	5,23	4,52	4,96	4,69	5,13
H.U. Infanta Elena	4,58	4,9	4,65	4,96	4,46	4,71
H.U. del Sureste	4,96	5,48	5,07	5,49	4,95	5,29

Fuente: Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

Coincidiendo con los ingresos, el Hospital de Henares que era uno de los que tenía mayor tasa de ingresos es el que tiene las estancias de mayor duración, y el Hospital Infanta Elena que ostentaba la tasa más alta de ingresos es el que registra las estancias de menor duración. Es decir, este último realiza más ingresos, pero con estancias más cortas, lo que permite un uso más intensivo de la cama hospitalaria.

Evolución de la Estancia Media en los Hospitales de la C. Madrid

	2016		2017		2018	
	EM total	EM sin obstetricia	EM total	EM sin obstetricia	EM total	EM sin obstetricia
Hospitales de media complejidad						
H. Gómez Ulla	6,33	6,33	6,1	6,1	6,09	6,09
H.I.U. Niño Jesús	5,34	5,34	5,5	5,5	5,49	5,49
H.U. Rey Juan Carlos	4,88	5,18	4,98	5,3	5,22	5,52
H.U. de Torrejón	4,08	4,29	3,95	4,28	4,08	4,42
H.U. de Fuenlabrada	5,34	5,75	4,99	5,29	5,22	5,52
H.U. Fundación Alcorcón	5,44	5,77	5,3	5,55	5,39	5,64
H.U. de Getafe	5,43	5,74	5,33	5,62	5,48	5,77
H.U. Infanta Leonor	4,93	5,42	5,36	5,85	5,24	5,7
H.U. Infanta Sofía	5,26	5,79	5,19	5,59	5,14	5,51
H.U. de Móstoles	5,65	5,9	5,78	6,04	5,64	5,87
H.U. Príncipe de Asturias	6	6,41	5,98	6,39	5,73	6,08
H.U. Severo Ochoa	6,09	6,47	5,83	6,13	5,98	6,28
H.G. de Villalba	4,73	4,91	4,93	5,15	5,23	5,46

Fuente: Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

Entre los hospitales de media estancia no existe ninguna correlación con la tasa de ingresos, es decir, las estancias más cortas no aumentan la tasa de ingresos, ni la reduce. En este caso es el Hospital Severo Ochoa el que registra la mayor estancia media sin tener en cuenta las estancias de obstetricia (numerosas en este hospital) y el Hospital Gómez Ulla el que registra la mayor duración de estancia media.

El Hospital de Torrejón durante el periodo indicado registra la menor estancia media. Es hospital con la estancia media más baja de toda la Red Sanitaria Única de Utilización Pública y el único con el Hospital Infanta Elena que baja de los 5 días, sustentado en parte en su nivel de baja complejidad.

Evolución de la Estancia Media en los Hospitales de la C. Madrid

	2016		2017		2018	
	EM total	EM sin obstetricia	EM total	EM sin obstetricia	EM total	EM sin obstetricia
Hospitales de alta complejidad						
H. Clínico San Carlos	5,75	5,99	6,14	6,4	6,17	6,43
H. Fundación Jiménez Díaz	5	5,15	4,9	5,04	5,04	5,19
H.G.U. Gregorio Marañón	6,28	6,79	6,25	6,75	6,25	6,75
H.U. 12 Octubre	5,82	6,17	5,63	5,94	5,65	5,94
H.U. La Paz	6,45	6,95	5,94	6,43	5,95	6,41
H.U. de La Princesa	7,26	7,26	6,85	6,85	6,83	6,83
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	5,92	6,4	5,96	6,41	5,95	6,4
H.U. Ramón y Cajal	6,08	6,08	6,12	6,12	6,21	6,21

Fuente: Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

Entre los hospitales de mayor complejidad, el Hospital de la Princesa presenta la estancia de mayor duración, la más alta de toda la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, y la Fundación Jiménez Díaz las estancias más cortas.

Evolución de la Estancia Media en los Hospitales de la C. Madrid

	2016		2017		2018	
	EM total	EM sin obstetricia	EM total	EM sin obstetricia	EM total	EM sin obstetricia
Otros hospitales						
H. Central de la Cruz Roja	5,55	5,55	5,12	5,12	5,08	5,08
H.U. Santa Cristina	4,22	4,22	3,59	3,59	3,71	3,71
Media CM	5,43	5,73	5,39	5,66	5,41	5,67

Fuente: Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

En resumen:

Los hospitales de la Comunidad de Madrid hacen un uso más eficiente de la cama hospitalaria. En general, la duración de la estancia se relaciona más con el nivel de complejidad del Hospital que con otros indicadores como el número de ingresos.

4.3. Intervenciones Quirúrgicas

4.3.1 Evolución de la actividad quirúrgica

Actividad	C. Madrid	Media Nacional
Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1.000 hab./año	130,87	112,4
Pacientes en espera de intervención quirúrgica no urgente por 1000 hab.	8,15	13,13
Tiempo medio de espera de pacientes en lista de espera estructural (días)	51	106

Fuente: Indicadores Clave. MSCBS

Según datos del MSCBS, en 2018:

- ❖ La **tasa de intervenciones quirúrgicas** en la Comunidad de Madrid (130,87 intervenciones/año por cada 1.000 hab.) es **más alta** que la media nacional (112,4 intervenciones/año por cada 1.000 hab.), sólo superada por el País Vasco (145,04 intervenciones/año por cada 1.000 hab.) y Cataluña (143,71 intervenciones/año por cada 1.000 hab.).
- ❖ La **tasa de pacientes en lista de espera** (8,15 pacientes por cada 1.000 hab.) es también menor a la media nacional (13,13 pacientes por cada 1.000 hab.). Madrid es la Comunidad Autónoma con la tasa **más baja**, sólo superada por la Ciudad Autónoma de Melilla (3,83 pacientes por cada 1.000 hab.). La comunidad que acumula mayor número de pacientes en lista de espera es Cataluña (21,71 pacientes por cada 1.000 hab.)
- ❖ Respecto al **tiempo de espera**, respecto a la espera de los pacientes en lista de espera estructural, la Comunidad de Madrid registra el **menor** número de días de espera (51 días) **de todo el territorio nacional**. La Comunidad Autónoma con el mayor número de días de espera es Canarias (177 días).

Por tanto, se puede decir que la Comunidad de Madrid en comparación con otras CC.AA. presenta mejores datos sobre la espera quirúrgica. No obstante, como ya indicamos al principio de este informe, los madrileños demandan mejoras, además como veremos más adelante en los indicadores, estos no reflejan la espera real de los madrileños.

En 2018 se realizaron en la Comunidad de Madrid 463.516 Intervenciones quirúrgicas de las cuales el 42,5% fueron con hospitalización y el 57,5% ambulatorias.

Los datos que se han expuesto anteriormente son medias autonómicas, pero se dan desigualdades de espera por centros hospitalarios, lo que significa que muchas de las medidas de mejora tendrán que partir del análisis de la gestión tanto de la actividad quirúrgica como de la propia lista de espera de cada en cada uno de los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Intervenciones Quirúrgicas

Centro	Total Intervenciones quirúrgicas		Intervenciones quirúrgicas con hospitalización		Intervenciones quirúrgicas ambulatorias	
	201	IQ por cada 1000 TSI	2018	IQ por cada 1000 TSI	2018	IQ por cada 1000 TSI
Baja complejidad						
H. El Escorial	4.177	36,3	1.463	12,7	2.714	23,6
H.U. del Tajo	4.167	53,3	1.507	19,3	2.660	34
H.U. del Henares	8.899	51,7	3.980	23,1	4.919	28,6
H.U. Infanta Cristina	7.840	46,7	2.868	17,1	4.972	29,6
H.U. Infanta Elena	11.830	106,4	3.813	34,3	8.017	72,1
H.U. del Sureste	6.749	36,9	2.362	12,9	4.387	24

Fuente: Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

Entre los hospitales de menor complejidad el hospital Infanta Elena es el que registra mayor número de intervenciones quirúrgicas, en gran parte por el número de intervenciones quirúrgicas sin hospitalización, de menor complejidad y coste. Su tasa de actividad quirúrgica (106,4 IQ por cada 100 TSI) duplica a la del resto de hospitales de su mismo nivel. Este hospital es el que mayor número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias realiza, casi el doble que el siguiente hospital en número de intervenciones. El Hospital de Henares es el que tiene la mayor tasa de intervenciones con hospitalización. El hospital de El Escorial es el hospital que menor tasa de actividad quirúrgica ostenta (36,3 IQ por cada 1000 TSI).

En los últimos tres años el Hospital de El Escorial e Infanta Elena han disminuido el número de intervenciones quirúrgicas que realizan.

Intervenciones Quirúrgicas

Centro	Total Intervenciones quirúrgicas		Intervenciones quirúrgicas con hospitalización		Intervenciones quirúrgicas ambulatorias	
	2018	IQ por cada 1000 TSI	2018	IQ por cada 1000 TSI	2018	IQ por cada 1000 TSI
Media complejidad						
H. Gómez Ulla	8.372	69,6	4.586	38,1	3.786	31,5
H.U. Rey Juan Carlos	20.850	115,7	7.211	40	13.639	75,7
H.U. de Torrejón	11.753	78,5	4.221	28,2	7.532	50,3
H.U. de Fuenlabrada	17.392	76,6	4.927	21,7	12.465	54,9
H.U. Fundación Alcorcón	14.482	84,2	5.377	31,3	9.105	52,9
H.U. de Getafe	14.555	64,2	6.815	30,1	7.740	34,1
H.U. Infanta Leonor	15.283	50,6	5.643	18,7	9.640	31,9
H.U. Infanta Sofía	10.098	31,1	4.837	14,9	5.261	16,2
H.U. de Móstoles	10.516	62,8	4.165	24,9	6.351	37,9
H.U. Príncipe de Asturias	17.550	70,8	7.452	30,1	10.098	40,8
H.U. Severo Ochoa	14.466	74,5	4.594	23,7	9.872	50,8
H.G. de Villalba	9.957	83,5	3.305	27,7	6.652	55,8

Fuente: Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

Entre los hospitales de media complejidad, el Hospital Rey Juan Carlos es el que realiza mayor número de intervenciones, principalmente por las intervenciones ambulatorias, baja complejidad y sin hospitalización. Este hospital es el que tiene la tasa de actividad más alta para ambos tipos de intervenciones (con hospitalización y ambulatoria), su tasa de actividad (115,7 por cada 1000 TSI) cuadruplica la del hospital con la tasa más baja, Hospital Infanta Sofía (31,1 IQ por cada 1000 TSI.)

El único hospital que realiza más intervenciones quirúrgicas con hospitalización que ambulatorias es el Hospital Gómez Ulla.

Desde el punto de vista de la evolución, en los últimos tres años disminuyeron el número de intervenciones quirúrgicas el Hospital de Torrejón y Hospital de Móstoles.

Intervenciones Quirúrgicas

Centro	Total Intervenciones quirúrgicas		Intervenciones quirúrgicas con hospitalización		Intervenciones quirúrgicas ambulatorias	
	2018	IQ por cada 1000 TSI	2018	IQ por cada 1000 TSI	2018	IQ por cada 1000 TSI
H. Clínico San Carlos	30.687	82	12.433	33,2	18.254	48,8
H. Fundación Jiménez Díaz	33.906	74,3	12.759	28	21.147	46,3
H.G.U. Gregorio Marañón	31.210	97,2	16.647	51,9	14.563	45,4
H.U. 12 Octubre	31.800	71,4	18.344	41,2	13.456	30,2
H.U. La Paz	40.265	76,4	21.059	39,9	19.206	36,4
H.U. de La Princesa	15.511	48,9	6.739	21,3	8.772	27,7
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	19.515	49,5	8.995	22,8	10.520	26,7
H.U. Ramón y Cajal	28.520	48,5	13.495	23	15.025	25,6

Fuente: Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

El hospital con mayor actividad quirúrgica entre los hospitales de alta complejidad es el hospital de la Paz, sin embargo, es el Hospital Gregorio Marañón el que registra mayor tasa de actividad total (97,2 IQ por cada 1000 TSI) y con hospitalización (51,9 IQ por cada 1000 TSI) y el Hospital Clínico en intervenciones quirúrgicas ambulatorias (48,8 IQ por cada 1000 TSI). La menor tasa de actividad quirúrgica Total la ostenta el Hospital Ramón y Cajal (48,4 IQ por cada 1000 TSI), con hospitalización (23 IQ por cada 1000 TSI) y ambulatoria (25,6 IQ por cada 1000 TSI).

La Fundación Jiménez Díaz fue el hospital que más redujo su actividad quirúrgica entre 2016 y 2018 (13,9%). Los hospitales Gregorio Marañón (2,3%), La Paz (2,4%) y Ramón y Cajal (6,9%) también disminuyeron su actividad, aunque en menor porcentaje.

El hospital Gregorio Marañón, 12 de Octubre y La Paz son los únicos que realizaron más intervenciones con hospitalización que ambulatorias

Intervenciones Quirúrgicas

Centro	Intervenciones quirúrgicas			Intervenciones con hospitalización			Intervenciones ambulatorias		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Otros hospitales									
H. Central de la Cruz Roja	7.966	8.793	8.932	2.723	2.770	2.526	5.243	6.023	6.406
H.U. Santa Cristina	8.318	10.617	9.331	2.492	2.799	2.571	5.826	7.818	6.760

Fuente: Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

Entre los hospitales de apoyo, el Hospital Santa Cristina es el que realiza mayor número de intervenciones quirúrgicas. Estos hospitales realizan mayoritariamente intervenciones ambulatorias, intervenciones que no necesitan hospitalización y son menos complejas.

