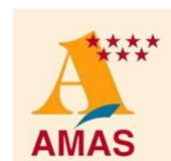




Octubre 2023

*Asociación Madrileña de
Administración Sanitaria (AMAS)*



GASTO SANITARIO PÚBLICO Y SALUD EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Documento elaborado por un Grupo de Trabajo de AMAS

PREÁMBULO AL INFORME:

El presente informe ha sido elaborado por un Grupo de Trabajo, al que AMAS (*Asociación Madrileña de Administración Sanitaria*) ha encomendado documentar la situación del gasto sanitario público de Madrid, de la gestión presupuestaria del SERMAS, y de los resultados en actividad y en salud que pueden observarse.

Los informes de AMAS son una iniciativa que busca fundamentar debates profesionales y ciudadanos sobre una base sólida de información y evidencia científica, y proyectar los estudios a seminarios y jornadas donde se puedan compartir y analizar más ampliamente.

En este informe, sobre “*Gasto Sanitario Público y Salud en la Comunidad de Madrid*” se busca una primera aproximación a los datos generales sobre los recursos que se dedican a la atención sanitaria en la sanidad pública madrileña, así como los principales indicadores de atención sanitaria y de salud de la población.

La metodología ha consistido en revisar las principales fuentes de información y bases de datos que nos permitan una doble comparación: la **longitudinal**, buscando la serie histórica (en la medida de lo posible 2002 -inicio de las transferencias sanitarias- al último año disponible); y la **transversal**, situando a Madrid en el contexto español y de las demás CCAA.

Sobre la base de los datos, se hacen algunos comentarios que buscan ayudar a interpretar su alcance y significado. No es objeto de este trabajo realizar una caracterización o un análisis crítico, sino aportar datos robustos y comparados, que permitan hacer avanzar el debate sobre aquellos problemas y dimensiones de nuestro sistema público de salud, que ofrecen oportunidades de mejora.

De esta forma, se trata de animar un debate científico, profesional y social sobre bases más sólidas y documentadas, a partir de información relevante y apropiada.

RELACIÓN DE COMPONENTES DEL GRUPO DE TRABAJO.

Elena Arias Menéndez
Pedro García Fernández
Luis Morell Baladrón
José Repullo Labrador
Serapio Severiano Peña

INDICE

PREÁMBULO AL INFORME:	2
1- INTRODUCCIÓN: LA RENDICIÓN DE CUENTAS EN LA SANIDAD AUTONÓMICA	4
2- EL GASTO SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID	6
2-a) Comparativa y evolución del Gasto Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.....	6
<i>Perspectiva comparada con otras CCAA</i>	6
<i>Perspectiva evolutiva</i>	10
2-b) Presupuesto y Gasto: desviación y déficit.....	13
3- RECURSOS FÍSICOS, TECNOLÓGICOS Y HUMANOS DE LA SANIDAD PÚBLICA EN MADRID	16
4) COMPARATIVA Y EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE SALUD DE MADRID	19
4.1 Actividad asistencial en la Atención Primaria.....	19
4.2 Actividad asistencial en Hospitales-Atención Especializada.....	22
4.3 Lista y tiempos de espera.....	29
5) COMPARATIVA Y EVOLUCIÓN DE RESULTADOS EN SALUD EN MADRID ..	34
5.1- Resultados en salud.....	34
5.2- Percepción de los ciudadanos de su sistema sanitario.....	43
CONCLUSIONES	45

1- INTRODUCCIÓN: LA RENDICIÓN DE CUENTAS EN LA SANIDAD AUTONÓMICA.

Este informe busca promover, desde el ámbito profesional de la salud pública y la administración sanitaria, el **Buen Gobierno** de la sanidad; de las cinco funciones del Buen Gobierno (Transparencia, Rendición de Cuentas, Participación, Integridad y Competencia técnica ¹), es la **Rendición de Cuentas** (Accountability) la que interesa de forma particular, porque es la columna central de la responsabilidad de las instituciones y los gobernantes ante la ciudadanía.

Nuestra contribución quiere colaborar en la superación de **tres barreras a la rendición de cuentas**:

- a) el desconocimiento o confusión que sufre la ciudadanía sobre las atribuciones y responsabilidades que las diferentes administraciones tienen;
- b) el desconocimiento, la distorsión o la manipulación interesada de la información sobre financiación, recursos, servicios y resultados;
- y c) el contexto altamente politizado de los debates sanitarios, que restringe las posibilidades de una reflexión más técnica del desempeño de los servicios de salud y las oportunidades de mejora.

Es importante partir de una clara atribución competencial. Y por ello cabe destacar la responsabilidad objetiva de la Comunidad Autónoma de Madrid, no delegable ni trasladable al Gobierno Central. Es relevante también en el marco de la Ley 11/2017 de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, el reconocimiento de la autonomía, competencias y consiguientes responsabilidades en esta materia de la Comunidad de Madrid.

La **Tabla 1.1** que se incluye a continuación refleja con claridad cuanto antecede y puede servir de orientación para valorar la eficiencia y rendición de cuentas en la sanidad autonómica en todo el Estado español.

¹ Greer S, Wismar M, Figueras J. Strengthening Health System Governance: Better policies, stronger performance. Buckingham, Inglaterra: Open University Press; 2016.
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance>

LEGISLACIÓN		
GENERAL (ESTATAL)	CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978)	Art. 43.1: Reconocimiento derecho protección a la salud.
		Art. 43.2: "La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto" (protección a la salud).
		Arts. 137 a 148: Organización territorial, autonomía de gestión; esencial.
		Art. 147: Los Estatutos de Autonomía como "norma institucional básica de cada Comunidad Autónoma", y recogerán las competencias asumidas por las mismas.
		Art. 148: Reconoce la asunción de competencias en sanidad e higiene por parte de las CC. AA.
	LEY GENERAL DE SANIDAD (1986)	Preámbulo: "(...) La instauración de las CC. AA. en nuestra organización sanitaria tiene una trascendencia de primer orden". Eje del modelo, las CC.AA. "Los Servicios de Salud se concentran, pues, bajo la responsabilidad de las CC. AA."
Art. 41.2: "Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley, que no se hayan reservado expresamente al Estado, se entenderán atribuidas a las CC. AA."		
Art. 55.1: "Dentro de su ámbito de competencias, las correspondientes CC. AA. regularán la organización, funciones, asignación de medios personales y materiales de cada uno de los Servicio de Salud en el marco de lo establecido en el cap. VI de este título".		
COMUNIDAD DE MADRID – MARCO COMPETENCIAL	ESTATUTO DE AUTONOMÍA (última actualización año 2010)	Art. 1: Proclama autogobierno.
		Art. 27: Entre las competencias, desarrollo legislativo, potestad reglamentaria y ejecución en relación, entre otras con la sanidad e higiene (apartado 4).
		Art. 28: Competencias en gestión asistencial sanitaria de la Seguridad Social, gestión de prestaciones.
	Ley 12/2001 ordenación sanitaria de la CM. Última actualización 2021	Preámbulo: Hace hincapié "en la descentralización, desconcentración, autonomía y responsabilidad".
		Art. 9: Competencias de la Consejería de Sanidad: Autoridad sanitaria/Determinación criterios, directrices y prioridades en política sanitaria/Aprobación del Plan de Salud/Aprobación del Plan de Servicios/Aprobación programa de asignación de objetivos.
		Art. 10.1: "La dirección, planificación y programación del sistema sanitario es competencia del Gobierno de la Comunidad de Madrid, y se ejecuta a través de los órganos competentes de la Consejería de Sanidad
		10.2: la Consejería de Sanidad tiene competencias en: Ejercicio Autoridad/Prestación sanitaria de cobertura pública/Fijación objetivos sanitarios, calidad y financiación/Definición estratégica de recursos sanitario de titularidad pública.
		Art. 16: en cuanto a asistencia sanitaria destacan competencias en: Atención integral de la salud/Salud mental/ Emergencias, catástrofes, urgencias/Prestación farmacéutica, calidad asistencial/Formación/ Investigación/Atención bucodental.
		Art. 60: Literalmente proclama en el marco competencial del SMS (fines y funciones): "Adecuación de la asignación de recursos (...) teniendo en cuenta las características socioeconómicas, epidemiológicas, sanitarias y poblacionales del territorio". Y también: "la utilización de los instrumentos de asignación presupuestaria para promover la optimización de la calidad y la modernización de los Servicios".

Tabla 1.1 Marco legislativo en Salud de la Comunidad de Madrid

2- EL GASTO SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

2-a) Comparativa y evolución del Gasto Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.

Perspectiva comparada con otras CCAA

La **estadística de Gasto Sanitario Público**², incluida en el Plan Estadístico Nacional, presenta los datos de acuerdo con el principio contable de devengo —gasto real o efectivo, en el lenguaje presupuestario—; este criterio es necesario para posibilitar la comparación a lo largo del tiempo y con otras CCAA y aporta un sistema homogéneo que evite la habitual discrepancia entre el presupuesto inicial y el liquidado.

El **portal estadístico del SNS** aloja el Sistema de Información Sanitaria³, en el que se integran diversos subsistemas que usaremos como referentes en este trabajo, ya que incorpora datos con fuentes de información explícitas y consultables, y porque la metodología de definición de variables y construcción de indicadores es transparente y robusta. En este capítulo usaremos datos de un subsistema llamado “**Indicadores Clave del SNS**”, particularmente apropiado para el objetivo del informe, pues está concebido para comparar entre CCAA y a lo largo del tiempo un conjunto amplio de indicadores.⁴

En la **Tabla 2.1** recogemos siete variables fundamentales en análisis comparado entre España y sus CCAA (para simplificar y por razones de significación no se incluyen las Ciudades Autónomas). La variable más específica para este trabajo será el **Gasto Sanitario Público gestionado por las CCAA**, calculado por habitante protegido (ver definición aquí ⁵), ya que permite centrar la atención en el gasto que gestiona y realiza la sanidad autonómica, y lo relaciona (aunque de forma reciente y no perfecta) con la población que efectivamente recibe los servicios.

² Estadística de Gasto Sanitario Público:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

³ Sistema de Información Sanitaria del SNS:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/portada/home.htm>

⁴ Indicadores Clave del SNS: <http://inclasns.msssi.es/>

⁵ El gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas, por habitante protegido, de calcula así: a / b , siendo...

a = Gasto sanitario de las comunidades autónomas

b = Población protegida por el SNS

No se incluye el gasto en los servicios sanitarios prestados por el resto de los agentes de las administraciones públicas (Administración Central, Sistema de Seguridad Social, Mutualidades de Funcionarios y Corporaciones Locales). La población protegida no incluye los colectivos del Mutualismo Administrativo protegidos mediante conciertos con aseguradoras privadas ya incorporados a dicha base de datos (MUFACE desde 2019; MUGEJU e ISFAS en proceso de incorporación).

Indicadores de Gasto sanitario de las CCAA	Datos del último año disponible						
	1- Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas, por habitante protegido	2- Porcentaje del gasto sanitario en atención primaria	3- Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada	4- Porcentaje del gasto en farmacia	5- Gasto farmacéutico por habitante y año a través de recetas médicas SNS en oficinas de farmacia	6- Porcentaje del gasto dedicado a conciertos	7- Gasto medio anual de consumo por persona en bienes y servicios sanitarios (euros)
Año...	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2020
España (ES)	1.769	14,2%	63,7%	15,2%	257,54	8,8%	402
Andalucía (AN)	1.548	17,0%	61,9%	17,3%	265,21	3,9%	329
Aragón (AR)	1.890	13,4%	64,3%	14,8%	280,02	3,7%	448
Asturias, Principado de (AS)	1.984	13,3%	66,0%	15,8%	308,56	5,9%	403
Balears, Illes (IB)	1.739	14,2%	65,1%	12,7%	217,57	8,6%	319
Canarias (CN)	1.888	14,8%	62,7%	16,0%	282,07	7,1%	307
Cantabria (CB)	1.925	14,5%	62,3%	15,7%	291,36	3,0%	384
Castilla y León (CL)	1.946	15,6%	59,7%	16,7%	303,58	2,8%	408
Castilla - La Mancha (CM)	1.894	15,9%	57,5%	16,2%	288,13	5,0%	345
Cataluña (CT)	1.886	13,7%	64,9%	12,1%	212,79	23,3%	420
Comunitat Valenciana (VC)	1.767	14,3%	62,0%	17,2%	277,76	4,0%	430
Extremadura (EX)	1.953	15,0%	57,7%	18,5%	349,27	4,2%	333
Galicia (GA)	1.825	11,8%	64,3%	17,4%	302,15	4,6%	454
Madrid, Comunidad de (MD)	1.558	11,0%	69,4%	14,4%	217,02	11,2%	463
Murcia, Región de (MC)	1.946	13,8%	62,1%	15,1%	290,87	5,5%	403
Navarra, C. Foral de (NC)	1.985	15,6%	63,6%	11,8%	228,98	6,7%	626
País Vasco (PV)	2.026	13,9%	65,7%	11,7%	227,29	6,1%	429
La Rioja (RI)	1.671	15,4%	63,1%	15,2%	252,15	5,6%	493

Tabla 2.1: Comparación entre CCAA en variables de gasto sanitario. Fuente: INCLASNS

En la **columna 1** vemos que Madrid es la penúltima CCAA con **menor gasto sanitario público por persona protegida** (un 12% menos que la media española). Se supone que el mayor peso del mutualismo administrativo externalizado a aseguradoras privadas no debería contar en esta comparación, pues está descontada dicha población (aunque posiblemente subsista algo de este efecto).