A modo de resumen, en 2018:

- ❖ Los hospitales con mayor tasa de actividad quirúrgica con hospitalización según su nivel de complejidad, fueron el Hospital de Henares, Hospital Rey Juan Carlos y Hospital Gregorio Marañón.
- ❖ Los hospitales con mayor tasa de actividad quirúrgica ambulatoria, según su nivel de complejidad, fueron el Hospital Infanta Elena, Hospital Rey Juan Carlos y Hospital Clínico San Carlos.
- ❖ Los hospitales con menor tasa de actividad quirúrgica con hospitalización, según su nivel de complejidad, fueron el Hospital del Escorial, Hospital Infanta Sofía y Hospital Ramón y Cajal.
- ❖ Los hospitales con menor tasa de actividad quirúrgica ambulatoria, según su nivel de complejidad, fueron el Hospital del Escorial, Hospital Infanta Sofía y Hospital Ramón y Cajal.

4.3.2. Lista de Espera quirúrgica

En 2016 se aprobó en la Comunidad de Madrid el último Plan para la reducción del tiempo de espera para ser intervenido quirúrgicamente.

El **Plan Integral de Mejora de las Listas de Espera quirúrgica, de consultas y pruebas diagnósticas del Servicio Madrileño de Salud 2016-2019, está vigente desde enero de 2015 hasta diciembre de 2019**, tiene como objetivos:

- ❖ Disminuir el número de pacientes que se encuentran a la espera de la realización de una intervención quirúrgica.
- ❖ Disminuir el tiempo de espera de los pacientes para la realización de una intervención quirúrgica en días de demora/espera media y días de demora/espera máxima.
- ❖ Disponer de información veraz y de calidad sobre la situación de los pacientes incluidos en lista de espera en cuanto al número, demoras, esperas y prioridad por centro, especialidad, servicio y proceso.

4.3.2.1. Garantías y tiempos máximos

En el Plan Integral de Mejora de las Listas de Espera se establecieron las siguientes garantías de tiempos máximos:

- ❖ Procesos oncológicos: máximo de **30 días** para la intervención quirúrgica desde su prescripción por el facultativo responsable del proceso.
- ❖ Procesos cuya demora por encima de un determinado tiempo cambia el curso de la enfermedad o presenta un riesgo importante de mortalidad, por ejemplo, la cirugía cardiaca: máximo de **90 días** para la cirugía coronaria y valvular desde su inclusión en el registro de lista de espera quirúrgica.
- ❖ Procesos que determinan un deterioro de la calidad de vida: máximo de **180 días** en intervenciones sin riesgo vital como cataratas, prótesis de cadera y de rodilla desde la prescripción de la intervención quirúrgica por el facultativo responsable del proceso para los pacientes en lista de espera estructural.
- ❖ Igualmente debe establecerse una garantía de tiempos máximos de **180 días** para los 25 procedimientos más comunes en lista de espera estructural, a contar desde su inclusión en el registro de lista de espera quirúrgica, tales como:
 - Hernia inguinal/crural.
 - Eventración.
 - Patología anal (Sinus, Fistula, Fisura, Hemorroides).
 - Colectomías.
 - Adenoamigdalectomía.
 - Septoplastia.
 - Artroscopia de rodilla.
 - Hallux valgus.
 - Síndrome túnel del carpo.
 - Patología de los dedos.
 - Patología de hombro.
 - Extracciones de material de osteosíntesis.
 - Patología de párpados.
 - Hipertrofia benigna de próstata.
 - Varices.
 - Fimosis.
 - Vasectomías.

- Hidrocele.
- Varicocele.
- Orquidopexia.
- Hernias discales.
- Estenosis de canal.

❖ Pacientes incluidos en lista de espera no estructural máximo de 360 días.

Se establecieron unos plazos para ir reduciendo progresivamente la espera:

- ❖ En 2016 los objetivos son marcados anteriormente.
- ❖ En el 2017 los tiempos máximos en lista de espera estructural debían situarse en **170 días** y para la lista de espera no estructural **330 días**.
- ❖ En el 2018 los tiempos máximos en lista de espera estructural debieron situarse en **160 días** y para la lista de espera no estructural **300 días**.
- ❖ En el **2019 los tiempos máximos en lista de espera estructural deben situarse en 150 días y para la lista de espera no estructural 270 días**.
- ❖ En el 2020 los tiempos máximos en lista de espera estructural deberán situarse en **150 días** y para la lista de espera no estructural **240 días**.

El análisis estadístico de los datos publicados por la propia Comunidad de Madrid nos indica respecto a ambas listas de espera que los tiempos máximos se cumplían en el inicio del Plan desde el punto de vista de la media. Pero pacientes que superan los tiempos máximos:

- ❖ El 1 de enero de 2016 superaban los 180 días de espera 1,61 pacientes de la lista de espera estructural, mientras que en el 30 de septiembre de 2019 ese porcentaje se redujo a un 0,97%. Aunque este porcentaje es mayor, dado que en 2019 el tiempo máximo se ha reducido a 150 días y las estadísticas que publica la Consejería de Sanidad no nos permite saber cuántos pacientes tienen esperas entre 150 a 180 días.
- ❖ Respecto a los pacientes en la lista de espera de rechazo tras derivación se ha pasado de un 5,01% a 1,72% los pacientes que superar los tiempos máximos, pasando lo mismo que en la lista de espera estructural, este último porcentaje es mayor, pero al no conocer el número de pacientes con esperas superiores a los 270 días y menores a 360 días no podemos calcularlo.

Cumplimiento de la Garantía de Tiempos Máximos

Tipo de Lista	Demora Media				Espera Media		
	Tiempo Máximo	Datos a 30/09/19	% variación 01/01/16 a 30/09/19	% de pacientes que superan el T. Max.	Tiempo Máximo	Datos a 30/09/19	% variación 01/01/16 a 30/09/19
Lista de Espera Estructural	150	53,73	25	0,97 (>180 días)	150	63,81	58,6
Lista de Espera Tras Rechazo	270	117,1	-12,9	1,72 (>360 días)	270	136,98	-29,18

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

4.3.2.2 Conceptos y definiciones

❖ **Registro Unificado de Pacientes en lista de espera quirúrgica de la Comunidad de Madrid.**

Está formado por todos los pacientes con derechos a la asistencia sanitaria pública en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, con prescripción no urgente de un procedimiento quirúrgico, establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano. No se incluyen en el registro los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

❖ **Fecha de entrada en el registro o fecha de inclusión en lista de espera**

La fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista quirúrgico, introducida por el hospital correspondiente.

❖ **Fecha de salida del registro:**

La fecha en la que el paciente es dado de baja en el registro. Toda salida del registro debe quedar documentada figurando el motivo específico de aquella.

4.3.2.3 Evolución de la Lista de espera

4.3.2.3.1. Evolución del número de pacientes en lista de espera

Se entiende por **Número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica atendiendo al tipo de espera** al número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica en el momento del corte, en función del tipo de espera, es decir a la fecha indicada, último día de mes o año.

Tipos:

- Número de pacientes en espera estructural.
- Número de pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo.
- Número de pacientes transitoriamente no programable

Definición de los distintos tipos de pacientes:

○ **Pacientes en espera estructural:**

Pacientes incluidos en el registro de lista de espera quirúrgica que en un momento dado **se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente** y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

○ **Pacientes en espera tras rechazo de la propuesta de intervención en un centro alternativo:**

Son aquellos pacientes incluidos en el registro de lista de espera quirúrgica y que, en un momento dado, **se encuentran es espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo**, y por tanto se encuentran pendientes de intervención por haber declinado la opción de ser derivados a otro centro **público o privado** en el que pueda realizarse su intervención dentro del plazo establecido, permaneciendo en la lista de espera del hospital elegido, y cuya espera es motivada por la libre elección del ciudadano.

○ **Pacientes Transitoriamente No Programables**

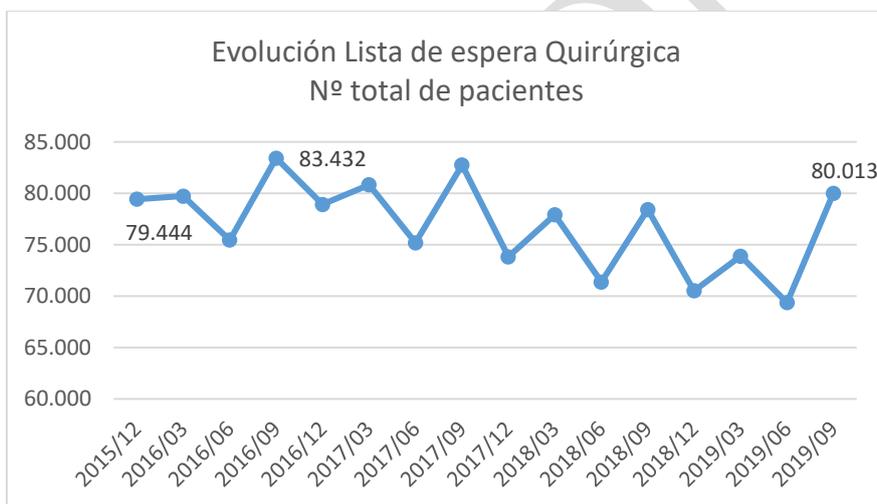
Pacientes cuya intervención quirúrgica **no puede ser programada** en una fecha concreta por alguno de los siguientes motivos:

- Pacientes en espera médica **por motivos clínicos** que desaconsejen temporalmente la realización de la intervención.
- Pacientes en espera voluntaria, **por solicitud de aplazamiento** de la intervención por motivos personales o laborales.

En esta categoría se mantuvo durante muchos años a los pacientes que no se les había hecho el preoperatorio, de manera prácticamente no se les incluía en la lista estructural hasta que ya iban a ser intervenidos quirúrgicamente.

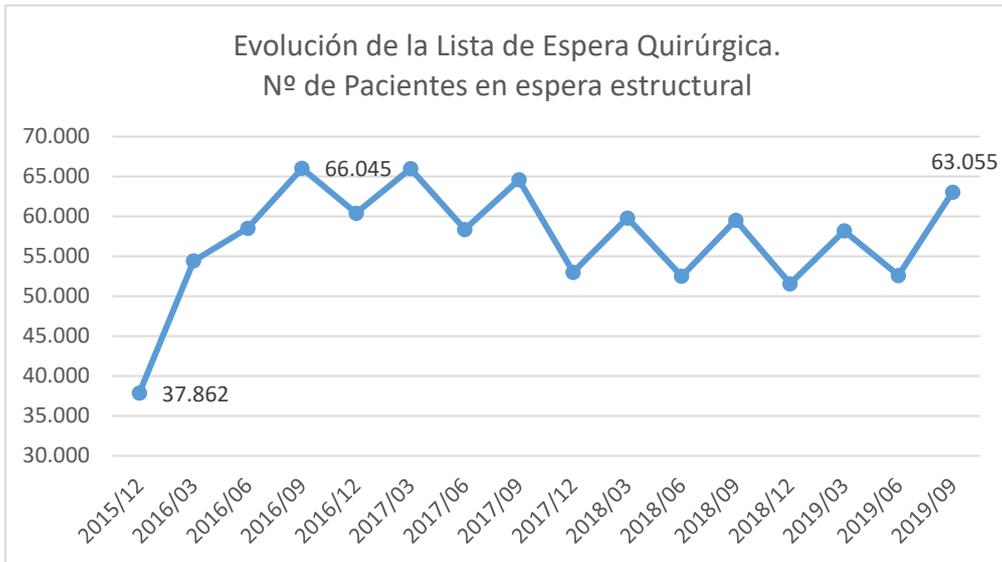
En el periodo que entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de septiembre de 2019 el **número de pacientes totales en lista de espera se ha incrementado en un 0,7%** (569 pacientes).

En septiembre de 2016 se alcanzó el número máximo de pacientes, desde ese momento la lista de espera ha tenido una tendencia descendente con fluctuaciones, **durante el tercer trimestre de 2019 se ha registrado el mayor incremento de la serie**, lo que ha provocado que desde el nivel máximo la reducción de pacientes se haya situado en **un 4%**.



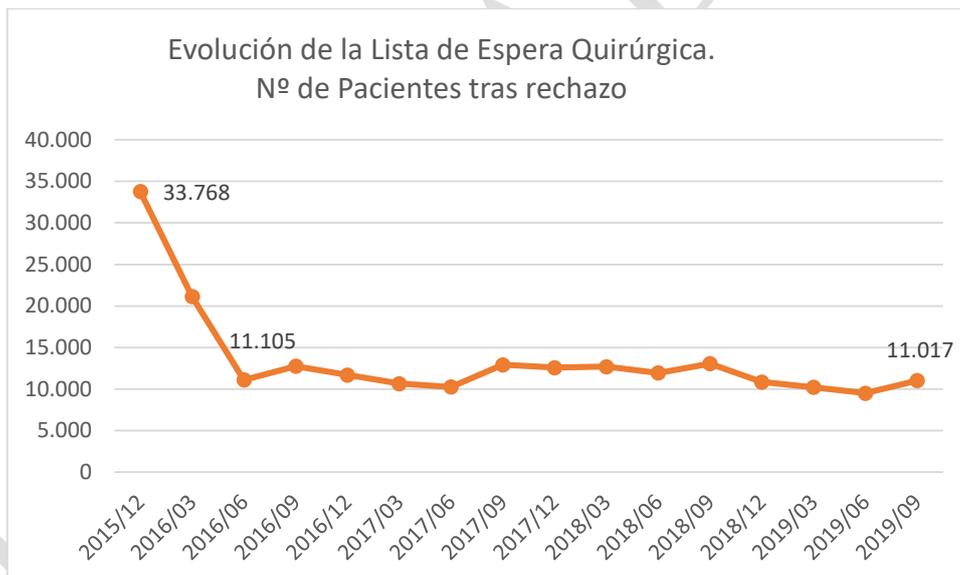
Desde 2016 al 30 de septiembre de 2019 el número de pacientes en lista de espera estructural se ha incrementado en un 66,5 % (25.193 pacientes).

Durante los primeros nueve meses de 2016 el número de pacientes se incrementó casi un 70% la lista de espera estructural, a consecuencia de los cambios de criterios en la inclusión en las distintas listas de espera, desde ese momento (máximo valor registrado) el número de pacientes en esta lista ha disminuido en un 4,5%.



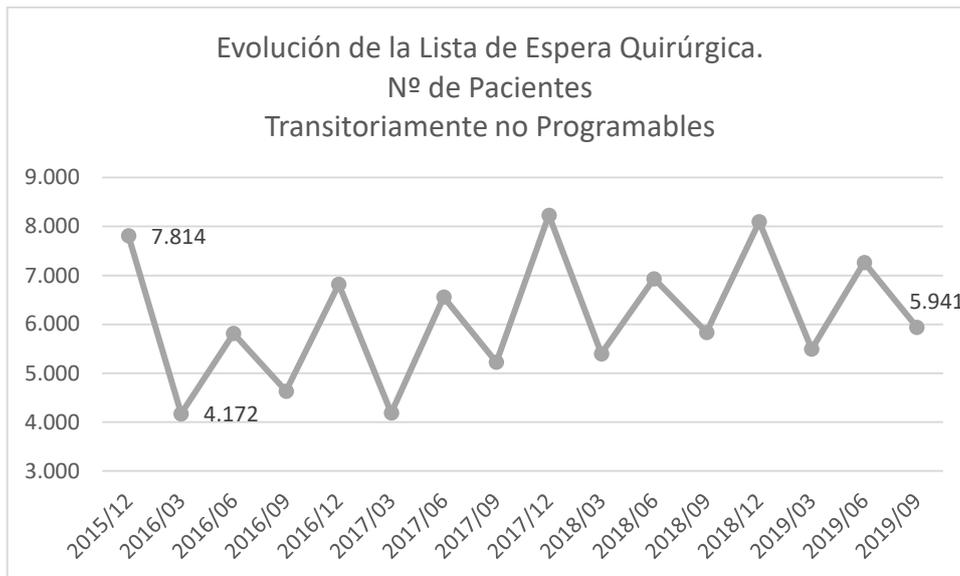
Desde el 1 de enero de 2016 el número de pacientes tras rechazo por derivación ha disminuido en un **67,4%** (22.751 pacientes).

En el primer semestre de 2016 el número de pacientes tras rechazo a la derivación disminuyó en un 67,1%. Desde ese momento el número de pacientes ha disminuido tan sólo un 0,8%.



Desde el 1 de enero de 2016 el número de pacientes transitoriamente no programables ha disminuido un **24%** (1.873 pacientes).

Durante el **primer trimestre de 2016** el número de pacientes en esta lista de espera disminuyó un 46%, desde ese momento el número de pacientes se ha incrementado en un **42,4%**



En resumen:

- ❖ **El número total de pacientes se ha incrementado durante el periodo de vigencia del Plan.**
- ❖ **La puesta en marcha del Plan Integral tuvo como consecuencia la visibilidad de un gran número de pacientes que se mantenían ocultos en un limbo estadístico, principalmente los incluidos en la lista de espera estructural que engrosaban para de la lista de espera de los pacientes transitoriamente no programables.**
- ❖ **Desde la “normalización” estadística, la lista de espera se ha mantenido estable con discretas reducciones en la lista de espera estructural y de pacientes tras rechazo y con un relevante incremento del número de pacientes no programables, lo que resulta beneficioso respecto a los resultados, ya que estos no computan a efectos de demora ni de espera.**

4.3.2.3.2 Evolución de la Demora Media

Los indicadores de espera vienen determinados por la definición de los mismos que realiza el REAL DECRETO 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Existen diferencias entre Demora y Espera. La **demora** hace referencia al **tiempo acumulado por los pacientes que están en la lista de espera**, mientras que la **espera** contabiliza el **tiempo que los pacientes han permanecido en la lista de espera hasta que ha salido de la misma**.

Estas son las definiciones que contempla el Registro Unificado de Pacientes

- ❖ **Demora media estructural**
Es el tiempo promedio, expresado en días naturales, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención en espera estructural, desde la fecha de entrada en el registro hasta la **fecha final del periodo de estudio (fecha de corte)**.
- ❖ **Demora media tras rechazo de derivación**
Es el tiempo promedio, expresado en días naturales, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un

centro alternativo, desde la fecha de entrada en el registro hasta la **fecha final del periodo de estudio (fecha de corte).**

Este indicador no recoge realmente la espera de los madrileños, es decir, el tiempo que transcurre desde que el facultativo prescribe la intervención quirúrgica y la fecha en la que efectivamente se realiza, simplemente recoge la media de días que llevan en espera los pacientes a los que todavía no se ha intervenido. Por ello, es habitual que las estadísticas estén afectadas estacionalmente, al ser datos a fecha de corte, cuando entran muchos pacientes en la lista de espera, la demora disminuye, porque esos pacientes acumulan, en ese momento, esperas muy bajas. Y, al contrario, después de periodos vacacionales, la lista de espera suele aumentar, porque al realizarse menos salidas de la lista, los pacientes que permanecen en la misma acumulan esperas mayores.

En cualquier caso, este indicador, el único sobre el que se facilitan datos de espera por hospitales, no facilita información útil a los madrileños para ejercer la libre elección de centro hospitalario, por ello se dan tantos rechazos de centro alternativo, porque la elección no se realiza sobre los centros hospitalarios de la Red Única de Utilización Pública, sino sobre la selección realizada por la administración sanitaria, generalmente dirigida hacia hospitales privados, alejados de las residencias habituales de los pacientes. Además, la libre de elección de centro en estos casos está penalizada con la salida de la lista de espera.

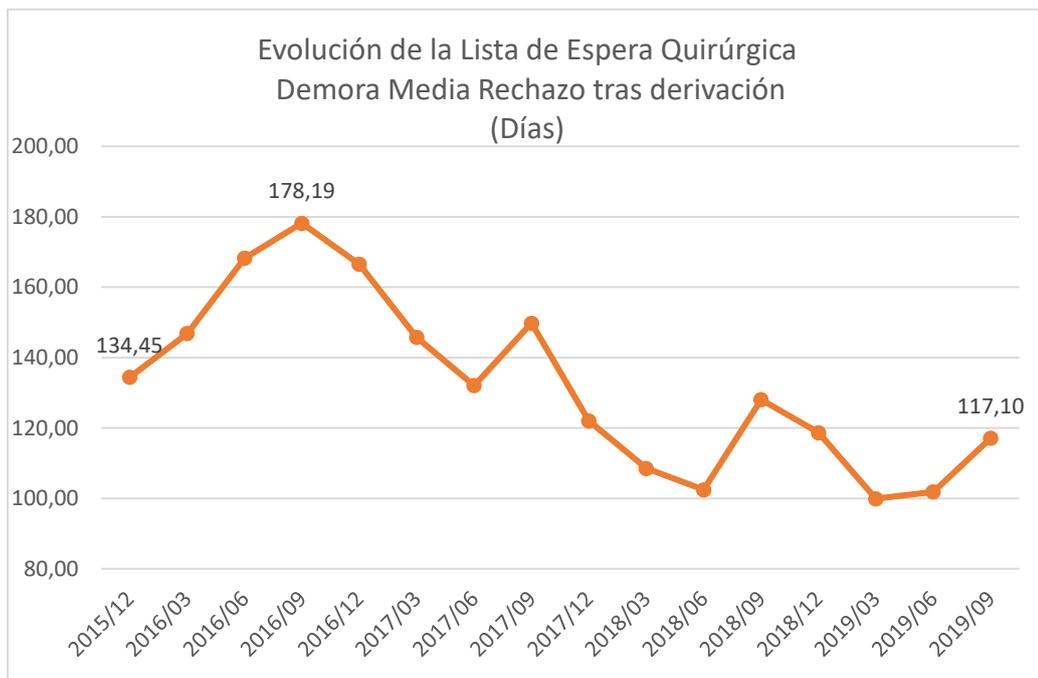
Entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de septiembre de 2019 **la demora media estructural se ha incrementado un 25,5%** (11 días). Hay que destacar el incremento del **148%** de la demora **entre los 60 y 90 días** y un **402%** la demora **entre 90 y 180 días**. Las demoras superiores a los 180 días se han incrementado un **0,5%**. **Durante el último semestre se ha registrado el incremento más importante de toda la serie un 28,2%**, más de 11 días.



Al igual que ocurre con el número de pacientes, durante los primeros 9 meses de 2016 se produjeron incrementos muy importantes en la demora.

La demora estructural se incrementó un 42%, alcanzando su máximo nivel, desde este momento la demora se ha reducido un 11,7%.

Desde el 1 de enero de 2016 la demora media tras rechazo se ha reducido en un 12,9%. (17 días).



La demora tras rechazo se incrementó un 32,5%, desde este nivel máximo la demora se ha reducido un 34,2%.

Las demoras máximas y mínimas por hospitales, según el nivel de complejidad son:

- ❖ Nivel de complejidad baja:
 - Máxima: Hospital de Henares (71,2 días).
 - Mínima: Hospital Infanta Elena (12,1 días)
- ❖ Nivel de complejidad media:
 - Máxima: Hospital Príncipe de Asturias (116,9 días).
 - Mínima: Hospital de Villalba (14,2 días).
- ❖ Nivel de complejidad Alta:
 - Máxima: Hospital Doce de Octubre (79,4 días)
 - Mínima: Hospital Fundación Jiménez Díaz (11,1 días)

DEMORA MEDIA DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DEL TOTAL DE LAS PATOLOGIAS SOBRE LAS QUE SE HACE SEGUIMIENTO

HOSPITAL	30/06/2016	30/09/2016	31/12/2016	31/03/2017	30/06/2017	31/10/2017	31/12/2017	31/03/2018	30/06/2018	30/09/2017	31/12/2018	31/03/2019	30/06/2019	30/09/2019
H. Central Cruz Roja S. José y Sta. Adela	37,1	56,24	48,06	47,39	45,09	47,22	46,3	34,65	33,55	40,1	40,66	34,21	31,9	36
H.U. Santa Cristina	31,16	57,98	43,76	45,51	39,77	39,7	45,29	46,32	41,77	50,13	37,93	31,16	40,4	45,1
H del Escorial	41,64	78,45	61,58	56,82	46,95	64,37	55,73	53,64	49,39	59,1	51,47	44,21	37,8	50,4
H.U. Henares	40,42	75,98	66,94	60,08	57,56	55,88	60,05	57,39	54,34	73,35	57,64	49,4	53,3	71,2
H.U. Sureste	25,41	22,41	31,05	27,84	33,99	33,26	39,51	47,72	45,51	56,26	52,84	45,43	45,8	51,8
H.U. Del Tajo	20,2	26,06	28,09	30,06	29,53	33,55	39,76	31,8	30,47	45,61	43,78	33,03	21,5	27
H.U. Infanta Cristina	41,62	48,9	44,16	37,14	49,02	51,73	64,01	48,61	42,43	58,08	61,94	40,9	42,7	53
H.U. Infanta Elena	14,16	11,67	14,6	14,37	11,59	13,95	11,12	12,67	9,72	12,19	12,74	12,78	12	12,1
H. Central de la Defensa Gómez Ulla	5	9,57	18,15	14,35	50,59	45,83	54,67	58,8	47,27	59,46	55,81	51,53	57	51,7
H.G. Villalba	7,5	8,24	8,22	8,52	5,94	12,97	12,4	12,87	10,65	11,37	15,73	14,75	10,3	14,2
H.U Fuenlabrada	22,08	33,12	36,32	41,42	51,93	46,06	48,1	42,74	34,81	42,88	37,24	31,76	32,5	43,1
H.U Getafe	96,23	131,2	115,96	87,34	67,63	69,18	66,48	67,61	60,39	78,41	76,89	70,41	61,7	71,2
H.U. De Móstoles	53,95	77,52	62,71	44,86	38,46	39,08	47,24	47,71	45,6	52,94	52,11	39,77	40,6	46,2
H.U. De Torrejón	42,6	48,72	50,06	33,94	48,6	30,71	51,46	40,66	55,34	57,54	54,12	33,06	45,1	51,3
H.U. Fundación Alcorcón	79,26	114,82	103,57	103,5	87,22	94,7	82,43	74,72	66,21	88,98	70,62	58,1	56,3	74,9
H.U. Infanta Leonor	56,95	67,21	66,52	57,86	69,39	74,8	74,81	62,4	50,89	57,91	46,8	40,02	37,2	47,4
H.U. Infanta Sofía	82,28	112,4	94,46	79,84	56,99	69,45	65,69	68,55	68,25	95,58	86,21	69,88	65	80
H.U. Príncipe de Asturias	92,97	119,7	116,3	105	109,4	127,6	121,2	111,8	99,41	119,1	116,1	110,1	105,6	116,9
H.U. Rey Juan Carlos	11,38	9,58	11,52	15,9	9,94	14,39	16,82	16,16	12,59	13,08	14,1	18,16	18,7	19
H.U. Severo Ochoa	45,85	104,26	89,85	62,87	49,68	64,69	61,6	52,42	47,09	61,89	38,64	30,71	29,4	33,1
H. Clínico San Carlos	79,89	90,13	77,25	67,47	63,16	68,7	61,91	50,43	45,19	54,37	53,81	51,48	49,2	54,2
F. Jiménez Díaz	18,18	11,92	12,53	15,38	9,22	12,65	11,59	14,72	14,01	11,76	13,91	13,93	11,5	11,1
H.G.U Gregorio Marañón	79,07	93,33	88,01	80,25	70,1	74,4	75,31	71,81	66,31	76,84	72,39	60,74	58,8	70,3
H.U. 12 de Octubre	71,11	99,15	85,06	67,81	64,65	159	80,48	65,93	72,76	96,55	97,64	66,07	69,3	79,4
H. U. de la Princesa	55,48	81,44	72,13	63,35	70,75	70,92	51,61	52,97	52,36	66,86	48,6	49,5	47,2	60,2
H. U, La Paz	41,67	57,02	56,94	47,82	51,63	50,8	55,29	50,01	49,08	58,84	53,83	45,4	45,3	56,5
H.U. Puerta de Hierro-Majadahonda	65,57	84,53	77,8	72,95	70,13	80,8	73,13	73,2	72,79	83,89	71,03	55,7	57,7	72,4
H.U. Ramón y Cajal	115,1	138,1	114,6	80,66	67,66	78,12	74,74	69,14	79,68	104	80,59	61,47	62,3	72,9
H.J.U Niño Jesús	30,06	55,96	59,25	28,54	35,31	36,65	44,74	43,63	41,26	53,81	45,18	43,1	50	53,5

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

Como se puede observar los hospitales con la demora media más baja son hospitales con un modelo de gestión de concesión administrativa o convenio.