Las dos CCAA con mayor renta per cápita que Madrid (País Vasco y Navarra) están entre las 4 primeras en gasto sanitario (un 30% superior a Madrid), lo que podría indicar que el menor gasto en Madrid no es por falta de **potencial económico** regional, sino que puede estar basado en **preferencias políticas**.

En las **columnas 2 y 3** se visualiza el porcentaje de dicho gasto en su aplicación a Atención Primaria y a Atención Especializada (hospitalaria).

- Madrid, con el 11% de **gasto en AP** muestra el menor porcentaje de todas las CCAA (media española en el 14,2%);
- Por el contrario, el **gasto en hospitales** alcanza un **69,42%**, el máximo de todas las CCAA (media española 63,65%); esta combinación describe **más bien la des-priorización de la AP que la priorización del hospital** (en realidad el gasto en atención especializada hospitalaria pública es de **1.082 € per capita** en Madrid, frente a los **1.125 de la media española**).

En la **columna 4 y 5** se explora el **gasto en farmacia** consumida a través de **recetas**. El 14,4 % del gasto es una porcentaje bajo en comparación con el 15,2% de la media española (la 5ª menor de todas las CCAA); cuando vemos los datos absolutos, **los 217 €** por habitante y año convierten a Madrid, junto con Cataluña (213 €), en las que menos gasta de todas las CCAA.

Este dato de austeridad en el consumo farmacéutico público comparado no deja de sorprender. Obviamente habría que considerar y ajustar por las **diferencias etarias**; y valorar como hipótesis la posible existencia de un mayor **pago de bolsillo** de las familias en medicamentos, resultado combinado de una mayor renta y un mayor uso de la sanidad privada.

En la **farmacia hospitalaria** (prescrita y o dispensada por el hospital sin utilizar recetas) Madrid tiene un perfil evolutivo similar al resto de CCAA; este gasto es muy importante, porque crece desde 2014 a un 8,7% anual en Madrid, (1.231 M€ en 2022) mientras que el crecimiento de la farmacia por recetas ha experimentado un crecimiento del 5,2% anual (1.574 M€ en 2022).⁶

En la **columna 6** se analiza el porcentaje de gasto en **conciertos** (servicios externalizados a la sanidad privada): Madrid, con un **11,24%** está un 28% por encima de la media española (8,76%). Cataluña, con un 23,3 % de gasto en conciertos muestra su conocida característica diferencial, ya que la mayor parte de los centros de la XHUP (Red Hospitalaria de Utilización Pública) son de

⁶ Los datos de gasto farmacéuticos hospitalarios y de recetas se recogen desde 2014 en la web del Ministerio de Hacienda: <https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>

ayuntamientos o entidades benéficas (sólo hay 5 centros privados con ánimo de lucro).

Tomando en cuenta lo anterior, es necesario recordar que las estadísticas utilizadas no se consideran conciertos a las **externalizaciones substitutorias** en las que con un acuerdo el servicio de salud asigna a un hospital privado la atención a una población (bien sea con un convenio singular, o con un modelo de concesión administrativa o colaboración público-privada).

Si consultamos el ***Sistema de Información de Atención Especializada*** (SIAE)⁷ en gasto sanitario hospitalario encontramos que según el ***criterio de hospital SNS*** (que incluye los centros privados con convenio singular o concesión) Madrid ha gastado en 2021 **7.016 M€**; y según el ***criterio de hospital privado*** la cantidad sería de **6.535 M€**; la diferencia de ambas cantidades, **481 M€** deberían corresponder al gasto por **externalización substitutoria**. Esto supone un **6,85%** del gasto sanitario público de los hospitales, lo que elevaría el porcentaje real de externalización a un **18,2%**.

No obstante, la información sobre liquidaciones de atrasos desde 2015 a hospitales privados concesionados, realizados en 2022, por un importe de **1.390 M€**⁸ alterarían notablemente esta estimación, que podrían superar el 20% de gasto anual externalizado al sector privado. Estos desembolsos por atrasos deberían incorporarse a la contabilidad de los años donde se hayan generado las obligaciones que ahora se abonan, y se añadirían a los gastos reseñados. En todo caso es inapropiado que volúmenes económicos tan importantes no se gestionen de acuerdo con presupuestos y anualidades convencionales, lo que pone en cuestión todo el sistema de información económica y rendición de cuentas.

Con independencia de la valoración técnica o política de estas liquidaciones, sí que es llamativa la **imprecisión y debilidad de la información sobre el gasto**, y la duda sobre cómo se están aplicando los criterios de devengo en la liquidación del presupuesto, lo que altera la comparabilidad y homogeneidad de las cuentas publicadas.

Para poner el dato en contexto, y siguiendo el mismo criterio para identificar el gasto en externalizaciones substitutorias, comprobamos que Cataluña es la CA que estructuralmente más utiliza este modelo (31,7% del gasto), mientras que el País Vasco sólo lo hace en un 2,4%.

Finalmente, en la **columna 7** se reseñan los gastos de bolsillo anuales que los ciudadanos reportan en la Encuesta de Presupuestos Familiares: los **474 €** están por encima de la medida española (463 €), siendo la tercera CCAA en este gasto (por detrás de Navarra y Rioja). Como una parte apreciable del desembolso de las familias tiene que ver con el medicamento, este dato avalaría la hipótesis del mayor pago directo de **medicamentos** en las Oficinas de Farmacia.

⁷ SIAE: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/N/siae/siae/hospitales>

⁸ Ayuso saldó 1.390 millones de deuda con los hospitales públicos de gestión privada, en seis meses HuffPost 22/02/2023. Disponible en: <https://www.huffingtonpost.es/politica/ayuso-saldo-1-390-millones-deuda-hospitales-publicos-gestion-privada-seis-meses.html>

Perspectiva evolutiva.

La perspectiva evolutiva del gasto sanitario por habitante protegido, comparando España y la Comunidad de Madrid, complementa la descripción anterior:

En la siguiente **Figura 2.1** (generado por el INCLASNS) se visualiza el menor gasto sanitario de Madrid (por habitante protegido), con una suave y progresiva divergencia con la media estatal:

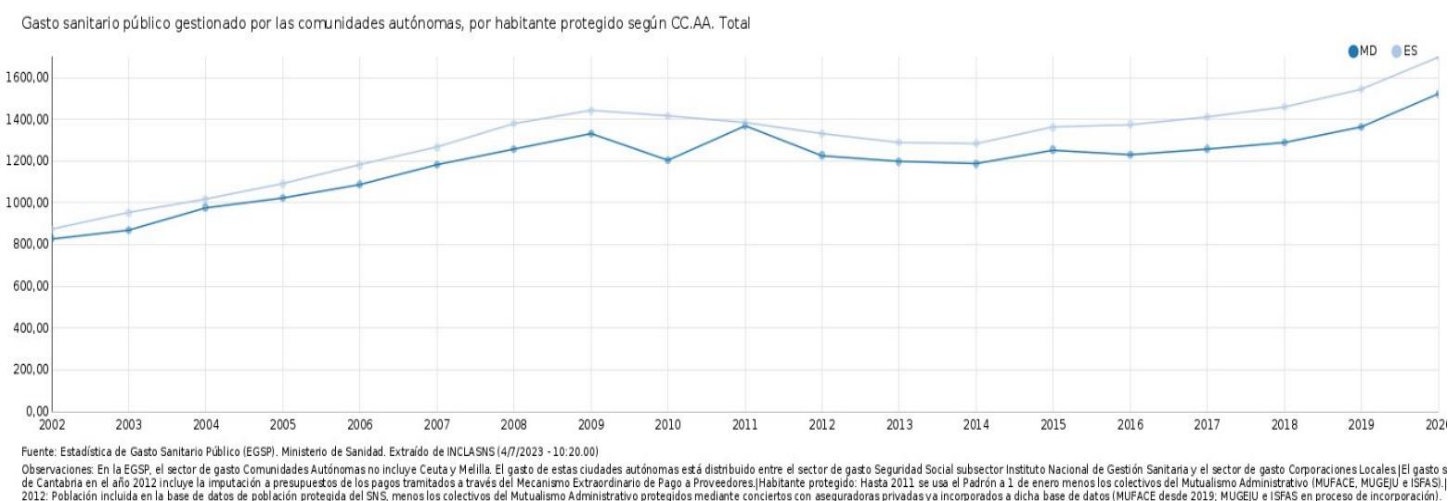


Figura 2.1: Evolución del gasto sanitario por habitante protegido de la Comunidad de Madrid comparado con el mismo dato estatal. Fuente: INCLASNS

Esta evolución se hace más acusada en el caso del **porcentaje** del gasto sanitario público dedicado a la **Atención Primaria**, como se puede ver en la **Figura 2.2** (particularmente desde 2017):

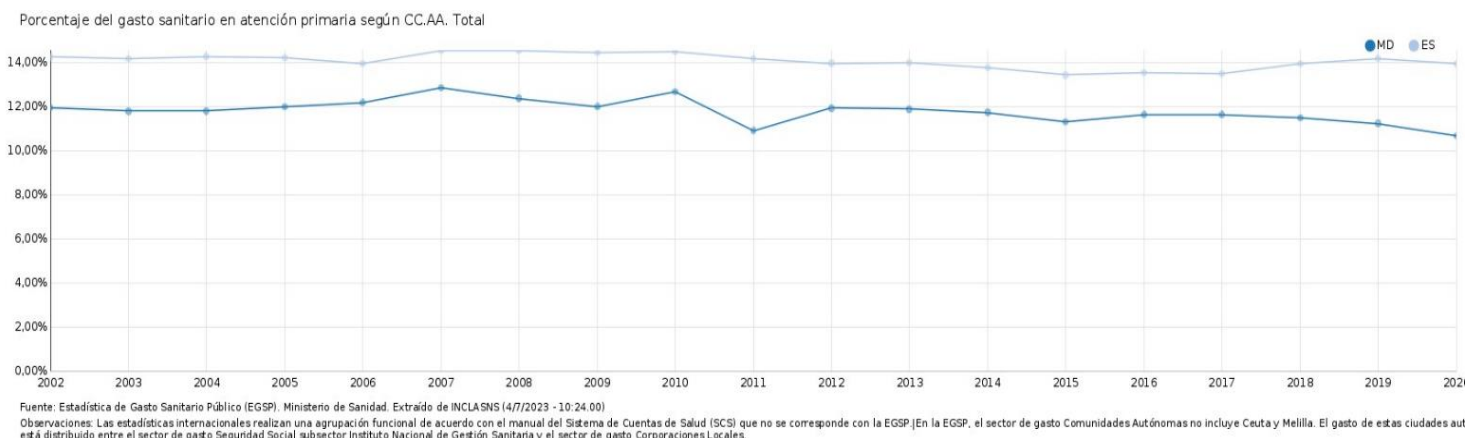


Figura 2.2: Evolución del porcentaje de gasto sanitario público en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid comparado con el mismo dato estatal. Fuente: INCLASNS

En los **hospitales**, el **porcentaje** de gasto sanitario es mayor que la media española, y se mantiene esta diferencia en la senda evolutiva (ver **Figura 2.3**):