Por nivel de complejidad, los hospitales con las demoras más bajas son: Hospital Infanta Elena, Hospital de Villalba y la Fundación Jiménez Díaz. Las demoras más altas las registran: Hospital de Henares, Hospital Príncipe de Asturias y Hospital Doce de Octubre.

4.3.2.3.3. Evolución de la Espera Media

Como se ha indicado anteriormente, la espera hace referencia al tiempo que transcurre entre la entrada y la salida del registro de pacientes en lista de espera. Estas son las definiciones que contempla el Registro Unificado de Pacientes:

❖ **Espera media de los pacientes en lista de espera quirúrgica**

Es el tiempo promedio, expresado en días naturales, que han esperado todos los pacientes que han salido del registro de lista de espera quirúrgica, desde la fecha de entrada en el registro hasta la **fecha de salida del Registro**.

❖ **Espera media de los pacientes en lista de espera estructural**

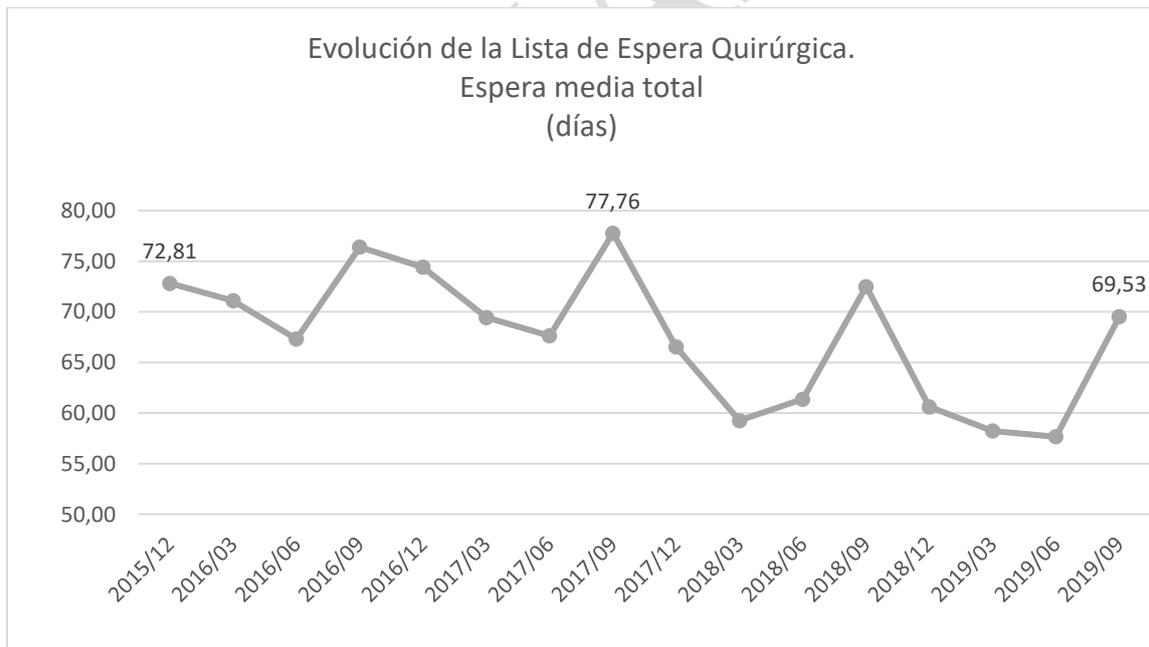
Es el tiempo promedio, expresado en días naturales, que han esperado los pacientes que han salido del registro de lista de espera estructural, desde la fecha de entrada en el registro hasta la fecha de salida del mismo.

❖ **Espera media de los pacientes en lista de espera tras rechazo a la propuesta de centro alternativo**

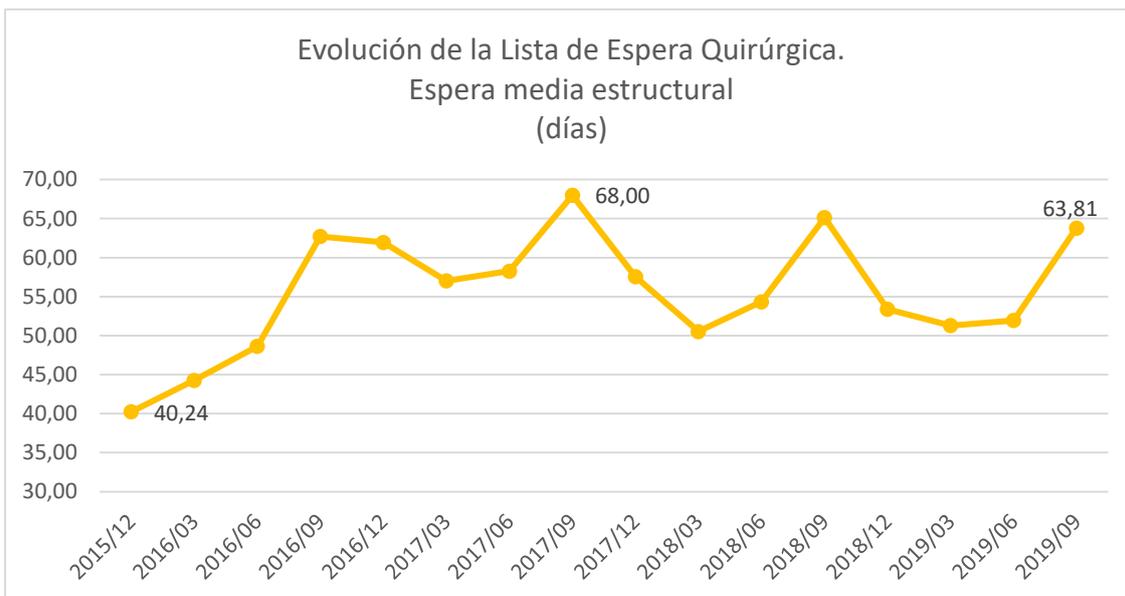
Es el tiempo promedio, expresado en días naturales, que han esperado los pacientes que han salido del registro de lista de espera tras rechazo a la propuesta de centro alternativo, desde la fecha de entrada en el registro hasta la **fecha de salida** del mismo.

Este indicador registra de manera más fidedigna las esperas, pero tiene el inconveniente que temporalmente no refleja la situación de la lista de espera en la fecha de corte, sino la situación del momento en el que se prescribió la intervención, por ejemplo, en el mes de septiembre de 2019, la espera que reflejan sus datos se debe al mes de julio de ese mismo año.

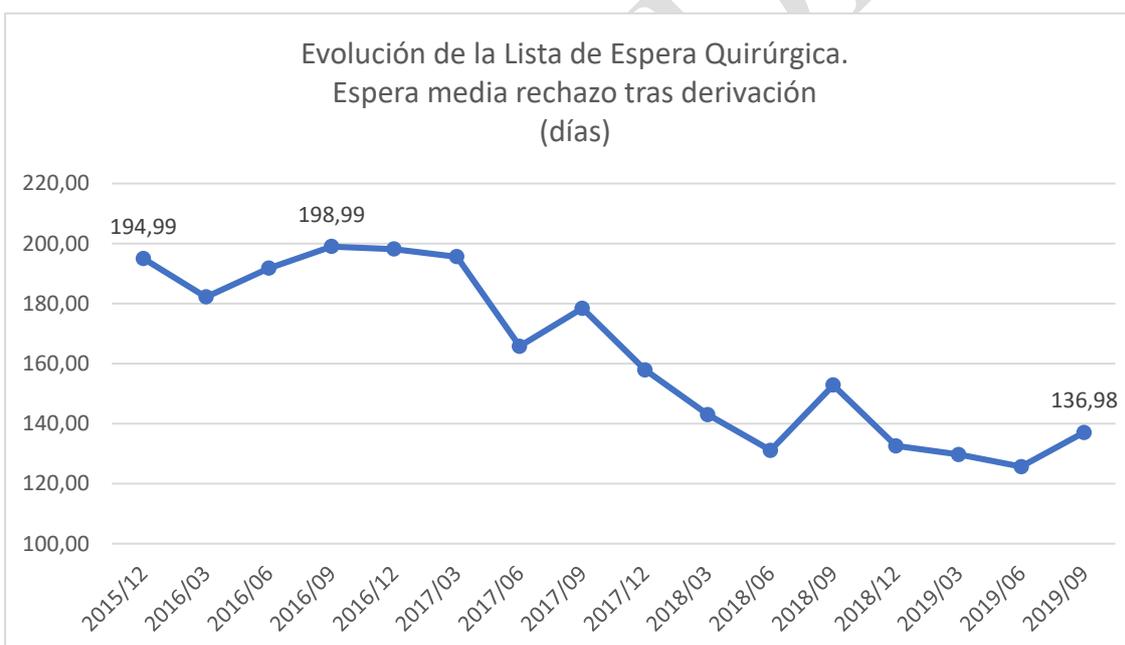
Se necesita un nuevo indicador que nos facilite, en el momento de la prescripción, sobre la fecha en la que se va a producir la intervención quirúrgica. Es decir, el tiempo que vamos a tener que esperar, en nuestro centro hospitalario y en el resto de centros si optáramos por uno de ellos.



Desde el 1 de enero de 2016, la espera media total disminuyó un 4,5%. La espera máxima se registró en septiembre de 2017 (77,78 días). Desde ese momento la lista de espera ha disminuido en un 10,6%.



Desde el 1 de enero de 2016 la espera media estructural se ha incrementado un 58,6% (24 días). La espera máxima se registró en septiembre de 2017 (68 días), desde ese momento la reducción ha sido del 6,2%.



Desde el 1 de enero de 2016 la espera media se ha reducido en un 29,8% (58 días). A pesar de ello supera los 4 meses de espera. La espera máxima se registró en septiembre de 2016 (198,99 días). Desde ese momento la reducción que se ha producido es del 31,2%.

Resumiendo, aunque la Comunidad de Madrid registre menores esperas que el resto de comunidades autónomas, el Plan Integral de Mejora ha tenido resultados muy escasos, y existen todavía pacientes con esperas superiores a los tiempos máximos establecidos. Por otra parte, la información que se facilita no permite una libre elección de centro hospitalario.

Por ello, solicitamos que se revise el Plan Integral de Mejora de la Lista de Espera Quirúrgica con el propósito de que las garantías de tiempo máximos se hagan efectivos para todos los

pacientes y se habiliten nuevos indicadores que permitan una información veraz sobre la espera quirúrgica.

4.4. Consultas Externas

4.4.1 Evolución de la actividad en consultas externas

Consultas en Atención Especializada 2017

Actividad	C. Madrid	Media Nacional
Frecuentación por cada 1000 hab./año.	2.834	2.169
Nº de pacientes en espera de primera consulta por cada 100.000 hab.	39,19	45,87
Tiempo medio de Espera primera consulta	37	66

Fuente: indicadores Clave. MSCBS

Evolución de las Consultas Externas

	2016	2017	2018	Tasa de consultas externas por cada 1000 hab. 2018
Hospitales de baja complejidad				
H. El Escorial	101.414	101.034	104.112	905,19
H.U. del Tajo	171.575	172.826	169.556	2.167,99
H.U. del Henares	252.354	253.964	258.185	1.500,59
H.U. Infanta Cristina	226.691	226.049	227.699	1.357,33
H.U. Infanta Elena	309.019	309.963	309.880	2.787,19
H.U. del Sureste	195.361	194.798	197.688	1.079,42

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

La mayor actividad, entre los hospitales de baja complejidad, la registra el Hospital Infanta Elena, mientras que la más baja la ostenta el Hospital del Escorial. Entre uno y otro se triplica la actividad. En este nivel de complejidad se da coincidencia entre actividad absoluta y tasa. Destacar la reducción de actividad en 2018 del Hospital de Henares y Tajo.

Evolución de las Consultas Externas

	2016	2017	2018	Tasa de consultas externas por cada 1000 hab. 2018
Hospitales de media complejidad				
H. Gómez Ulla	177.614	198.532	200.594	1.667,95
H.I.U. Niño Jesús	139.128	138.350	148.164	
H.U. Rey Juan Carlos	542.236	540.742	540.340	2.998,52
H.U. de Torrejón	329.671	323.027	327.556	2.189,15
H.U. de Fuenlabrada	417.599	419.526	417.176	1.836,57

H.U. Fundación Alcorcón	377.388	364.367	364.017	2.116,65
H.U. de Getafe	361.636	368.598	367.026	1.619,24
H.U. Infanta Leonor	344.895	495.305	496.812	1.643,65
H.U. Infanta Sofía	410.975	422.354	443.280	1.365,40
H.U. de Móstoles	347.495	365.526	361.558	2.158,84
H.U. Príncipe de Asturias	478.078	472.931	464.003	1.872,79
H.U. Severo Ochoa	329.595	347.479	354.058	1.823,62
H.G. de Villalba	268.843	284.674	302.002	2.533,74

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

Coincidiendo con la estadística de ingresos, el Hospital Rey Juan Carlos registra la mayor tasa de actividad en consultas de atención especializada y el Hospital Infanta Sofía el de menor tasa de actividad. Disminuyen su actividad todos los hospitales de gestión directa excepto el Hospital Severo O.

El Hospital Gregorio Marañón es el hospital con mayor tasa de actividad en consultas, mientras que el Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda es el que menos actividad registra. Al igual que en los de media complejidad, no coinciden los valores absolutos con la tasa de actividad.

Evolución de las Consultas Externas

	2016	2017	2018	Tasa de consultas externas por cada 1000 hab. 2018
Hospitales de alta complejidad				
H. Clínico San Carlos	874.627	871.065	862.410	2.304,18
H. Fundación Jiménez Díaz	1.080.313	1.126.636	1.188.280	2.603,82
H.G.U. Gregorio Marañón	913.601	909.224	947.594	2.952,27
H.U. 12 Octubre	933.964	958.279	957.581	2.149,21
H.U. La Paz	1.118.209	1.073.313	971.034	1.841,29
H.U. de La Princesa	425.205	435.637	455.057	1.435,93
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	528.683	541.465	546.817	1.091,31
H.U. Ramón y Cajal	966.481	983.796	955.306	1.624,72

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

Los hospitales de apoyo y monográficos al tener como referencia toda la población de la Comunidad de Madrid no resulta adecuado calcular su tasa. Simplemente destacar que el Hospital Cruz Roja, Rodríguez Lafora y Guadarrama han incrementado el número de consultas, mientras que el Hospital Santa Cristina y José Germain han disminuido su actividad.

Evolución de las Consultas Externas

	2016	2017	2018	Tasa de consultas externas por cada 1000 hab. 2018
Otros hospitales				
H. Central de la Cruz Roja	86.380	105.721	106.290	
H. Dr. Rodríguez Lafora	1.534	1.599	1.804	
H. de Guadarrama	1.387	1.427	1.478	
H.U. Santa Cristina	105.461	107.040	100.648	
Instituto Psiquiátrico José Germain	28.724	29.547	28.103	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

4.4.2. Lista de espera consultas externas

La lista de espera de consultas hospitalarias está regulada, al igual que las intervenciones quirúrgicas por el **Plan Integral de Mejora de las Listas de Espera quirúrgica, de consultas y pruebas diagnósticas del Servicio Madrileño de Salud 2016-2019**.

4.4.2.1. Garantía y tiempos máximos

Se establecen las siguientes garantías y tiempos máximos:

A modo orientativo se establecen para los centros las siguientes demoras medias:

- ❖ Primeras consultas: 45 días máximo.
- ❖ Primeras consultas para procesos oncológicos: 10 días máximo.

Demora Media			
Tiempo Máximo	Datos a 30/09/19	% incremento 01/01/16 a 30/09/19	% de pacientes que superan 60 días
45	42,6	30,4	50,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Consejería de Sanidad de la C.M.

En valores medios se ha cumplido con los tiempos máximos orientativos, pero existen más pacientes que superan los tiempos máximos que los que los cumplen. Lo que demuestra la poca fiabilidad de este indicador para calcular la espera real.

Espera Media estructural para pacientes atendidos en primera consulta			Demora media prospectiva		
Tiempo Máximo	Datos a 30/09/19	% variación 01/01/16 a 30/09/19	Tiempo Máximo	Datos a 30/09/20	% variación 01/01/16 a 30/09/20
45	24,72	-12,6		32,42	16

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Consejería de Sanidad de la C.M.

4.2.4.2.2. Conceptos y definiciones

Las principales definiciones y conceptos que se utilizan en la gestión de la Lista de Espera se recogen como para la LEQ en el Real Decreto 605/2003:

- ❖ **Registro de pacientes pendientes de consultas externas:**
Conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran en espera para ser atendidos en una consulta externa en atención especializada, solicitadas por un médico autorizado por la institución, teniendo documentada tal petición.
- ❖ **Consulta externa de atención especializada**
Todo acto médico realizado de forma ambulatoria y programada para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y exploración física, y realizado en un local de consultas externas de atención especializada con independencia de su ubicación física dentro de la red asistencial.

❖ **Primera consulta**

La efectuada a un paciente, por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud nuevo (excluidas las revisiones periódicas de tipo preventivo) según criterio del médico prescriptor.

❖ **Fecha de entrada en el registro**

La fecha de indicación de la consulta por el médico petionario.

❖ **Cita a primera fecha disponible**

Aquella solicitud que tiene consignada una preferencia «ordinaria» y por lo tanto no conlleva una priorización específica.

4.4.2.3. Evolución del número de Pacientes en Espera

❖ **Pacientes en espera estructural**

Incluye los pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de ser vistos en consulta de atención especializada cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

❖ **Pacientes en espera no estructural**

Pacientes incluidos en el registro en un momento dado, pero cuya espera no es atribuible a la organización y a los recursos disponibles, sino a circunstancias especiales de la solicitud de la cita:

- Pacientes con demora atribuible a la propia voluntad del paciente (pacientes en espera voluntaria por motivos personales, laborales o por libre elección de médico).
- Resto de pacientes incluidos en el registro cuya cita se ha establecido sobre una fecha solicitada por el médico petionario.



Entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de septiembre de 2019 los pacientes incluidos en la lista de espera estructural se incrementaron un 92,9%. Los datos recogidos en el mes de septiembre de 2019 registran el mayor número de pacientes en espera de toda la serie.

4.4.2.4. Evolución de la Demora media de espera para consulta externa

La Demora Media de espera es el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes en espera estructural. Tiempo de espera para primera consulta, en días naturales, entre la fecha de registro de la solicitud y la fecha de corte.



Entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de septiembre de 2019 la demora media de espera para consulta externa se incrementó un 30,4%. La demora media máxima se alcanzó en el mes de septiembre de 2016 (48,5 días), desde ese momento la demora media ha disminuido en un 12,2 %.

Más de 50,5% de los pacientes superan los 60 días de espera y un 33,6% supera los 90 días.

4.4.2.5. Evolución de la Espera media estructural

La espera media estructural es el tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes procedentes del registro hasta su atención.

- Para los pacientes atendidos en la primera fecha disponible, el tiempo de espera se calcula, en días naturales, a partir de la diferencia entre la fecha de entrada en el registro y la fecha de la visita.
- Para los pacientes atendidos en una fecha propuesta por el médico responsable o por el propio paciente, el tiempo de espera se calcula a partir de la diferencia entre la fecha de cita solicitada y la fecha de la visita.



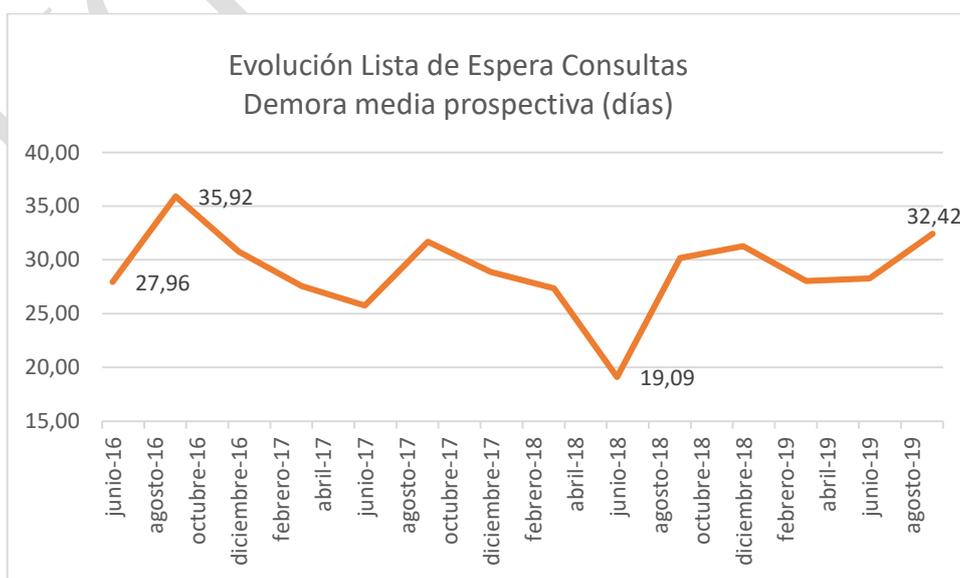
Entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de septiembre de 2019 la espera media estructural ha disminuido en un 12,6%.

El valor máximo de espera se alcanzó en el mes septiembre de 2016 (28,58 días), desde entonces la espera ha disminuido un 13,5%.

Que la espera media sea inferior a la demora media, hace pensar que muchos de los pacientes salen de la lista de espera antes de llegar a la fecha de la cita, ya que la demora recoge los días acumulados a la fecha de corte antes de ser atendidos y la espera los días transcurridos hasta que son atendidos. Como en el caso de la lista de espera, estos indicadores no son fiables para reflejar la espera real de los pacientes, y, por tanto, tampoco sirven para que los ciudadanos puedan ejercer la libre elección de centro con la información adecuada y suficiente.

4.4.2.6. Evolución de la Demora prospectiva

La demora prospectiva es el tiempo, expresado en días naturales, que tardaría en absorberse el total de pacientes pendientes al ritmo de trabajo de un período anterior definido. Total, pacientes pendientes/promedio diario de salidas totales del registro en los últimos 12 meses.



Entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de septiembre de 2019 la demora prospectiva se ha incrementado en un 16%.

La demora prospectiva máxima se alcanzó en el mes de septiembre de 2016, desde entonces ha disminuido en un 9,7%.

El valor mínimo se alcanzó en el mes de junio de 2018, desde entonces la demora prospectiva se ha incrementado en un 69,8%.

Resumiendo, las estadísticas ponen en evidencia que el Plan Integral de Mejora de la Lista de espera no ha sido efectivo para reducir la espera.

Por ello, solicitamos que se revise el Plan Integral de Mejora de la Lista de Espera de Consultas Externas con el propósito de que las garantías de tiempo máximos se hagan efectivos para todos los pacientes. y se habiliten nuevos indicadores que permitan una información veraz y adecuada sobre la espera para primeras citas de consultas externas.

UGT-MADRID

4.5 Pruebas diagnósticas:

4.5.1 Evolución de la actividad en pruebas diagnósticas

En el año 2018 se realizaron en la Comunidad de Madrid 621.791 TAC y 443.998 RMN. Ambas pruebas diagnósticas tienen una tendencia creciente. El número de TAC se ha incrementado un 6,3% en los tres últimos años y las RMN un 8%.

Respecto al SNS, en la Comunidad de Madrid se realizan un 10,7% más de TAC y un 73,1% más de RMN que en la media nacional dada la población protegida.

Pruebas diagnósticas
2017

Actividad	C. Madrid	Nacional
Uso de TAC por cada 1000 hab.	122,83	110,92
Uso de la RMN_ por cada 1000 hab.	124,73	72,04

Fuente: SIAE-MSCBS

La tasa de uso del TAC, número de estudios de TAC realizados por cada 1000 hab., es la más alta del SNS, sólo superada por La Rioja (124,36). La Región de Murcia es la Comunidad Autónoma con el menor uso de esta prueba diagnóstica (84,72), sólo superada por la Ciudad Autónoma de Ceuta (67,53).

La tasa de uso de la RMN, número de estudios de RMN realizados por cada 1000 hab., es la más alta de todo el SNS con mucha diferencia sobre el resto de CC.AA. La Comunidad con la segunda tasa de uso de la RMN es la Comunidad de las Illes Balears (97,94). La Región de Murcia es también la Comunidad con menor uso de esta prueba diagnóstica (31,69).

Por centros hospitalarios las estadísticas indican que:

En los últimos tres años, entre los hospitales de baja complejidad, disminuyeron el número de TAC los hospitales del Escorial, Tajo, Infanta Cristina y Hospital de Sureste. Por el contrario, incrementaron el número de TAC el Hospital de Henares y Hospital Infanta Elena.

En los últimos tres años, entre los hospitales de baja complejidad, disminuyeron el número de Resonancias el Hospital Infanta Cristina y el Hospital del Sureste. Por el contrario, incrementaron el número de Resonancias los hospitales de El Escorial, Tajo, Henares, Infanta Cristina e Infanta Elena.

Evolución de las Pruebas Diagnósticas por Imagen

Hospitales	TAC		Resonancias magnéticas	
	2018	Tasa TAC/1000 hab.	2018	Tasa RMN/1000 hab.
Hospitales de baja complejidad				
H. El Escorial	5.039	43,8	3.426	29,8
H.U. del Tajo	6.119	78,2	6.071	77,6
H.U. del Henares	11.984	69,7	8.073	46,9
H.U. Infanta Cristina	10.144	60,5	7.330	43,7
H.U. Infanta Elena	14.822	133,3	18.814	169,2
H.U. del Sureste	7.301	39,9	6.299	34,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid y el Catálogo de Hospitales del MSCSS

Desde el punto de vista de la actividad relacionada con la población asignada, el Hospital Infanta Elena es el que realiza un uso más intensivo tanto del TAC como de las Resonancias magnéticas. En cuanto a los hospitales que menos utilización hacen de este tipo de pruebas diagnósticas, el Hospital de Sureste es el que registra menor actividad en los TAC, mientras que el Hospital del Escorial es el que menor actividad registra en Resonancias magnéticas.