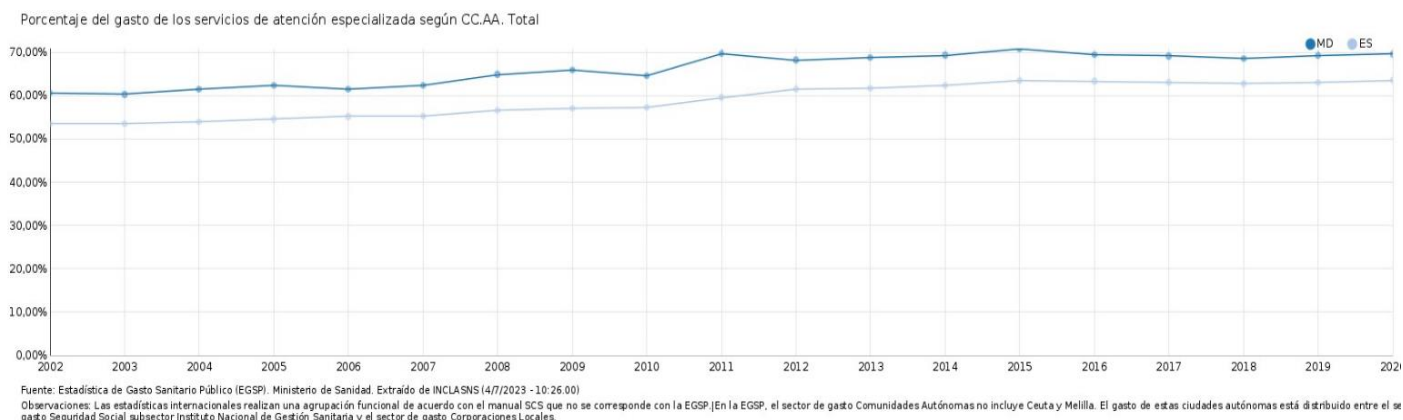


Figura 2.3: Evolución del porcentaje del gasto sanitario público en Hospitales – atención especializada de la Comunidad de Madrid comparado con el mismo dato estatal. Fuente: INCLASNS

En los **gastos de conciertos**, se observa una curiosa inversión de la tendencia histórica: de usar poco los conciertos en la primera etapa de la transferencia sanitaria a subir por encima de la media estatal a partir de 2012 (ver **Figura 2.4**):

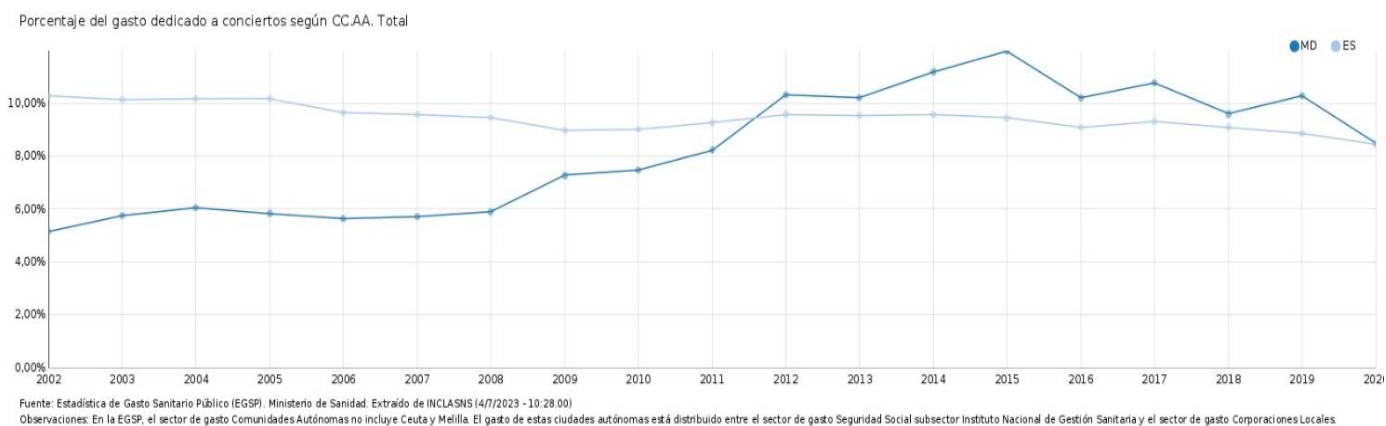


Figura 2.4: Porcentaje del gasto sanitario público dedicado a conciertos con el sector privado. Fuente: INCLASNS

En el **gasto por habitante en farmacia por recetas**, vemos que se mantiene la senda estatal, con un menor gasto sanitario en Madrid (ver **Figura 2.5**):

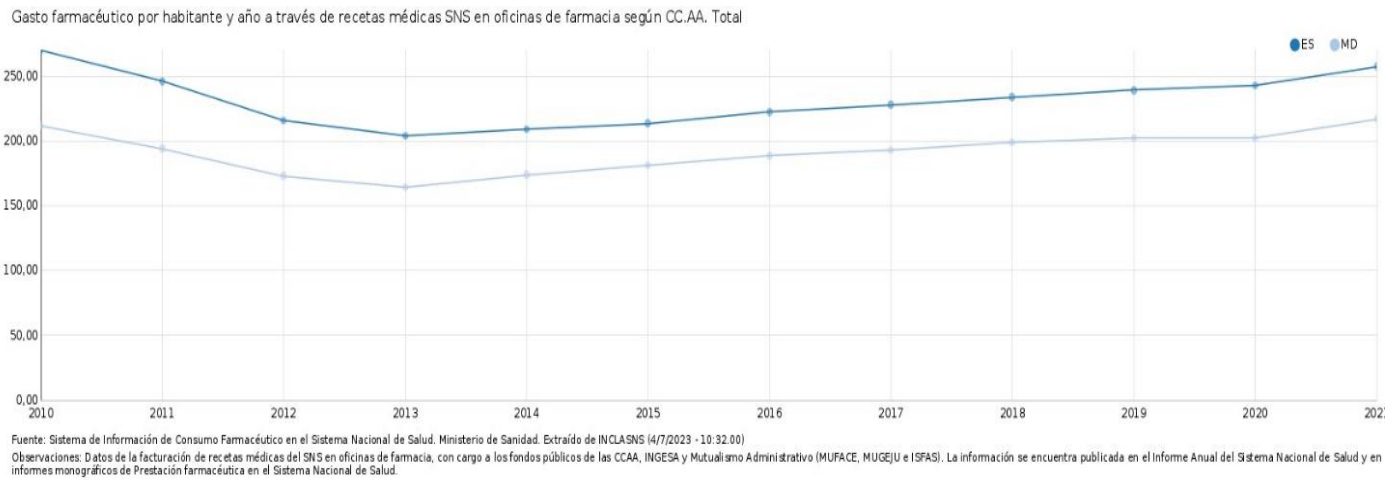


Figura 2.5: Gasto sanitario por habitante en farmacia a través de recetas. Fuente: INCLASNS

2-b) Presupuesto y Gasto: desviación y déficit.

Los presupuestos que se aprueban cada año para el SERMAS son muy importantes: no sólo se trata de un ejercicio de solvencia democrática, sino que deben considerarse el instrumento más relevante para orientar y estructurar el gobierno y gestión de los centros y servicios sanitarios.⁹

La existencia de desfases entre el presupuesto inicial y el liquidado puede ser normal, dentro de un límite cuantitativo razonable, ya que a lo largo del año existen circunstancias en la demanda y la oferta que pueden alterar las cantidades de actividad o los precios de los factores (incluidas las innovaciones no previsibles).

En la **Figura 2.5** se observa que el diferencial ha sido **superior al 10%** desde 2016, y que en los años de pandemia ha superado el 25%. La tendencia no es tranquilizadora, particularmente cuando se tienen en cuenta las informaciones sobre cantidades adeudadas a entidades privadas y suministradores que acabarían incrementando este diferencial.

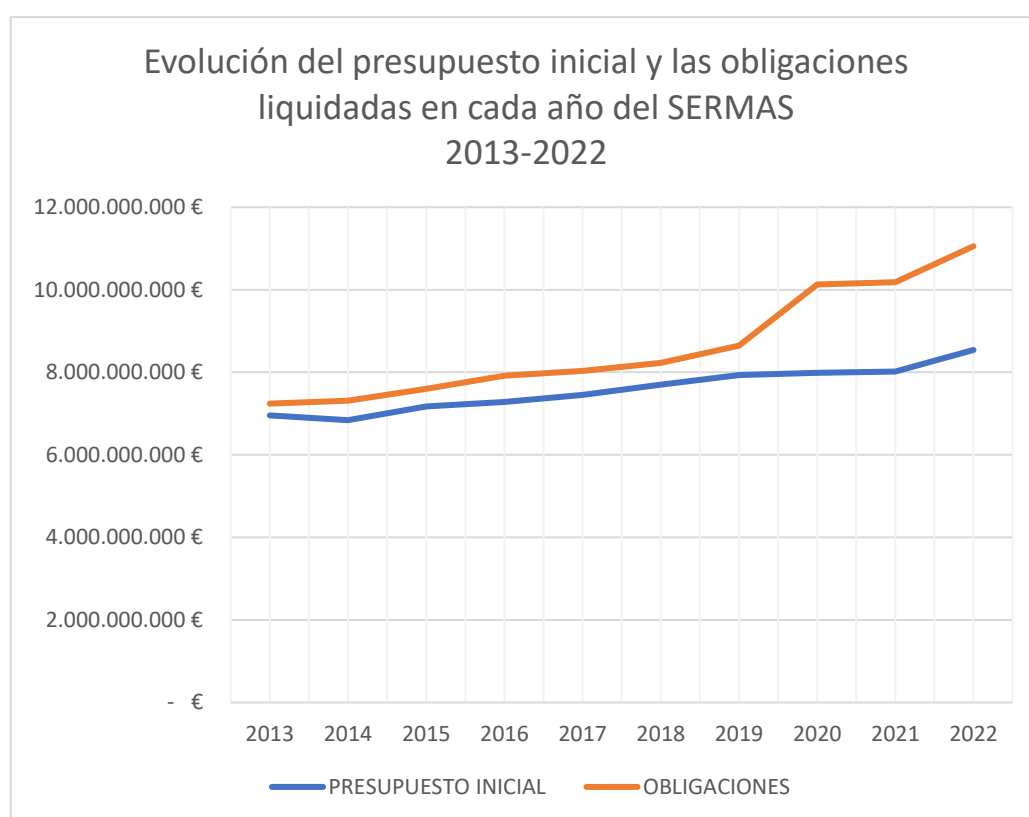


Figura 2.5: Evolución del presupuesto inicial y obligaciones liquidadas al final del ejercicio. Fuente: Memorias e Informes del SERMAS.

⁹ Los datos de este apartado se han obtenido de las Memorias e informes del Servicio Madrileño de Salud. Página web: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>

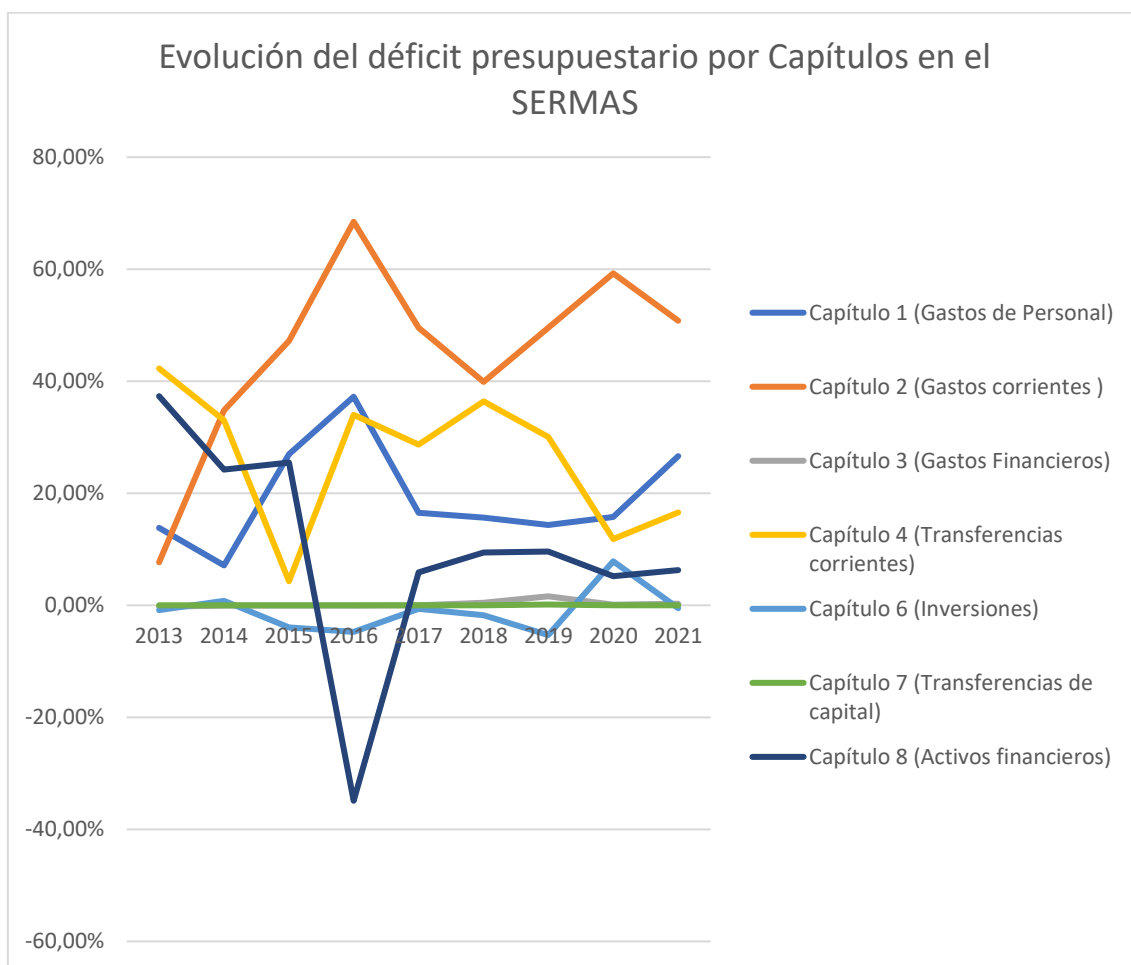


Figura 2.6: Evolución del porcentaje de déficit respecto al presupuesto inicial, por Capítulos. Datos propios C. de Madrid.