Los hospitales de media complejidad, en los últimos tres años, todos incrementaron el número de TAC. y los hospitales Gómez Ulla, Torrejón, Fuenlabrada, Infanta Leonor y Príncipe de Asturias, disminuyeron el número de Resonancias Magnéticas.

En cuanto a la tasa de actividad, el hospital Rey Juan Carlos es el que registra la mayor tasa de TAC y resonancias magnéticas. El hospital que por el contrario registra la tasa más baja de actividad para ambas pruebas diagnósticas es el hospital Infanta Leonor.

Evolución de las Pruebas Diagnósticas por Imagen

Hospitales	TAC		Resonancias magnéticas	
	2018	Tasa TAC/1000 hab.	2018	Tasa RMN/1000 hab.
Hospitales de Media complejidad				
H. Gómez Ulla	7.609	63,2	5.708	47,4
H.U. Rey Juan Carlos	22.146	125,5	27.530	156,0
H.U. de Torrejón	15.186	103,3	10.193	69,3
H.U. de Fuenlabrada	18.756	83,2	10.053	44,6
H.U. Fundación Alcorcón	20.595	121,2	12.346	72,7
H.U. de Getafe	16.878	75,7	15.882	71,2
H.U. Infanta Leonor	17.484	58,2	9.469	31,5
H.U. Infanta Sofía	18.968	59,5	14.801	46,4
H.U. de Móstoles	11.843	71,7	11.779	71,4
H.U. Príncipe de Asturias	25.153	102,5	13.803	56,3
H.U. Severo Ochoa	17.055	89,0	9.032	47,1
H.G. de Villalba	13.707	118,0	16.342	140,7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid y del Catálogo de Hospitales del MSCSS

Entre los hospitales de alta complejidad, sólo el hospital Clínico San Carlos ha disminuido su actividad tanto en TAC como en resonancias magnéticas en los últimos tres años.

En cuanto a la tasa de actividad, el hospital Gregorio Marañón es el que registra la mayor tasa de TAC, mientras la Fundación Jiménez Díaz lo hace en resonancias magnéticas. El hospital que por el contrario registra la tasa más baja de actividad en TAC es el Hospital Clínico San Carlos, mientras que para las resonancias magnéticas es el Hospital de la Princesa.

Evolución de las Pruebas Diagnósticas por Imagen

Hospitales	TAC		Resonancias magnéticas	
	2018	Tasa TAC/1000 hab.	2018	Tasa RMN/1000 hab.
Hospitales de Alta complejidad				
H. Clínico San Carlos	16.253	43,9	21.572	58,2
H. Fundación Jiménez Díaz	44.746	102,7	54.995	126,3
H.G.U. Gregorio Marañón	52.788	165,6	25.702	80,6
H.U. 12 Octubre	53.188	121,0	31.270	71,2
H.U. La Paz	60.208	114,1	31.110	58,9
H.U. de La Princesa	26.845	83,1	12.998	40,2
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	38.452	100,3	25.138	65,6
H.U. Ramón y Cajal	59.756	102,4	27.349	46,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid y Catálogo de Hospitales del MSCSS

4.5.2. Lista de Espera de pruebas diagnósticas

La lista de espera de pruebas diagnósticas está regulada, al igual que las intervenciones quirúrgicas y consultas externas por el **Plan Integral de Mejora de las Listas de Espera quirúrgica, de consultas y pruebas diagnósticas del Servicio Madrileño de Salud 2016-2019**.

4.5.2.1. Garantías y tiempos máximos

Se establecen las siguientes garantías y tiempos máximos:

A modo orientativo se marcan para los centros, demoras medias de espera para primeras técnicas o pruebas diagnósticas de **30 días**.

Demora Media de espera			
Tiempo Máximo orientativo	Datos a 30/09/19	% variación 01/01/16 a 30/09/19	% de pacientes que superan 30 días
30	51,68	29,9	73%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Consejería de Sanidad de la C.M.

Los valores registrados indican que no se ha cumplido con los tiempos máximos orientativos, sólo un 27% de los pacientes tendría una demora media dentro de los valores que se habían establecido como objetivos en el Plan Integral de Mejora de la Lista de Espera.

Lo supone que hay que revisar las actuaciones y los procedimientos que se están realizando al respecto, porque no son efectivos.

Espera Media estructural para prueba			Demora media prospectiva		
Tiempo Máximo	Datos a 30/09/19	% variación 01/01/16 a 30/09/19	Tiempo Máximo	Datos a 30/09/20	% variación 01/01/16 a 30/09/20
30	16,77	14,2		27,64	33,3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Consejería de Sanidad de la C.M.

Los pacientes que abandonaron durante el mes de septiembre el registro de pacientes de la lista de espera diagnóstica registraron esperas inferiores a los 30 días, no obstante, es un indicador que ha empeorado durante la implantación de este Plan.

4.5.2.2. Definiciones y conceptos

Las principales definiciones y conceptos que se utilizan en la gestión de la Lista de Espera se recogen en el Real Decreto 605/2003:

- ❖ **Registro de pacientes pendientes de pruebas diagnósticas/terapéuticas:**

Conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran en espera para la realización de una prueba diagnóstica/terapéutica en atención especializada, solicitadas por un médico autorizado por la institución, teniendo documentada tal petición.

❖ **Prueba diagnóstica/terapéutica:**

Toda prueba o exploración complementaria realizada en una consulta o sala especial que no está englobada en la anamnesis y exploración física básica que se realiza al paciente y que requiere la asignación de un tiempo distinto al de la propia consulta.

❖ **Primera prueba diagnóstica/terapéutica:**

La solicitada por primera vez a un paciente, con el objetivo de ayudar en el diagnóstico o instaurar una pauta terapéutica de una entidad patológica determinada.

❖ **Fecha de entrada en el registro**

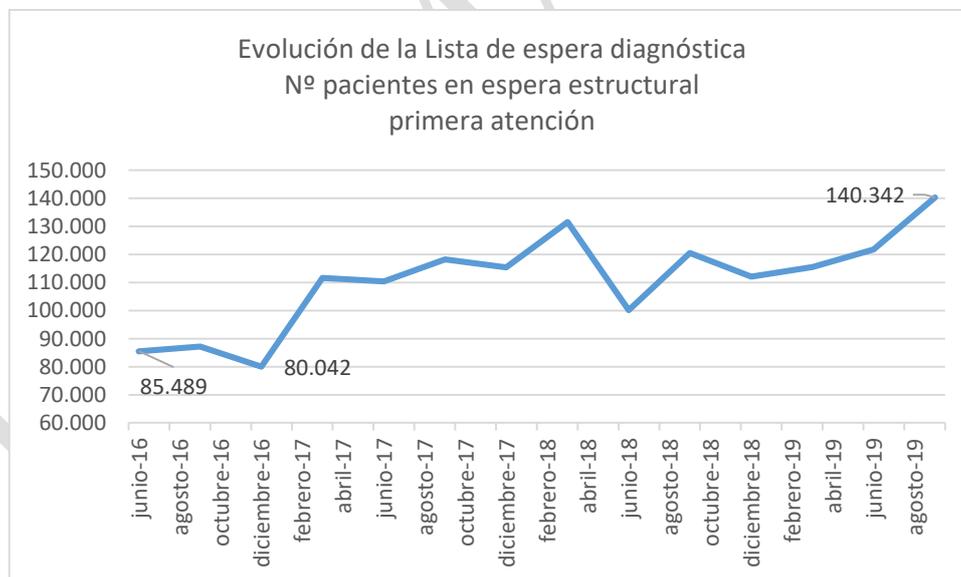
La fecha de indicación de la prueba por el médico peticionario.

❖ **Cita a primera fecha disponible**

Aquella solicitud que tiene consignada una preferencia «ordinaria» y por lo tanto no conlleva una priorización específica.

4.5.2.3. Evolución de los pacientes en espera estructural

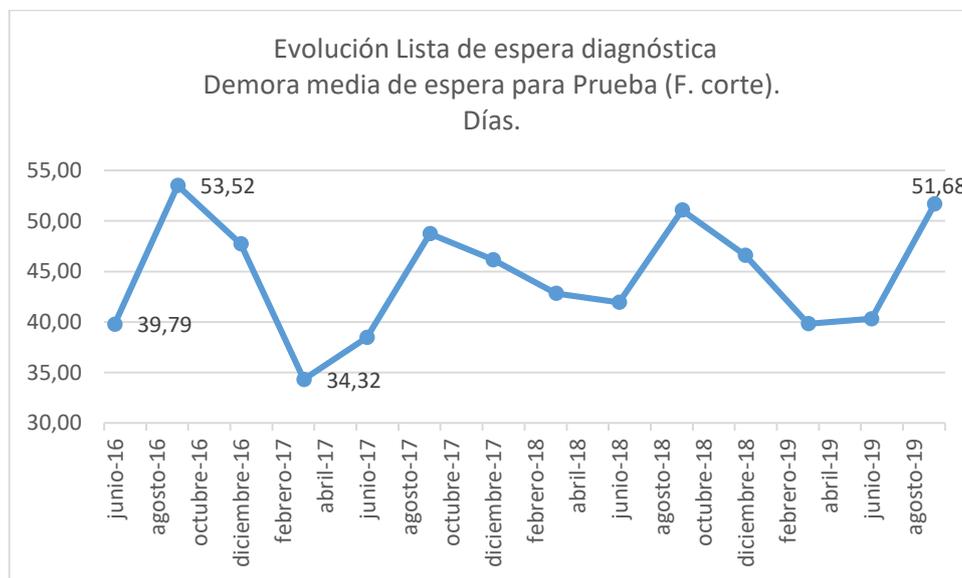
Se entiende por pacientes en espera estructural aquellos pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de la realización de una prueba diagnóstica/terapéutica, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.



El número de paciente en espera de una primera atención para una prueba diagnóstica se ha incrementado entre el 1 de junio de 2016 y el 30 de septiembre de 2019 un 64,2%. El diciembre de 2016 se alcanzó el menor número de pacientes (80.042), desde entonces la lista de espera estructural se ha incrementado en un 75,3%.

4.5.2.4. Evolución de la Demora media de espera para prueba

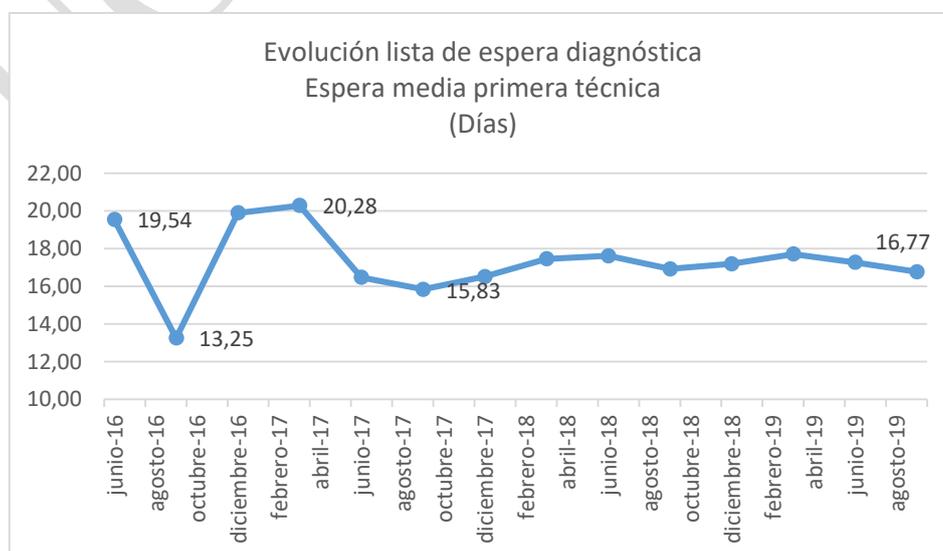
Se entiende por Demora media el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes en espera estructural. Tiempo de espera para primera prueba diagnóstica/terapéutica diferencia, en días naturales, entre la fecha de registro de la solicitud y la fecha de corte.



La demora media de espera para una prueba se ha incrementado desde el 1 de junio de 2016 hasta el 30 de septiembre de 2019 en un 29,9%. En marzo de 2017 se alcanzaba la demora mínima (34,32 días), desde ese momento la tendencia ha ido fluctuando periodos de incremento con periodo de reducción de la espera, a fecha de 30 de septiembre de 2019 el incremento ha sido de 50,6%.

4.5.2.5. Evolución de la Espera media estructural para pacientes atendidos primera técnica

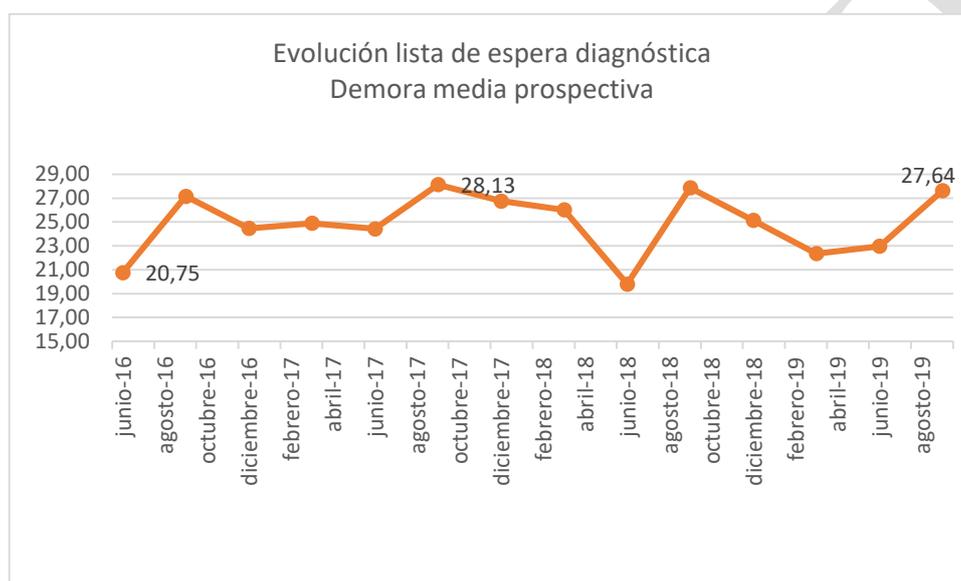
Se entiende por Espera media Estructural el tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes procedentes del registro hasta su atención.



La demora media de los pacientes que salieron del registro durante el mes de septiembre de 2019 fue de 16,77 días, un 14,2% menor que los que salieron en junio de 2016. La menor demora media se alcanzó en el mes de septiembre de 2017 y la mayo en marzo de ese mismo año. Desde el mes de junio de 2017 la tendencia es de un paulatino incremento, con algún mes de pequeño descenso.

4.5.2.6. Evolución de la Demora media prospectiva

Se entiende por Demora media prospectiva el tiempo, expresado en días naturales, que tardaría en absorberse el total de pacientes pendientes al ritmo de trabajo de un período anterior definido. Total, pacientes pendientes/promedio diario de salidas totales del registro en los últimos 12 meses.



Demora media prospectiva del mes de septiembre de 2019 es el segundo valor más elevado desde junio de 2016. El incremento que se ha producido durante ese periodo es del 33,2%. Es decir, se necesita más tiempo para absorber a los pacientes pendientes de una prueba diagnóstica.

En resumen, la lista de espera diagnóstica se ha incrementado desde la puesta en marcha del Plan Integral de Mejora de la Lista de Espera, se han incrementado todas las variables (pacientes, demora y demora prospectiva). En este sentido podemos decir que el plan ha fracasado, ya que no se han conseguido ninguno de los dos objetivos incluidos en el Plan: la reducción de los pacientes y de los tiempos de espera. Y, por último, los tiempos de espera registrados, superan las demoras medias marcadas a modo orientativo (30 días).

Resumiendo, las estadísticas ponen en evidencia que el Plan Integral de Mejora de la Lista de espera no ha sido efectivo para reducir la espera.

Por ello, solicitamos que se revise el Plan Integral de Mejora de la Lista de Espera de Pruebas diagnósticas con el propósito de que las garantías de tiempo máximos se hagan efectivas para todos los pacientes.

4.6. Programa 312C Plan Integral de Lista de Espera

Como hemos comprobado en los anteriores puntos sobre la actividad quirúrgica, consultas externas y pruebas diagnósticas los objetivos sobre la lista de espera no se han cumplido.

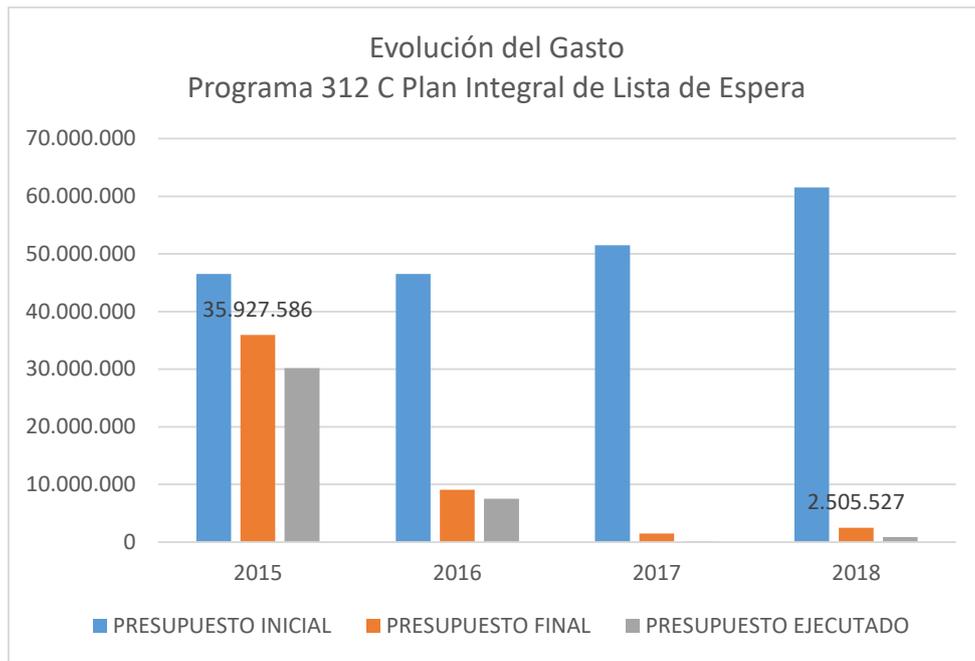
El Programa 312C Plan Integral de Lista de Espera establece una dotación presupuestaria específica, suplementaria a la de los hospitales para mejorar la gestión de esta lista de espera. Los propios presupuestos establecen que este programa tiene como finalidad “internalizar la asistencia sanitaria en el apartado de la actividad quirúrgica y pruebas diagnósticas en los centros hospitalarios públicos de gestión directa, optimizando su capacidad en jornada ordinaria y extraordinaria”. Es decir, es un presupuesto dirigido a los hospitales de gestión directa para incrementar la actividad quirúrgica, en los turnos de tarde de días laborales y las consultas externas y pruebas diagnósticas en los turnos de tarde laborales y durante los fines de semana. Medidas que sin duda contribuirían a incrementar el rendimiento y actividad de las estructuras hospitalarias, reduciendo las esperas. Sin embargo, nos encontramos que la gestión de estos presupuestos ha sido muy deficitaria, incluso cabría calificarse de desastrosa.



En dos últimos ejercicios presupuestarios la ejecución de los presupuestos finales ha llegado a poco más del 10% en 2017 o al 35,5% de 2018. Pero si tenemos en cuenta los presupuestos iniciales, es decir, los presupuestos que se presentan, la ejecución ha rondado el 1%. En 2018 de los 61,5 millones de euros del presupuesto inicial sólo se gastaron 889.415 euros

Mientras los presupuestos iniciales se han ido incrementado año tras año, el presupuesto final y el gasto real sólo ha hecho disminuir. Entre 2015 y 2018 el presupuesto final destinado a este programa se ha reducido en un 93%.

En el cómputo global de la legislatura se ha presupuestado inicialmente una dotación de 206,1 millones de euros, de los cuales sólo 49 millones han llegado a los presupuestos finales y de esos sólo se han gastado 38,7 millones.



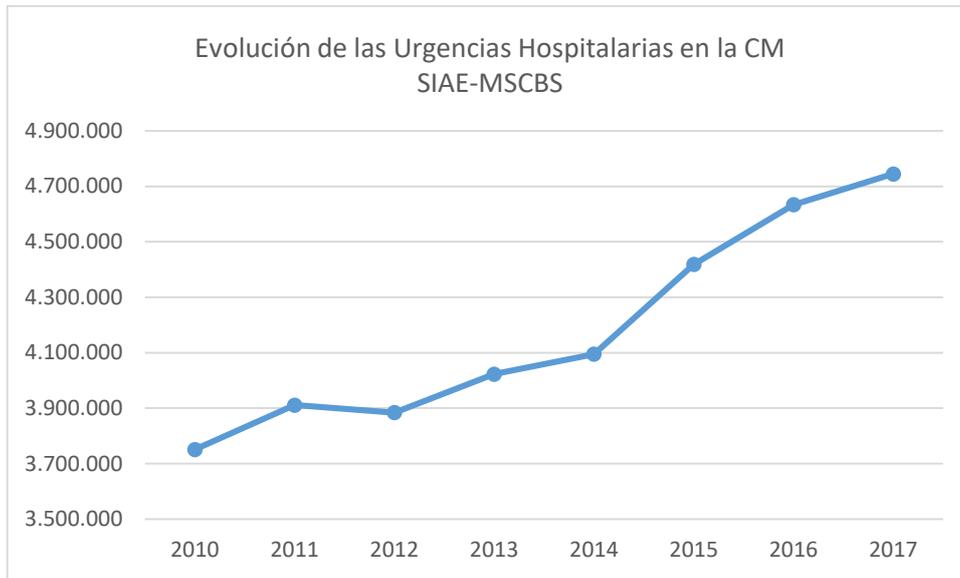
Por tanto, las siguientes líneas de actuación han dejado de ejecutarse desde el punto de vista de su financiación:

- ❖ Establecimiento de medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera según la normativa en el del Sistema Nacional de Salud, a fin de disponer de un sistema de información y registro de pacientes en lista de espera clara, fiable y transparente.
- ❖ El Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, establece los criterios marco para garantizar un tiempo
- ❖ garantizar los tiempos de espera establecidos a nivel nacional, así como mantener niveles de equidad en el acceso.
- ❖ Desarrollo de sistemas de indicación y priorización de las prescripciones diagnósticas
 - y/o terapéuticas, que permitan una gestión adecuada y coherente, basada en necesidades objetivas de los pacientes y en criterios de gravedad de las patologías que puedan originar discapacidad o disminución de la calidad de vida.
- ❖ La incorporación sistemática de mejores prácticas, innovación, coordinación, nuevas formas de gestión, guías clínicas de los procesos más frecuentes, participación efectiva de profesionales y ciudadanos, etc.
- ❖ "Acuerdo Marco de Radioterapia 2014".
Actividad concertada cuyo objeto es, a través de los centros privados adjudicatarios, realizar a los pacientes beneficiarios del Sistema Sanitarios Público., en régimen ambulatorios, los procedimientos necesarios de Radioterapia.

En definitiva, se necesita más transparencia en la tramitación de los Presupuesto Generales de la Comunidad en lo que respecta a este programa, asignando a los presupuestos iniciales las partidas que realmente se esté dispuesto a gastar en este programa. Dado los resultados cosechados por el Plan Integral de Lista de Espera, no debería perderse ningún recurso para la reducción de las esperas que tienen que sufrir los madrileños.

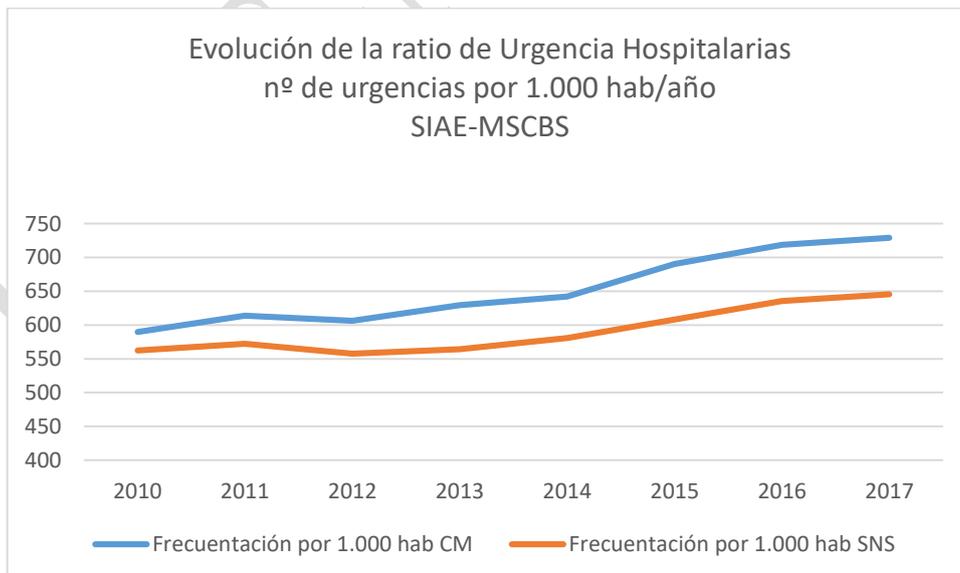
4.7. Urgencias hospitalarias

4.7.1. Comparativa a nivel nacional

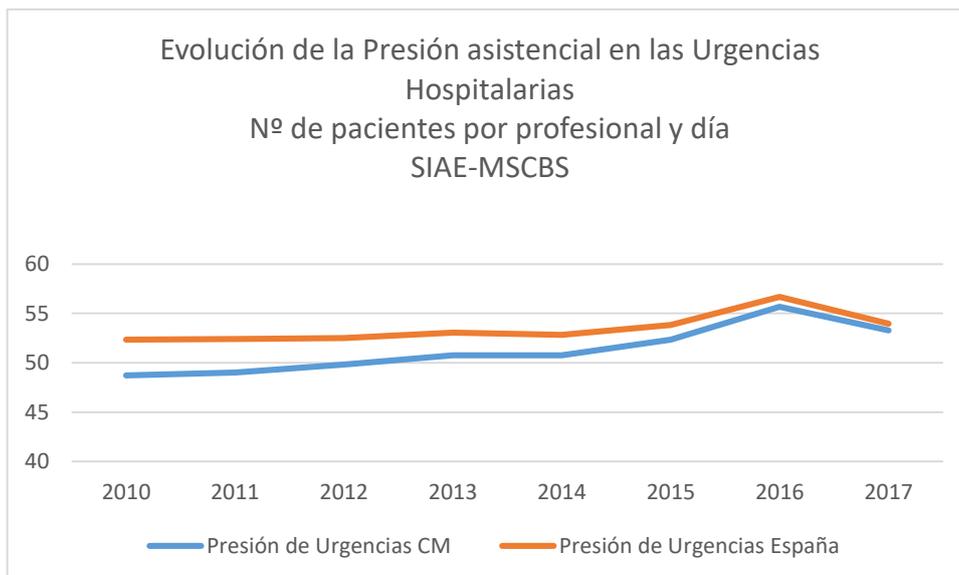


En la Comunidad de Madrid se incrementan las urgencias hospitalarias por encima de la media nacional. Durante 2017, última estadística publicada por el MSCBS, se registraron 4.474.455 urgencias hospitalarias. La tendencia de este indicador es de crecimiento continuo.