En la **Figura 2.6** se aprecia que los desfases entre presupuesto inicial y liquidado se han centrado más en Gastos Corrientes de bienes y servicios, en inversiones y en transferencias corrientes (pago de recetas).

Como decíamos antes, es normal que en la gestión presupuestaria haya modificaciones, que obliguen a provisionar financiación para atender nuevas necesidades y disponer los fondos para afrontar los pagos. Pero no tiene sentido que los ajustes presupuestarios se repitan sistemáticamente en los mismos conceptos y subconceptos todos los años, ya que una buena gestión presupuestaria debería anticipar necesidades y gastos, e incorporarlos en la nueva anualidad. Sea por la razón que sea, no deja de ser una gestión cuestionable e inapropiada, que reduce la virtud de los presupuestos como instrumentos de gobernanza y gestión.¹⁰

¹⁰ En los informes de Fiscalización de la Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid de diversos años, se hace referencia a este problema de discordancias no corregidas entre presupuesto y gasto. Ver: <http://www.camaradecuentasmadrid.org/pag/informes/#informes>

Finalmente, en la **Tabla 2.2** reseñamos una serie de datos extraídos de las Memorias del SERMAS, que incluye la población con derecho a asistencia sanitaria (PDAS), el número de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) existentes, el % de población que tiene TSI, y, finalmente el cálculo del gasto per cápita basado en obligaciones y TSI de cada año.

	POBLACION CON DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA (PDAS)	TARJETAS SANITARIAS INDIVIDUALES (TSI)	% POBLACION CON TSI	OBLIGACIONES (gasto comprometido)	CAPITA EN EUROS (OBLIGACIONES /TSI)
2013	6.455.781	6.351.332	98,38%	7.241.291.489	1.140 €
2014	6.519.476	6.419.675	98,47%	7.310.770.268	1.139 €
2015	6.570.115	6.476.551	98,58%	7.597.744.556	1.173 €
2016	6.660.471	6.553.592	98,40%	7.916.189.767	1.208 €
2017	6.735.267	6.633.319	98,49%	8.034.759.407	1.211 €
2018	6.784.804	6.675.501	98,39%	8.230.360.705	1.233 €
2019	6.859.181	6.734.391	98,18%	8.647.537.267	1.284 €
2020	6.455.781	6.351.332	98,38%	10.126.790.355	1.594 €
2021	6.794.867	6.702.088	98,63%	10.181.048.376	1.519 €
2022	6.863.539	6.800.916	99,09%	11.054.574.279	1.625 €

Tabla 2.2 Evolución de datos de población con derecho a la asistencia, TSI, obligaciones presupuestarias y gasto per cápita. Fuente: Memorias e Informes del SERMAS.

3- RECURSOS FÍSICOS, TECNOLÓGICOS Y HUMANOS DE LA SANIDAD PÚBLICA EN MADRID.

Los recursos financieros se traducen en recursos físicos, tecnológicos y humanos, que son los que están disponibles para prestar servicios de salud. Esta traducción requiere buen gobierno y buena gestión. Conviene, por lo tanto, revisar también los datos comparativos y evolutivos de Madrid relativos a recursos clave: instalaciones, y profesionales.

En la **Tabla 3.1** se reseñan algunos datos comparativos con otras CCAA.

Recursos físicos y humanos clave					
Datos del último año disponible	1- Total camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 habitantes	2- Camas hospitalarias del SNS en funcionamiento por 1000 habitantes	3- Médicos de AP por mil personas asignadas	4- Enfermeras de AP por mil personas asignadas	5- Médicos de hospital (at. Especializada) por mil habitantes
año...	2021	2021	2021	2021	2021
España (ES)	2,97	2,42	0,77	0,66	1,93
Andalucía (AN)	2,30	1,78	0,75	0,61	1,38
Aragón (AR)	3,70	3,14	0,88	0,83	2,25
Asturias, Principado de (AS)	3,52	3,04	0,76	0,76	2,50
Baleares, Illes (IB)	2,70	1,94	0,60	0,56	1,76
Canarias (CN)	2,83	1,95	0,75	0,70	1,70
Cantabria (CB)	3,34	2,44	0,80	0,65	2,22
Castilla y León (CL)	3,60	2,83	1,11	0,89	2,17
Castilla - La Mancha (CM)	2,47	2,33	0,84	0,77	1,94
Cataluña (CT)	3,79	3,37	0,73	0,68	2,06
Comunitat Valenciana (VC)	2,39	2,06	0,78	0,63	1,91
Extremadura (EX)	3,55	3,35	0,94	0,89	1,88
Galicia (GA)	3,22	2,77	0,84	0,73	2,04
Madrid, Comunidad de (MD)	2,70	1,85	0,68	0,51	2,15
Murcia, Región de (MC)	3,15	2,36	0,77	0,58	1,95
Navarra, C. Foral de (NC)	3,35	2,37	0,81	0,81	2,01
País Vasco (PV)	3,32	2,76	0,77	0,71	2,35
La Rioja (RI)	3,25	3,09	0,82	0,97	1,93

Tabla 3.1- Comparación indicadores clave de recursos físicos y profesionales.

La **primera columna** nos habla de **camas hospitalarias totales en funcionamiento por mil habitantes**: Madrid con 2,7 está por debajo de la media española (2,97), situándose en el quinto puesto con menor número de camas. Cataluña, con 3,79 camas por mil habitantes, es la que lidera esta dotación.

La **segunda columna** se refiere a **camas públicas** (incluyendo centros privados vinculados o con conciertos sustitutorios); Madrid tiene un porcentaje de camas públicas-SNS del **68,49%**, mucho menor que la media española (81,34%); por ello, las camas públicas-SNS por mil habitantes se quedan en **1,85 (un 23% menos que la media española)**. En el ranking se sitúa en el **penúltimo lugar de dotación de este recurso**, (solo Andalucía tiene menos).

La **tercera columna** recoge el número de **médicos de Atención Primaria** por mil personas asignadas: aquí Madrid, con **0,68** médicos (frente a los 0,77 del conjunto de España), es la segunda CA con menor ratio (después de Baleares).

En la **cuarta columna** vemos la dotación de **enfermeras en Atención Primaria**, que con un **0,51** por mil habitantes, está un 23% por debajo de la media estatal (0,66). La particular infradotación de la enfermería en Madrid contrasta con el discurso político de sustitución de roles y puestos médicos en AP por enfermería para paliar la dificultad de cobertura.

Puede ser interesante la comparación con **Cataluña**: en médicos de AP está próxima a la media (0,73), mientras que en enfermeras mejora la media (0,68). Recordemos que en camas hospitalarias públicas-SNS tenía 3,37 (por mil habitantes), muy superior a la media (2,42) y acercándose al doble de Madrid (1,85). Podría pensarse que el modelo de Cataluña es hospitalocéntrico expansivo, mientras que el de Madrid sólo parecería hospitalocéntrico cuando se comparara con un modelo contractivo de su Atención Primaria. En otros términos: en Madrid no hay "*más hospital*", lo que habría sido "*menos primaria*".

La **quinta columna** nos habla de los médicos de hospital del sector público-SNS por mil habitantes; aquí vemos que Madrid destaca con **2,15 médicos**, claramente por encima de la media española de **1,93**, siendo la sexta CA mejor dotada. Esto contrasta con la moderada dotación de camas, lo que apuntaría a que en Madrid hay **más densidad de médicos por cama**, lo que indicaría mayor **terciarismo** (mayor presencia de la alta especialización), la sobredotación de médicos en relación con el recurso físico de las camas, o que el parque de camas disponible es reducido en relación con la capacidad potencial médica de resolución de procesos asistenciales.

En la **Figura 3.1** observamos la evolución del parque de camas hospitalarias en funcionamiento, entre 1996 y 2021, con clara tendencia a la disminución, con una posición de Madrid por debajo del SNS y divergiendo suavemente hacia una disminución de camas. Cuando se observa el porcentaje de camas públicas-SNS (que incluyen los privados vinculados por concierto sustitutorio) esta tendencia es mucho más acusada: desde 2008 (71% Madrid, 72 % SNS), hasta 2021 (68% Madrid, 81 % SNS) la distancia de las camas públicas en Madrid se aleja de la senda del SNS.

Sí que se experimenta desde 2007 (1,70 médicos y enfermeras de hospital por mil habitantes) un mayor incremento en los centros públicos-SNS de Madrid: 2,14 en Madrid, frente a 1,93 en el conjunto de la red española (datos de INCLASNS).

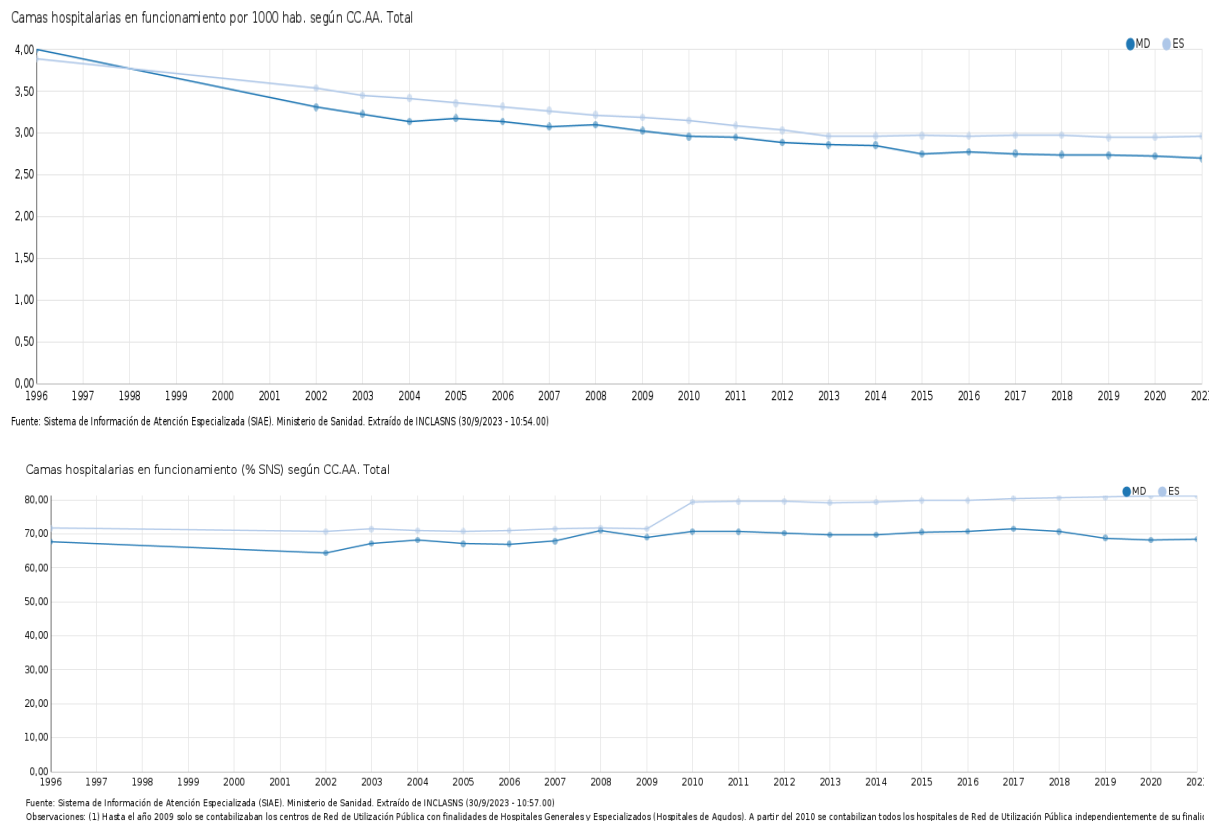


Figura 3.1- Evolución 2002-2020 de las camas en funcionamiento por mil habitantes y del porcentaje de camas públicas-SNS, Madrid y SNS. Fuente: INCLASNS

Estos datos contrastan con el discurso político dominante desde 2003 basado en la expansión de la red hospitalaria, que llevó a incrementar en 9 hospitales de nueva creación en los siguientes 12 años. Ni el número de camas, ni la actividad hospitalaria (como luego se expone) reflejó este incremento de centros sanitarios, lo que apunta más a una redistribución territorial de efectivos, que a un incremento neto de capacidad asistencial.

4) COMPARATIVA Y EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE SALUD DE MADRID.

4.1 Actividad asistencial en la Atención Primaria.

El análisis de la **actividad**¹¹ en Atención Primaria (**Tabla 4.1**) muestra una llamativa disminución de las **consultas** atendidas por los médicos (Médicos de familia y pediatras), mientras que se ha producido un crecimiento en las consultas realizadas por las enfermeras. Aunque en ambos casos la evolución de la actividad está por debajo del crecimiento experimentado en el SNS, se ha observado una creciente actividad de la enfermería en la prestación asistencial.

Consultas realizadas en Atención Primaria	Agrupación medicina (MF. y Ped.)		Enfermería SNS		Total	
Año	SNS	MADRID	SNS	MADRID	SNS	MADRID
2007	229.533.257	34.831.640	106.425.037	15.251.525	335.958.294	50.083.165
2008	235.374.442	34.920.202	116.761.714	15.526.650	352.136.156	50.446.852
2009	259.723.325	35.798.758	133.464.494	16.733.152	393.187.819	52.531.910
2010	254.770.202	34.334.364	129.775.344	16.160.475	384.545.546	50.494.839
2011	258.771.995	34.516.054	131.578.011	15.361.601	390.350.006	49.877.655
2012	245.194.268	33.014.869	130.207.072	14.527.519	375.401.340	47.542.388
2013	243.334.798	33.204.735	131.716.252	14.956.096	375.051.050	48.160.831
2014	239.806.178	32.943.829	131.214.965	15.540.290	371.021.143	48.484.119
2015	241.335.491	31.708.371	131.989.350	15.176.637	373.324.841	46.885.008
2016	239.249.720	31.790.091	132.369.840	14.957.855	371.619.560	46.747.946
2017	232.549.490	31.711.536	131.901.034	15.133.596	364.450.524	46.845.132
2018	233.790.334	31.079.477	130.308.333	15.045.856	364.098.667	46.125.333
2019	234.088.841	30.167.969	132.673.563	15.270.950	366.762.404	45.438.919
2020	243.483.040	30.390.252	135.655.372	16.305.123	379.138.412	46.695.375
2021	262.071.434	32.160.564	190.952.467	19.861.573	453.023.901	52.022.137
Diferencia 2007-2021	14%	-8%	79%	30%	35%	4%

Tabla 4.1- Evolución de actividad de consultas en Atención Primaria 2007-2021 en Madrid y SNS, médicos, enfermeras, y total. Fuente: Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

En esta tabla, y en las siguientes, llama la atención la inestabilidad de las series temporales y las variaciones poco explicables que aparecen; la línea de tendencia puede tener más validez que los datos de una determinada anualidad (salvo los datos 2020 y 2021 que están claramente influidos por la pandemia). No obstante, es necesario reclamar buenas estadísticas que nos permitan conocer la realidad y la evolución de los recursos y actividades de los servicios públicos de salud.

¹¹ Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Consulta Interactiva del Sistema Nacional de Salud. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/PUBLICOSNS>

En la serie que se encuentra publicada sobre las **urgencias atendidas** en los propios **centros de salud** (Tabla 4.2), hay datos de la CA de Madrid desde el año 2009, con el total de consultas atendidas por médicos y enfermeras (Madrid no comunica datos desagregados). Las cifras oscilan de manera bastante estable sobre un promedio de 1,1 millones de actos, habiéndose registrado una disminución notable en el año de pandemia por SARSCOV2. Estas cifras contrastan con la tendencia dentro del SNS, donde hay un llamativo crecimiento, como se observa en la **Figura 4.1**, en la que los datos se han indizado a 2009, para observar mejor el crecimiento comparado.

Consultas Urgentes en Atención Primaria	Total	
	SNS	MADRID
2009	12.049.275	1.041.124
2010	10.212.540	959.994
2011	8.116.317	1.151.567
2012	16.416.708	1.136.627
2013	19.230.247	1.182.658
2014	22.624.170	1.015.689
2015	24.586.502	1.184.385
2016	29.190.430	1.213.179
2017	29.975.782	1.220.863
2018	28.719.331	1.169.196
2019	30.672.653	1.170.489
2020	24.547.532	539.345
2021	29.718.224	1.052.136
Diferencia % 2021/2009	147%	1%

Tabla 4.2- Evolución del número de urgencias atendidas en Atención Primaria 2009-2021, Madrid y SNS. Fuente: Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).



Figura 4.1- Evolución del número de urgencias atendidas en Atención Primaria 2009-2021, Madrid y SNS, indizado (2009=100). Fuente: Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Sumando toda la actividad realizada de manera ordinaria y urgente en los centros de salud de Madrid por todos los profesionales, refleja una levísima disminución (-1%), que contrasta con el 19% de incremento en el SNS; estas cifras no son lógicas, contando con el aumento de presión esperado por el crecimiento de población y el envejecimiento demográfico.

Consultas realizadas en Atención Primaria	Actividad Total Ordinaria y Urgente	
	SNS	MADRID
Año		
2009	405.237.094	53.573.034
2010	394.758.086	51.454.833
2011	398.466.323	51.029.222
2012	391.818.048	48.679.015
2013	394.281.297	49.343.489
2014	393.645.313	49.499.808
2015	397.911.343	48.069.393
2016	400.809.990	47.961.125
2017	394.426.306	48.065.995
2018	392.817.998	47.294.529
2019	397.435.057	46.609.408
2020	403.685.944	47.234.720
2021	482.742.125	53.074.273
Diferencia % 2021/2019	19%	-1%

Tabla 4.3- Evolución del número total de consultas ordinarias y urgentes atendidas en Atención Primaria 2009-2021, Madrid y SNS. Fuente: Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Como ejemplo relacionado con la disminución de actividad, podemos comprobar el impacto que tiene en la **vacunación de la gripe** en los pacientes diabéticos¹². En los años que se ha facilitado información, se reflejan cifras bastante inferiores en Madrid, comparadas con el País Vasco.

Vacunados Gripe	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Madrid	51,5	52,4	52,1	50,2			
País Vasco	64,1	63,9	62,6	61,8	60,4	60,9	71,9

Tabla 4.4.- Evolución de cobertura vacunal de la gripe en diabéticos. Fuente: Angulo-Pueyo E et al. Atlas para la monitorización de los cuidados en diabetes.

El propio Observatorio de Resultados en Salud del SERMAS¹³, aporta información sobre la disminución del número de pacientes que tienen controlada la tensión en enfermedades de alta mortalidad como la cardiopatía isquémica o el ictus, que, en los últimos datos, publicados después de la pandemia, rondan el 26%, en ambos casos. También el porcentaje de pacientes polimedicados, iguales o mayores de 74 años, a los que se les revisa el tratamiento por parte de su médico por lo menos dos veces al año, ha sufrido una drástica disminución desde el 70,4% en el año 2019, a presentar valores de 36,95% y 35,54% en los años 2020 y 2021 respectivamente.

4.2 Actividad asistencial en Hospitales-Atención Especializada.

Sin embargo, la **actividad realizada en los hospitales**¹⁴ en atención de **urgencias** en Madrid, refleja un importante crecimiento, por encima de la tendencia del SNS (que también es ascendente). En la **Tabla 4.5** se aprecia la evolución 2000/2021 del SNS y de Madrid, referidas al total de urgencias hospitalarias atendidas, y también al porcentaje de urgencias que quedan ingresadas en el hospital.

¹² Angulo-Pueyo E, Seral-Rodríguez M, González B, Turón JM, Millán E, Romero G, Navarra MM, Gorricho J, Calabuig J, Trujillo S, Bernal-Delgado E, por el grupo Atlas VPM. Atlas para la monitorización de los cuidados en diabetes, Mayo 2019; Disponible en: www.cienciadedatosysalud.org/atlas/diabetes

¹³ Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. (Consultado el 3 octubre 2023). Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaFicha.aspx?ID=89>

¹⁴ Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Consulta Interactiva del Sistema Nacional de Salud. Información estadística de hospitales. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/PUBLICOSNS>

Respecto al total de urgencias en centros públicos, Madrid crece un 65%, lo que contrasta con el 26,4% del conjunto del SNS.

Respecto al porcentaje de urgencias que generan un ingreso hospitalario, ha presentado una tendencia descendiente mucho mayor en Madrid (-18%) que en el SNS (-10,5%), lo que significa que llegan más urgencias por motivos que no precisan ingreso por problemas que antes se resolvían en los centros de salud, o que la población acude directamente a los servicios de urgencia (preferencias de utilización, problemas de acceso a su centro de salud...).

El caso es que existe un claro desplazamiento de las urgencias atendidas en AP, que prácticamente no crecen, hacia los servicios de urgencias de los hospitales, que cada vez atienden más problemas banales.

Actividad Urgencias Hospitalarias	Total Urgencias Atendidas		Porcentaje de Urgencias Ingresadas	
	SNS	MADRID	SNS	MADRID
Públicos y Privados 2000	20.213.067	2.681.841	12,3	10,2
Públicos y Privados 2021	27.895.003	4.816.388	10,1	8,1
Públicos 2000	15.168.412	1.981.322	13,4	11,2
Públicos 2021	19.173.641	3.277.495	12,0	9,2
Diferencia 2000-2021	SNS	MADRID	SNS	MADRID
Públicos y Privados	38,0%	79,6%	-18,6%	-20,7%
Públicos	26,4%	65,4%	-10,5%	-18,0%

Tabla 4.5- Evolución 2000-2021 de urgencias atendidas y % de urgencias ingresadas en hospitales públicos y privados de Madrid y el SNS. Fuente: Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada.

Si se contabilizan todas las urgencias atendidas en hospitales públicos y privados, la situación detectada del incremento de actividad y disminución de los porcentajes de ingreso es más acentuada, reflejando un mayor desplazamiento hacia los centros privados que en el resto del SNS.

Con respecto a la frecuentación de las **consultas en los centros de Atención Especializada (Tabla 4.6)**, no ha parado de crecer en todo el sistema sanitario. En Madrid esta frecuentación siempre se ha mantenido por encima de la media nacional. En la tendencia destaca que ha sufrido un menor incremento que en el resto del territorio, aunque en los últimos datos mantenía una diferencia de 258 consultas más por cada 1.000 habitantes. Con respecto a las cifras en el porcentaje de primeras consultas sobre el total suelen ser menores que en el resto del SNS, aunque de manera muy discreta.

Actividad en Consultas	España			Madrid		
	Primeras Consultas	Frecuentación: N° Consultas por 1000 hab.	Porcentaje de Primeras/Totales	Primeras Consultas	Frecuentación: N° Consultas por 1000 hab.	Porcentaje de Primeras/Totales
2002	19.739.669	1.412,01	33,84	2.856.204	1.596,24	32,53
2003	20.741.302	1.429,04	34,55	3.082.247	1.638,70	33,35
2004	21.322.815	1.458,70	34,24	3.163.482	1.666,42	32,94
2005	21.232.342	1.446,25	33,83	3.210.051	1.639,18	33,31
2006	21.700.946	1.449,87	33,96	3.423.170	1.695,69	33,72
2007	22.662.167	1.477,67	34,18	3.506.396	1.710,84	33,53
2008	23.271.252	1.491,75	34,22	3.586.290	1.705,67	33,66
2009	24.007.440	1.519,03	34,41	3.865.383	1.829,64	33,53
2010	24.805.489	1.590,46	33,85	3.802.017	1.859,91	32,15
2011	25.010.093	1.612,69	33,62	3.900.976	1.898,38	32,25
2012	24.559.096	1.602,15	33,21	3.888.458	1.889,29	32,13
2013	25.165.738	1.635,18	33,03	4.036.581	1.975,60	31,98
2014	25.131.532	1.660,94	32,57	3.942.153	2.008,10	30,8
2015	25.313.309	1.676,74	32,52	4.090.771	2.071,64	30,85
2016	25.008.258	1.672,28	32,19	4.104.597	2.064,39	30,84
2017	25.399.123	1.703,34	32,04	4.164.496	2.055,35	31,15
2018	25.829.968	1.743,79	31,7	4.156.784	2.064,50	30,56
2019	25.859.122	1.741,27	31,53	4.259.842	2.074,37	30,71
2020	20.384.853	1.515,69	28,4	3.343.169	1.754,49	28,21
2021	23.655.166	1.705,79	29,3	3.921.028	1.963,88	29,64
Diferencia % 2002/2021	19,84%	20,81%	-13,42	37,28	23,03	-0,91

Tabla 4.6- Evolución de la frecuentación (por 1000 habitantes) de las consultas externas hospitalarias, y de la relación primeras consultas/sucesivas, 1997-2021. Fuente: Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada.