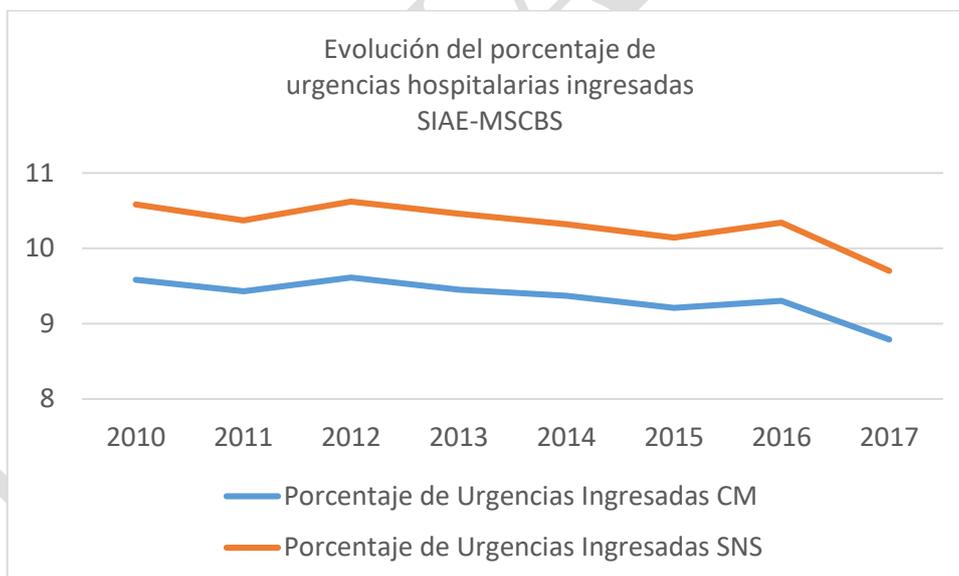
Entre 2010 y 2017 el incremento del número de urgencias hospitalarias atendidas fue de 26,5%, superior a la media nacional (15,9%)



En la Comunidad de Madrid se hace un uso de las urgencias hospitalarias por encima de la media nacional. Sería interesante estudiar la relación existente entre la accesibilidad a los recursos de atención primaria y la frecuentación de las urgencias hospitalarias.



Es curioso que a pesar de que en la Comunidad de Madrid la ratio de urgencias hospitalarias es mayor y el número de profesionales por habitante también, esto no afecta a la presión asistencial, ya que como se deriva de los datos del SIAE del MSCBS, la presión asistencial en la Comunidad de Madrid es menor que la media nacional. La explicación la podríamos encontrar en el hecho de que un gran número de estas urgencias son atendidas por otros especialistas distintos a los de urgencias (traumatólogos, cirujanos, etc.) y en estas especialidades, como indicamos en el punto 2, la Comunidad de Madrid, si tiene mayor dotación que la media del SNS.



Por último, el porcentaje de urgencias hospitalarias ingresadas también es menor, lo que podría estar relacionado con la utilización inadecuada de este nivel asistencial, consultas que deberían estar canalizadas a través de la atención primaria.

En resumen, las urgencias hospitalarias en la Comunidad de Madrid crecen a un ritmo superior a la media nacional, tienen una mayor ratio, una menor presión asistencial y porcentaje de urgencias ingresadas.

Solicitamos que se realice un estudio que explore la relación de la accesibilidad de los recursos sanitarios en atención primaria y especializada con la utilización de las urgencias hospitalarias.

4.7.2 Comparativa intra-comunidad. Estadísticas por hospitales

Evolución de las Urgencias Hospitalarias de la Comunidad de Madrid

	Urgencias		Porcentaje de urgencias ingresadas
	2018	tasa por cada 1000 hab	2018
Baja complejidad			
H. El Escorial	45.240	39,3	5,67%
H.U. del Tajo	59.888	76,6	5,67%
H.U. del Henares	81.932	47,6	10,41%
H.U. Infanta Cristina	99.954	59,6	6,65%
H.U. Infanta Elena	113.014	101,6	6,71%
H.U. del Sureste	90.278	49,3	6,88%

Fuente: Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

Entre los hospitales de baja complejidad, el Hospital Infanta Elena es que registra el mayor número de urgencias hospitalarias y tasa de actividad, sin embargo, es el Hospital del Sureste es el que realiza mayor porcentaje de ingresos. El Hospital del Escorial es el que registra el menor número de urgencias y tasa de actividad, sin embargo, es el Hospital del Tajo el que realiza el menor porcentaje de ingresos.

Solamente en el Hospital de Henares ha disminuido el número de urgencias hospitalarias atendidas en los últimos tres años.

Evolución de las Urgencias Hospitalarias de la Comunidad de Madrid

	Urgencias		Porcentaje de urgencias ingresadas
	2018	tasa por cada 1000 hab	2018
Media complejidad			
H. Gómez Ulla	71.315	59,3	7,87%
H.U. Rey Juan Carlos	145.690	80,8	10,57%
H.U. de Torrejón	109.665	73,3	7,50%
H.U. de Fuenlabrada	120.076	52,9	9,24%
H.U. Fundación Alcorcón	103.722	60,3	10,34%
H.U. de Getafe	115.127	50,8	10,90%
H.U. Infanta Leonor	134.603	44,5	8,18%
H.U. Infanta Sofía	121.574	37,4	8,57%
H.U. de Móstoles	93.996	56,1	8,99%
H.U. Príncipe de Asturias	144.970	58,5	8,06%
H.U. Severo Ochoa	109.048	56,2	10,56%
H.G. de Villalba	101.034	84,8	7,06%

Fuente: Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

Entre los hospitales de media complejidad, el Hospital Rey Juan Carlos es el que registra el mayor número de urgencias hospitalarias y tasa de actividad, sin embargo, es el hospital de Getafe el

que registra el mayor porcentaje de urgencias hospitalarias ingresadas. El Hospital del Gómez Ulla es que registra el menor número de urgencias y tasa de actividad, sin embargo, es el Hospital de Villalba el que realiza el menor porcentaje de ingresos.

Solamente el Hospital Fundación Alcorcón y el Hospital Severo Ochoa han disminuido el número de urgencias hospitalarias atendidas en los últimos tres años.

Evolución de las Urgencias Hospitalarias de la Comunidad de Madrid

	Urgencias		Porcentaje de urgencias ingresadas
	2018	tasa por cada 1000 hab	2018
Alta complejidad			
H. Clínico San Carlos	132.850	35,5	14,79%
H. Fundación Jiménez Díaz	162.774	35,7	11,63%
H.G.U. Gregorio Marañón	249.695	77,8	11,37%
H.U. 12 Octubre	257.308	57,8	10,68%
H.U. La Paz	229.291	43,5	12,62%
H.U. de La Princesa	101.520	32,0	9,98%
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	166.246	42,2	10,69%
H.U. Ramón y Cajal	150.835	25,7	11,59%

Fuente: Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid

Entre los hospitales de alta complejidad, el Hospital Doce de Octubre es el que registra el mayor número de urgencias hospitalarias y tasa de actividad, sin embargo, el mayor número de ingresos lo registra el Hospital Clínico San Carlos. El hospital con menor actividad y porcentaje de urgencias ingresadas lo registró el Hospital de la Princesa.

Solamente el Hospital Gregorio Marañón y el Hospital La Paz disminuyeron el número de urgencias hospitalarias atendidas en los últimos tres años, y en porcentajes muy pequeños, 0,2% y 0,3% respectivamente.

5. Conclusiones:

- ❖ La Comunidad de Madrid invierte prioritariamente en provisión privada, durante la última legislatura ha incrementado el presupuesto destinado a esta modalidad de gestión un 19,4%, el triple de lo que se ha incrementado el presupuesto de los hospitales de gestión directa (6,4%).
- ❖ Desde el punto de vista del gasto, la asistencia sanitaria de los hospitales de provisión privada no resultan más barata. El gasto por habitante protegido es superior a otros modelos de gestión.
- ❖ Los hospitales con modelo de gestión PFI son los que menos profesionales sanitarios y no sanitarios destinan a la atención sanitaria especializada y los de gestión directa los que destinan más profesionales.
- ❖ Durante la última legislatura se ha producido la pérdida patrimonial de un hospital, mientras que los hospitales de provisión privada se han incrementado (4 hospitales patrimonialmente).
- ❖ En conjunto la Comunidad de Madrid durante la última legislatura (2015-2018) ha perdido 706 camas instaladas y 329 camas funcionantes.
- ❖ Durante la última legislatura, los hospitales de provisión privada en su conjunto han incrementado el número de camas instaladas (92) y camas funcionantes (189), al contrario que los hospitales provisión pública que disminuyeron en su conjunto las camas instaladas (878 camas) y las funcionantes (518 camas).
- ❖ Se incrementan los conciertos con hospitales de media y larga estancia, mientras que se cierran camas en los hospitales públicos (38 camas instaladas y 42 funcionantes en el hospital de Fuenfria).
- ❖ Los hospitales privados tienen ratios de camas más bajas, sobre todo en los niveles altos de complejidad.
- ❖ Existe relación entre la ratio de camas y el número de ingresos que se realizan, de manera que cuanto más baja es la ratio en los hospitales de baja y media complejidad, menor es la tasa de ingresos que se realiza. Mientras que cuanto mayor es la ratio de camas, mayor es el número de ingresos en los hospitales de alta complejidad.
- ❖ Desde el punto de vista de las infraestructuras, se necesitan aumentar los Puestos de Día y los Equipos de Diálisis, ya que se encuentran por debajo de la media del SNS, a pesar de los incrementos registrados durante la última legislatura (3,5% y 4,5%, respectivamente).
- ❖ Desde el punto de vista de la actividad, se realizan más ingresos por habitante con estancias más cortas, más intervenciones quirúrgicas (la segunda más alta del SNS); más consultas externas (un 30,6% más que la media del SNS) y un uso más intensivo del TAC (la segunda más alta del SNS) y de la Resonancia Magnética (la más alta del SNS). Por último, el número de urgencias hospitalarias en la Comunidad de Madrid se incrementan por encima de la media nacional.
- ❖ En cuanto a la lista de espera, tanto para intervenciones quirúrgicas como para consultas externas, la Comunidad de Madrid se encuentra por debajo de la media nacional.
- ❖ El Plan Integral de Mejora de las listas de espera quirúrgica, de consultas y pruebas diagnósticas del Servicio Madrileño de la Salud (2016-2019) no ha sido efectivo, ya que, desde el inicio del Plan hasta el 30 de septiembre:
 - En la lista de espera estructural quirúrgica se ha incrementado:
 - El número de pacientes un 66,5%.
 - La demora media un 25,5%.
 - La espera media un 56,6%.
 - En la lista de espera estructural primera consultas se ha incrementado:

- El número de pacientes de pacientes un 92,9%.
 - La demora media un 30,4%.
 - La espera media desde septiembre de 2018, fecha en la que se alcanzó el valor más bajo.
- En la lista de espera estructural primera atención para pruebas diagnósticas se ha incrementado:
 - El número de pacientes un 64,2%.
 - La demora media un 29,9%.
 - La espera media desde septiembre de 2017, fecha en la que se alcanzó el valor más bajo.
- ❖ Los recursos financieros destinados al Plan Integral de Mejora de las listas de espera, programa 312C no se han infra-ejecutado. Ha habido ejercicios en los que sólo se ha ejecutado un 10,7% del presupuesto final y un 0,3% del presupuesto inicial.
- ❖ La información que se facilita sobre las distintas listas de espera no permite a los madrileños el ejercicio de la libre elección de centro, ya que no hace referencia a la espera real y a que el cambio de centro está penalizado con la salida de la lista de espera.

6. Resumen de propuestas

- ❖ Priorizar la financiación de los hospitales de gestión pública, ya que, su coste no es superior al de la provisión privada, y, sin embargo, crean más empleo y de más calidad.
- ❖ Realizar una evaluación general de las necesidades de dotación de profesionales dada la alta actividad de asistencia especializada de la Comunidad de Madrid y la necesidad de reducir las listas de espera quirúrgica, de consultas y pruebas diagnósticas.
- ❖ Estudiar el refuerzo de facultativos especialistas en urgencias hospitalarias, dado el déficit respecto al resto del territorio nacional y al incremento de las cargas asistenciales.
- ❖ Incrementar las infraestructuras de puestos de día y equipos de hemodiálisis, lo que permitiría recuperar 24 millones de euros de inversión en los hospitales públicos.
- ❖ Reapertura de las 878 camas públicas cerradas durante la anterior legislatura, lo que mejorará la presión asistencial que existe en las urgencias hospitalarias y permitirá mejorar la lista de espera quirúrgica, al incrementar la posibilidad de ingresos.
- ❖ Aprobar un nuevo Plan Integral de Mejora de la Lista de Espera que contemple el incremento de recursos de infraestructuras y recursos humanos, la utilización eficaz de los fondos y mayor transparencia en la información de las esperas y facilidad para la libre elección de centro.
- ❖ Se mejore la coordinación entre atención primaria y especializada, reforzando la primera para descongestionar la demanda de asistencia especializada, a la vez que se ayuda a la contención del gasto sanitario en este nivel asistencial.