En la **Figura 4.2** se observa que la evolución comparada de consultas externas en hospitales del SNS español y de Madrid se ha mantenido estable y pareja.

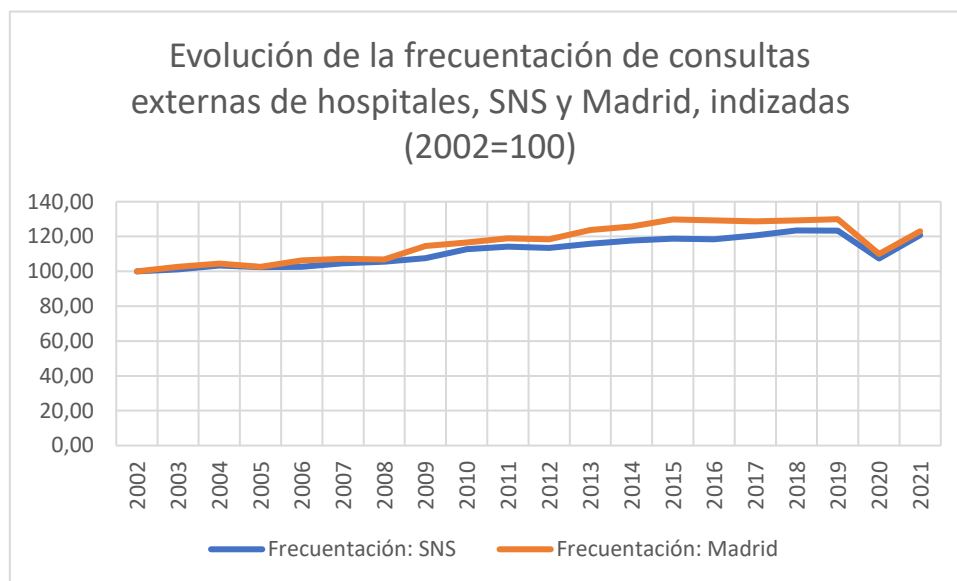


Figura 4.2- Evolución del número de consultas externas en hospitales, 2002-2021, SNS y Madrid, indizado (2002=100). . Fuente: Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada.

Las cifras de **hospitalización** en Madrid (altas) han tenido un mínimo cambio de tendencia, que unido al porcentaje de disminución producido en el resto del SNS, ha provocado que las tasas hayan ido convergiendo (**Tabla 4.7**). En el año de las Transferencias (2002), la tasa de ingresos por 1.000 habitantes tenía una diferencia de 14 puntos menor que la media del SNS, cifra que se ha reducido a menos de cinco puntos. De alguna manera determina que la tendencia de los centros del SNS tiende a descender en las tasas de hospitalizaciones, mientras que, en los servicios sanitarios en Madrid, prácticamente se mantiene estable.

La reducción de la frecuentación en la hospitalización es un fenómeno general en países desarrollados, vinculado a las alternativas a la hospitalización convencional (hospitales de día y cirugía mayor ambulatoria) y también a la realización de técnicas invasivas e intervenciones en las consultas externas.

Actividad en Hospitalización	España: Altas por 1000 hab.			Madrid: Altas por 1000 hab.		
	Públicos-SNS	Privados SNS	Total	Públicos-SNS-MAD	Privados MAD	Total
2002	87,71	29	116,7	70,84	41,98	112,83
2003	88,59	27,88	116,47	74,03	39,34	113,37
2004	88,06	28,54	116,6	75,49	38,81	114,29
2005	87,16	28,43	115,59	76,54	38,9	115,44
2006	86,61	28,49	115,09	76,26	38,35	114,6
2007	86,5	28,2	114,7	76,91	40,59	117,5
2008	86,19	27,66	113,84	76,12	40,11	116,24
2009	85,04	27,74	112,77	79,04	38,5	117,54
2010	86	25,3	111,3	79,73	35,2	114,93
2011	85,01	25,25	110,26	80,75	35,25	116
2012	84,53	25,24	109,77	79,75	35,24	114,99
2013	83,41	24,52	107,93	79,43	35,99	115,42
2014	84,58	26,14	110,72	80,61	36,49	117,1
2015	85,59	25,88	111,47	82,65	36,78	119,43
2016	85,35	26,85	112,2	82,6	36,03	118,63
2017	85,31	26,52	111,83	82,19	36,08	118,27
2018	86,63	26,22	112,85	81,46	36,82	118,28
2019	85,47	25,99	111,46	80,65	36	116,65
2020	74,61	21,1	95,7	71,39	31,28	102,67
2021	78,99	23,16	102,15	74,19	33,89	108,09
Diferencia % 2002-2021	-9,94%	-20,14%	-12,47%	4,73%	-19,27%	4,20%

Tabla 4.7- Evolución de altas por 1000 habitantes, España y Madrid, comparando hospitales públicos-SNS y privados. Fuente: Fuente: Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada.

La producción de los hospitales, representada en la **Figura 4.3**, muestra la progresiva convergencia de las altas por mil habitantes en Madrid en centros públicos (incluidos los privados vinculados con concierto sustitutorio), aunque aún no ha llegado a nivelar la frecuentación. La hospitalización privada en Madrid es un 40% superior como promedio en la serie histórica, y se mantiene estable.

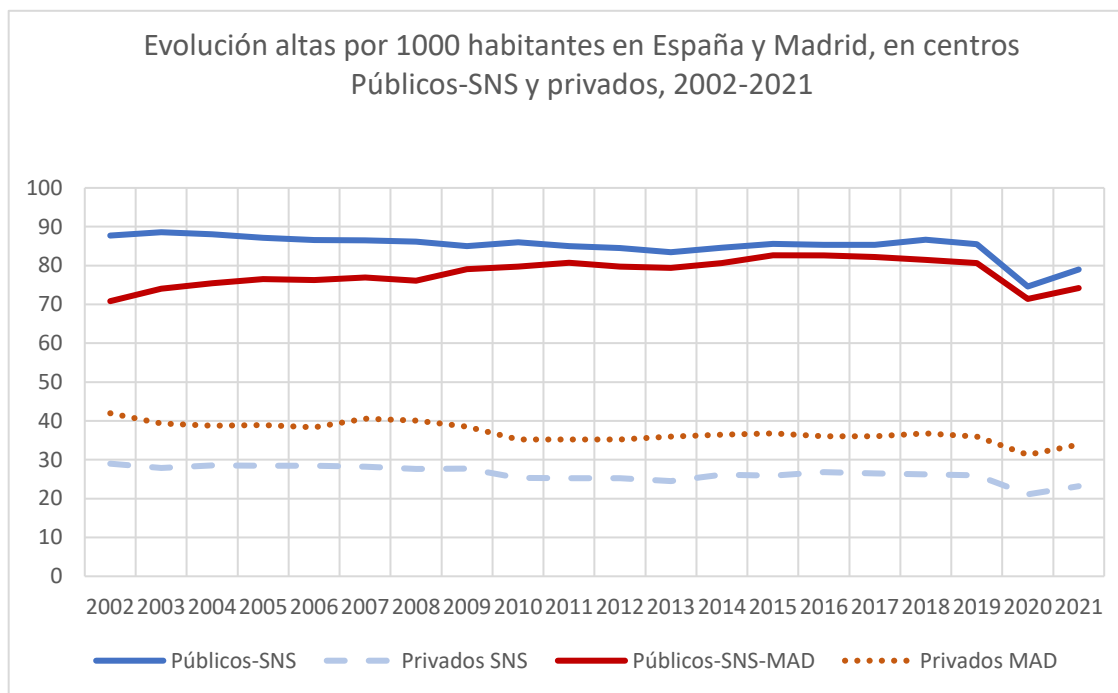


Figura 4.3 Evolución de las altas por mil habitantes en España y Madrid, en centros públicos – SNS y centros privados, 2002-2021. . Fuente: Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada

Para analizar los datos de ingresos hospitalarios, con algo más de detalle que la mera contabilidad de las altas, se puede consultar el análisis de las **hospitalizaciones potencialmente evitables (HPE)**¹⁵ por complicaciones agudas de seis enfermedades:

- Diabetes
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Deshidratación
- Angina no primaria y sin procedimiento asociado
- Asma del adulto

Las HPE actúan como indicador¹⁶ del riesgo de sufrir una hospitalización asociada a la calidad en la prestación, la mejora de la coordinación y continuidad

¹⁵ Martínez-Lizaga N, González-Galindo J, Royo-Sierra S, Seral-Rodríguez M, Angulo-Pueyo E, Estupiñán-Romero F, Ibañez-Beroiz B, Librero-López J, Millán-Ortuondo E, Hurtado-Navarro I, Peiró-Moreno S, Ridao-López M, & Bernal-Delgado E, por el grupo Atlas VPM (2023). Atlas de Hospitalizaciones Potencialmente Evitables por condiciones crónicas por zona básica de salud 2018-2020 – Atlas of Potentially Avoidable Hospitalisations in patients for chronic conditions 2018-2020 (1.0.0). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7851752>

¹⁶ Las hospitalizaciones potencialmente evitables (HPE) definen aquellos problemas de salud en que una atención ambulatoria apropiada en tipo, localización, intensidad, oportunidad y efectividad puede ayudar a disminuir los riesgos de hospitalización.

de los cuidados al enfermo crónico. Se puede observar que, de una forma generalizada, salvo en la angina sin procedimiento en mayores de 40 años, el desempeño que se produce en Madrid se aleja de las tasas esperadas. Aunque en la mayor parte de las áreas y enfermedades, hay una mejora sobre el periodo previo, casi todas las áreas se encuentran, de manera significativa, por encima del percentil 25 (considerado como nivel de referencia).

En el indicador agregado de todas las HPE por todas las causas en personas mayores de 40 años, se observa solo un área se encuentra con una tasa estandarizada menor del percentil de referencia (ver **Figura 4.4**)

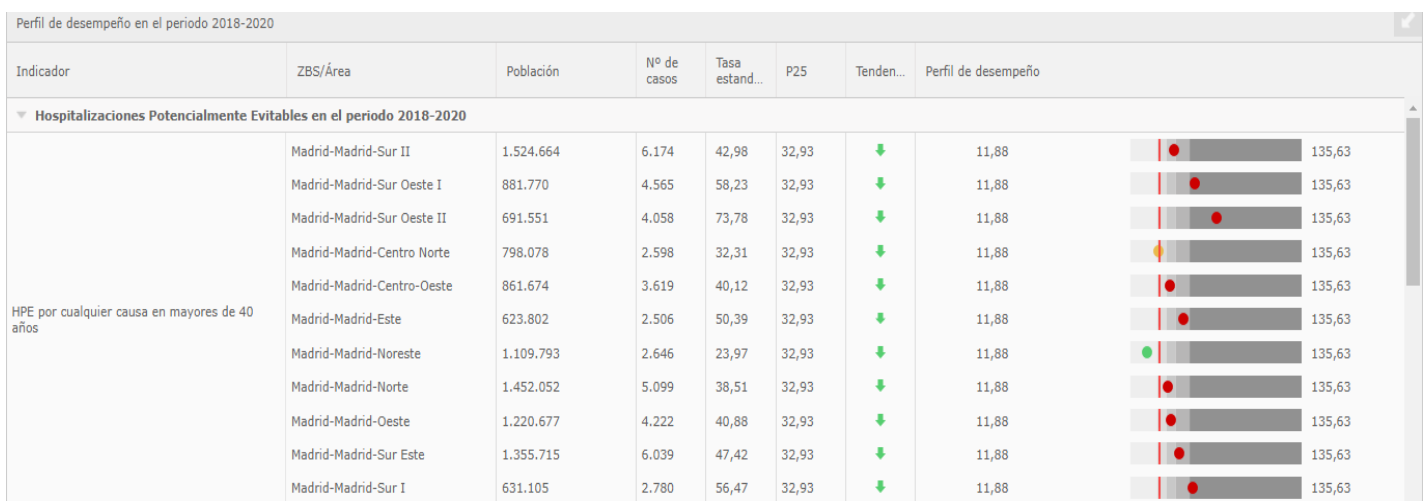


Figura 4.4.- Perfil de desempeño de HPE (hospitalización potencialmente evitable) por todas las causas en personas mayores de 40 años en las distintas Áreas. Fuente: Martínez-Lizaga N et al. Atlas de Hospitalizaciones Potencialmente Evitables.

En la comparación global con todas las CCAA, mostrado en la Figura 4.5 se puede apreciar el porcentaje de ZBS y la probabilidad de presentar una HPE. En la imagen se representa la probabilidad de que la Razón de Hospitalización Estandarizada (RHE), exceda estadísticamente el valor 1 (mayor riesgo de HPE del esperado) o presente un valor estadísticamente inferior a 1 (menor riesgo de HPE del esperado). En Madrid, las Zonas Básicas que tienen baja probabilidad de HPE es menor del 50% (en el resto de las ZBS hay un riesgo alto o muy alto de HPE).

Porcentaje de ZBS según la **probabilidad de tener más HPE de las esperadas** en cada una de las Comunidades Autónomas

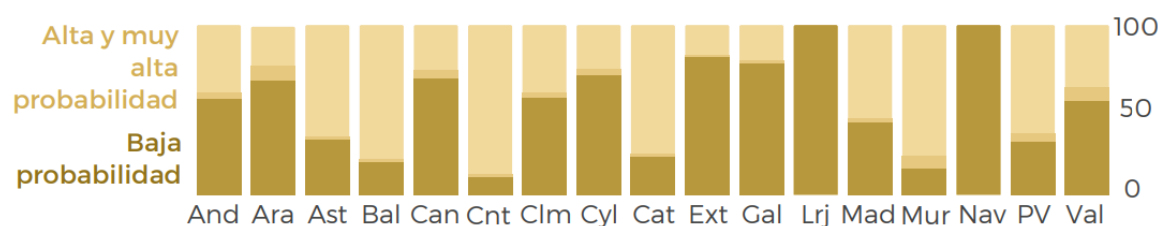


Figura 4.5- Porcentaje de ZBS con la probabilidad de presentar una HPE superior o inferior a la esperada. Fuente: Martínez-Lizaga N et al. Atlas de Hospitalizaciones Potencialmente Evitables.

4.3 Lista y tiempos de espera.

Las **listas de espera quirúrgicas** de Madrid, registra uno de los mejores comportamientos dentro del SNS, en todos los indicadores que se publican de manera estable desde el año 2016¹⁷. Los informes previos publicados no aportaban la información en el mismo formato. Tanto el tiempo medio de espera, como el porcentaje de pacientes que esperan más de seis meses, tiene unos datos mejores que en el resto del SNS (ver **Figuras 4.6 y 4.7**).

¹⁷ Sistema de Información de Listas de Espera del SNS (RD 605/2003). S.G. DE INFORMACIÓN SANITARIA Y EVALUACIÓN. Accesible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEsperaInfAnt.htm>

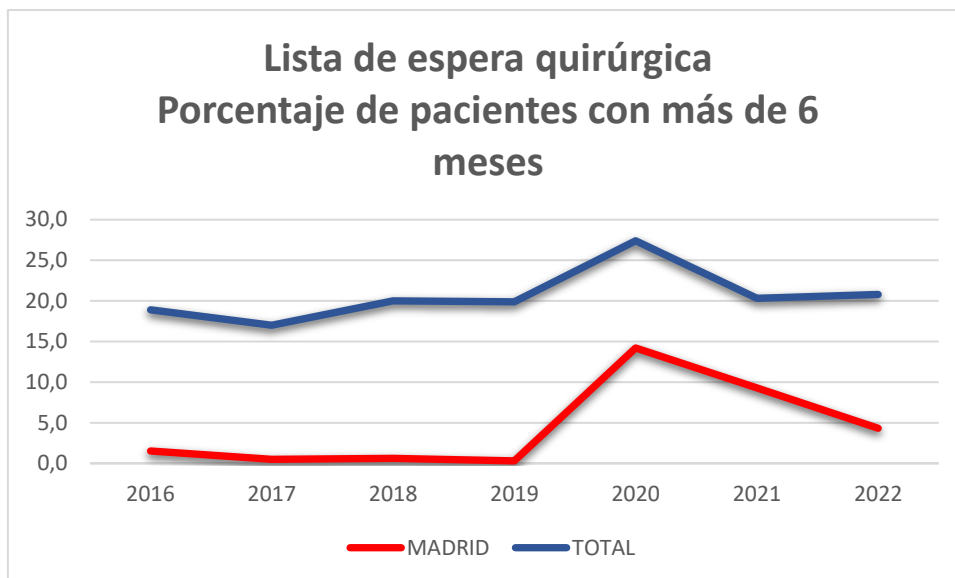


Figura 4.6: % de pacientes esperando más de 6 meses, y tasa de espera quirúrgica por 1.000 habitantes. Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS.

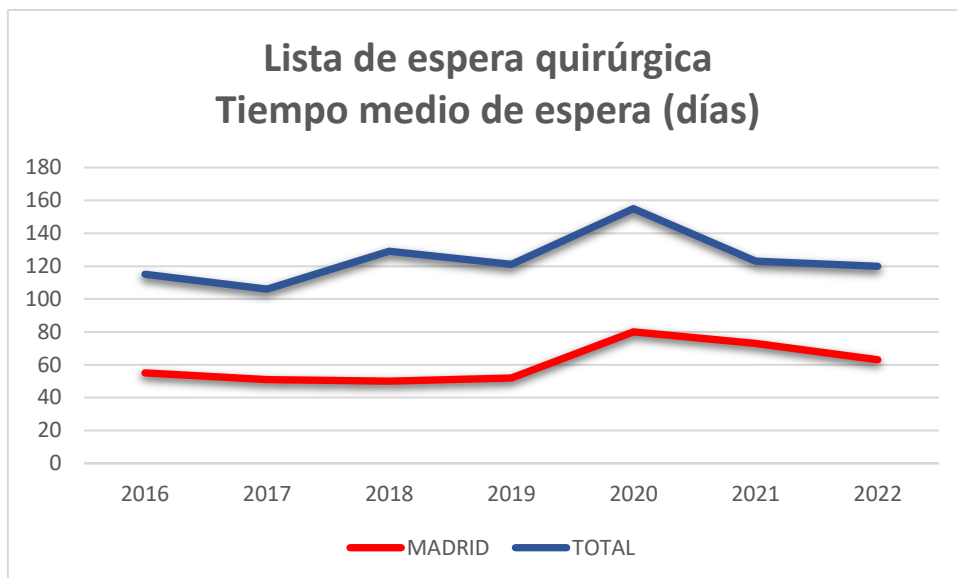


Figura 4.7: Tiempo medio de espera en días, Madrid y SNS. Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS

El peso que tienen los pacientes madrileños en el total de ciudadanos del SNS que están incluidos en las esperas quirúrgicas se mantiene en una franja entre el 8-10% del total (**figura 4.8**).

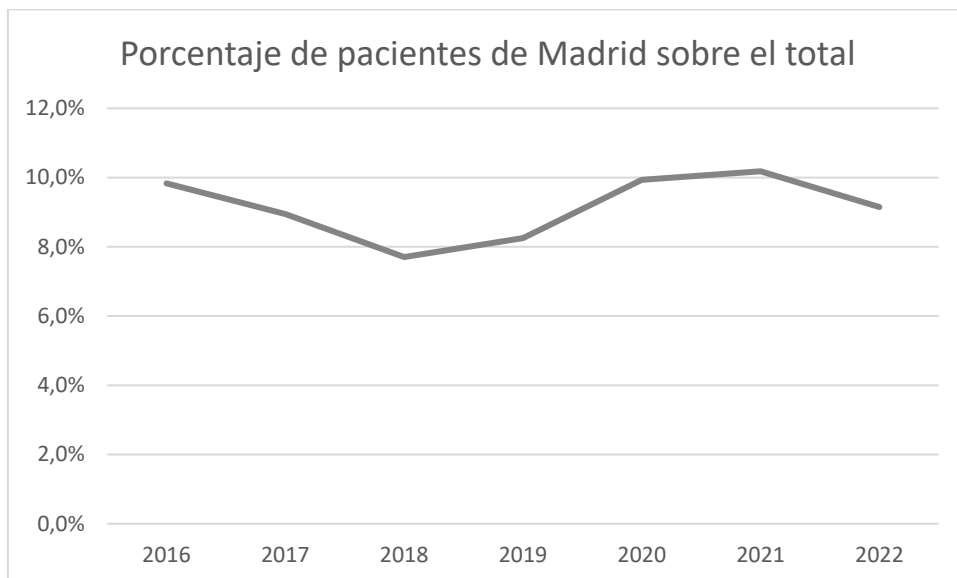


Figura 4.8: Porcentaje de pacientes de Madrid, sobre la lista de espera total del SNS. Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS.

Con respecto a las esperas que sufren los pacientes para acceder a las **consultas hospitalarias**, el comportamiento es muy diferente, siendo Madrid la que en el último informe disponible (dic 2022), ostenta el tercer puesto peor, en % de ciudadanos que esperan más de sesenta días para ser atendido en una primera consulta.

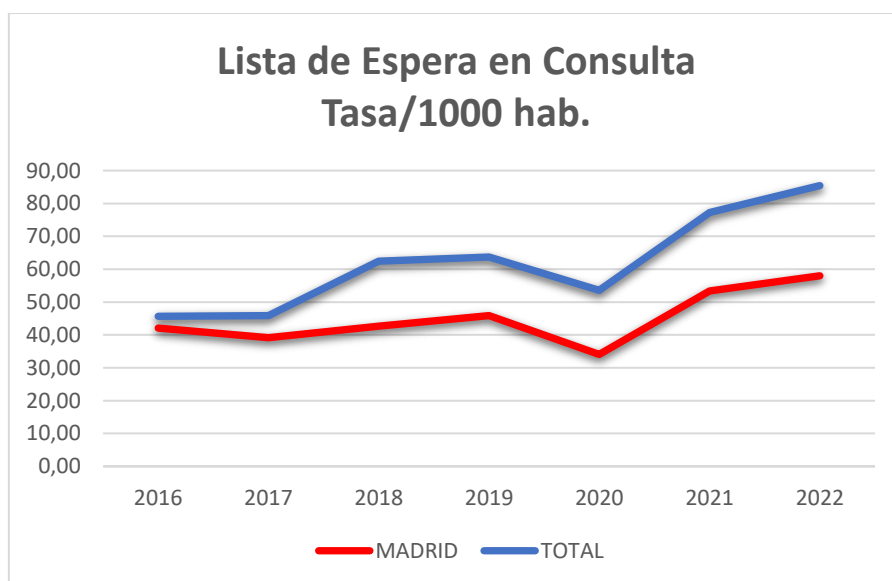
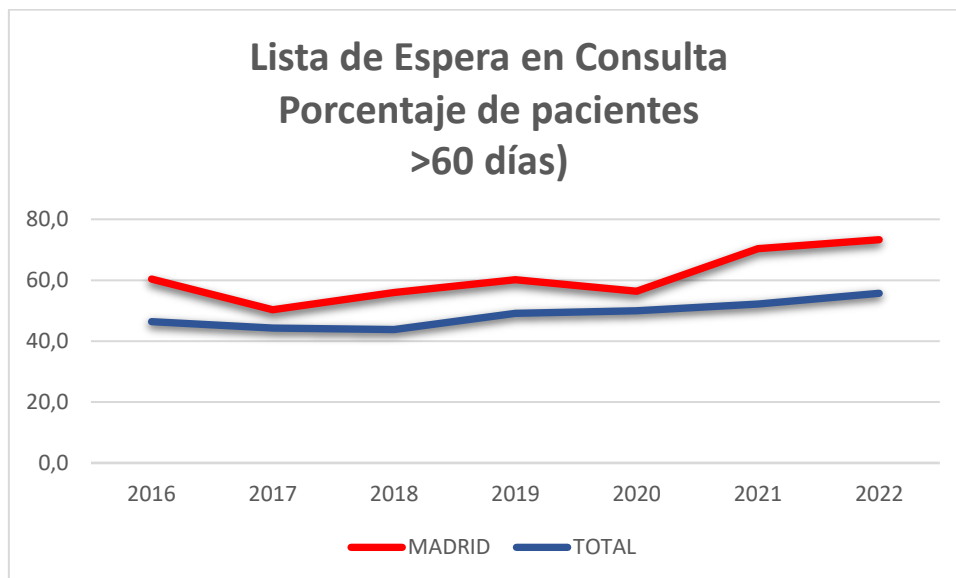


Figura 4.9: Porcentaje de pacientes en lista de espera para consulta con esperas de >60 días, Madrid y SNS; Tasas de pacientes en lista de espera por 1.000 habitantes. Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS.

El **tiempo medio de espera** es menor que la media del SNS, aunque con una tendencia creciente y convergente con el resto de los servicios regionales, especialmente después de la pandemia (**Figura 4.10**).



Figura 4.10- Tiempo medio de espera para consulta en SNS y Madrid. Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS.

Las **esperas en Atención Primaria** son algo más difíciles de analizar; en el último Barómetro Sanitario de 2022, un 73,3 % de usuarios obtienen su cita más de un día después de lo solicitado, frente a los 67,1 % del SNS.¹⁸

Puede haber una relación entre el retraso en obtener cita para el médico general o pediatra de AP, el retraso en conseguir una cita para el especialista del hospital, y la menor espera quirúrgica relativa; en efecto, la demanda potencial quirúrgica puede estar inhibida por las esperas previas, que pueden conducir a decisiones de pacientes de no tratarse o de abandonar el circuito público para buscar alternativas en la sanidad privada.

¹⁸ CIS. Barómetro sanitario 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2022/2022_Totales/cru8822ccaa.pdf

5) COMPARATIVA Y EVOLUCIÓN DE RESULTADOS EN SALUD EN MADRID.

5.1 - Resultados en salud.

Incluimos los indicadores extraídos del Atlas para la monitorización de los cuidados en diabetes¹⁹ que permiten comprobar la evolución temporal sobre los resultados del control y los **ingresos hospitalarios** asociados a las **complicaciones de los pacientes diabéticos**. Como la participación es voluntaria, hay CCAA que no aportan sus datos y la CM solo ha incorporado información en el periodo 2014-2017. Las cifras que permiten determinar el resultado que el proceso asistencial mantiene a los pacientes controlados y con disminución del riesgo cardiovascular, ofrecen datos bastante similares en todo el periodo, aunque si se comparan con los indicadores disponibles del País Vasco, son llamativamente peores (Tabla 5.1).

Hb Glicosilada <7%	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Madrid	36,4	36,2	35,8	36,9			
País Vasco	59	61,1	60,3	61,8	61,5	57,5	54,8
Hb Glicosilada <8%	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Madrid	49	50	49,8	50,4			
País Vasco	78,2	80,5	80,2	81,8	81,7	77,5	77,7
TA Controlada	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Madrid	22,9	22,2	21,2	20,9			
País Vasco	33,3	33,6	33,4	33,2	32,7	31,3	18,9
Colesterol LDL < 100mg/dl	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Madrid	35,8	39	39	38,4			
País Vasco	39,4	43,4	44,6	45,1	44,7	42,3	46
Albuminuria menor de 30mg/día	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Madrid	26,9	28,9	29,4	29,3			
País Vasco	62,1	64,6	65	65,4	65,5	60,7	68,2

Tabla 5.1- Comparación indicadores País Vasco y Madrid, evolución comparada 2014-2017. Fuente: Angulo-Pueyo E et al. Atlas para la monitorización de los cuidados en diabetes.

¹⁹ Op. Cit.. Atlas para la monitorización de los cuidados en diabetes.

La misma situación se visualiza en las **tasas de ingreso por complicaciones**, también son bastante estables, si bien, comparando con los indicadores disponibles del País Vasco, el número de ingresos por complicaciones suelen tener peores cifras (Tabla 5.2).

Ictus Isquémicos	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Madrid	5,7	5,5	5,2	5			
País Vasco	5,5	6,2	6,4	6,7	6,9	6,8	5,6
Comp. Agudas Diabetes	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Madrid	0,8	0,7	0,5	0,7			
País Vasco	0,5	0,5	0,8	0,6	0,7	0,6	0,5
Angina	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Madrid	3,5	3,4	3,5	3,4			
País Vasco	1,2	1,5	1	0,9	0,9	0,9	0,6
Insuficiencia Cardiaca	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Madrid	7,7	8	8,2	8,3			
País Vasco	7,1	7,3	6,9	7	6,7	6,9	4,1
Infarto de miocardio	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Madrid	3,8	3,9	4	3,2			
País Vasco	3,4	3,3	3,5	3,1	3,1	3,5	2,8
Trasplante Renal	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Madrid	0,1	0	0,1	0,2			
País Vasco	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 5.2- Comparación indicadores de tasas de ingreso por complicaciones, País Vasco y Madrid, evolución comparada 2014-2017. Fuente: Angulo-Pueyo E et al. Atlas para la monitorización de los cuidados en diabetes.

Los resultados en términos de salud de los pacientes deberían ser la dimensión fundamental para validar la efectividad, la calidad de la atención médica y la experiencia de los pacientes. Ciertos resultados, como la muerte, son fácilmente reconocibles y medibles, en cambio tenemos más dificultad de definir y medir otros como las actitudes y satisfacción de los pacientes, la discapacidad física y la rehabilitación.²⁰

Con datos procedente de Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (INCLAS) se destacan en las siguientes figuras datos de series temporales por

²⁰ Jefford M, Stockler MR, Tattersall MHN. Outcomes research: what is it and why does it matter?: What is outcomes research? Intern Med J [Internet]. 2003;33(3):110–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1445-5994.2003.00302.x>

años, todos son indicadores de **"resultados"** que afectan directamente al ciudadano.

Todos ellos muestran una tendencia. En ellos se puede apreciar que, partiendo de 2002, año de las transferencias de sanidad a las CCAA, Madrid presentaba en general unos datos mejores que los del conjunto del país y en alguno de ellos a la cabeza de las CCAA. Sin embargo, la tendencia y evolución de Madrid ha sido negativa, llegando en muchos de ellos a ser peor que el conjunto del SNS y en algunos casos encabezando el furgón de cola.

Si los datos son reflejo de una realidad podíamos decir que la situación sanitaria en la Comunidad de Madrid, medida en resultados, ha tenido una evolución negativa en los últimos 20 años, pasando de tener unos indicadores excelentes, comparados con el resto, a destacar actualmente por presentar unos indicadores por debajo de la media de España.

En general el impacto negativo de la pandemia (datos de 2020, 2021 y 2022) ha sido más acusado en la Comunidad de Madrid que en el resto del país.



Figura 5.1- Evolución de la Esperanza de Vida al nacer 2002-2020, Madrid y España. Fuente: Movimiento Natural de la Población (MNP). Instituto Nacional de Estadística (INE). Extraído de INCLASNS.

La esperanza de vida está basada en la mortalidad y es el indicador de salud más utilizado en la evaluación del estado de salud de las poblaciones. La esperanza de vida puede definirse como el número medio de años que espera vivir un individuo a una edad determinada, si se mantienen las tendencias actuales en las tasas de mortalidad específicas por edad.

La evolución de la esperanza de vida ha tenido un crecimiento constante y favorable hasta 2020, tanto para España como para la Comunidad de Madrid,

Partiendo de los 80,98 años de vida para Madrid en 2002 (79,71 para España) se llegó a los 85,69 para Madrid (83,76 para España)

En 2020 el efecto de la pandemia de COVID-19 trastocó la tendencia mantenida de crecimiento y causó un descenso llamativo, en Madrid se perdieron 3,56 años respecto a 2019 (1,51 para España). Madrid fue la comunidad autónoma donde se observó una mayor reducción en la esperanza de vida al nacer.

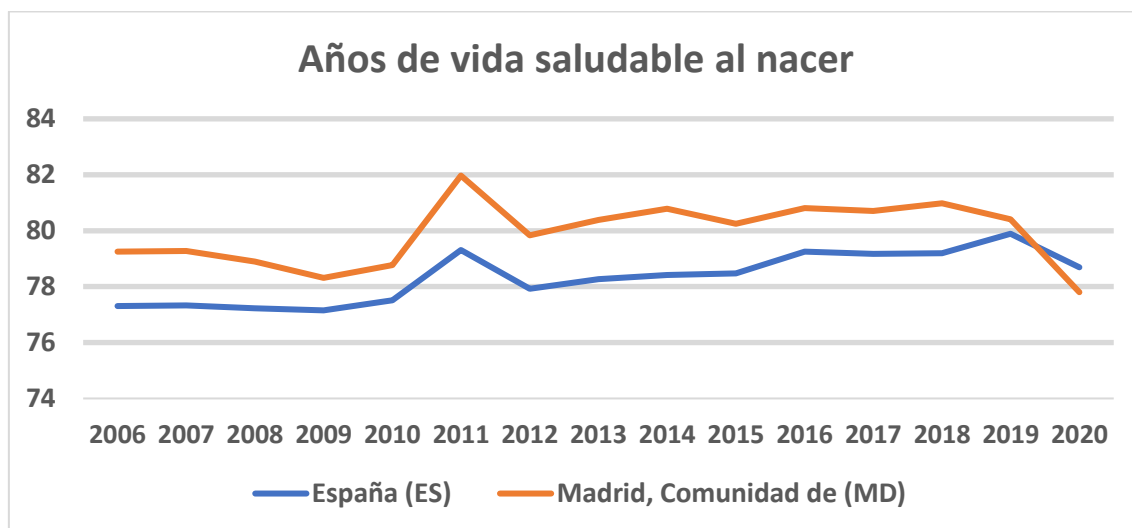


Figura 5.2- Años de vida saludable al nacer 2002-2020, Madrid y España.
Fuente: Movimiento Natural de la Población (MNP). Instituto Nacional de Estadística (INE). Extraído de INCLASNS.

El número de **años de vida saludable al nacer** son años de esperanza de vida vividos sin limitación. El periodo estudiado es de 2006 hasta 2020.

En 2002 fue de 79,25 años para Madrid (77,31 para España). Representaba el 97,8 % de la esperanza de vida al nacer en Madrid (96,2 % de esperanza de vida para España).

Hasta 2018 el número de años de vida saludable al nacer ha aumentó en paralelo tanto para España como para Madrid, en torno a 1,9 años. No obstante, en 2019 y 2020 se rompe el crecimiento paralelo y descendieron. Madrid pierde 3 años frente a los 0,5 que pierde España, principalmente como consecuencia del aumento de la mortalidad en 2020 por la pandemia de COVID-19. Hay que destacar que Madrid ya había comenzado a perder años en 2019.

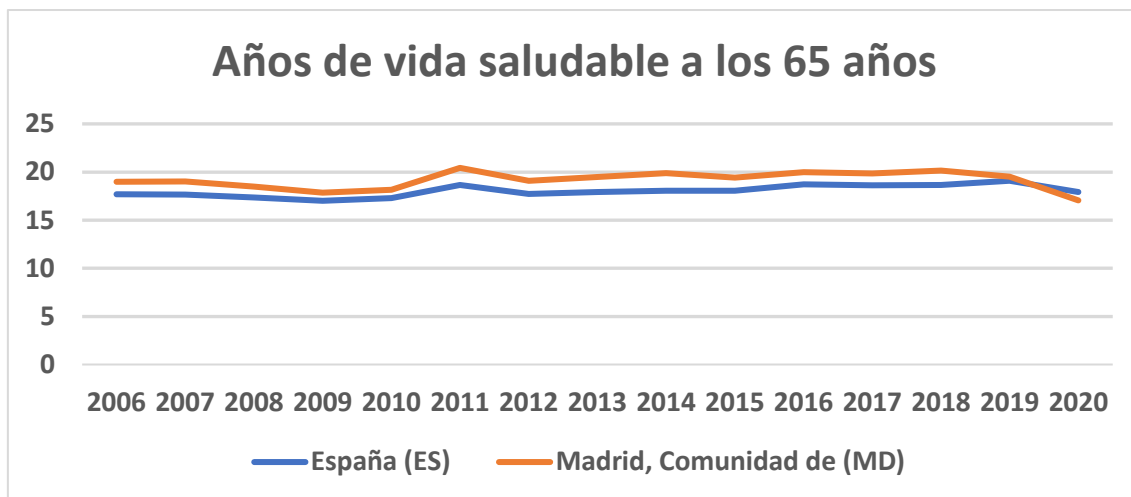


Figura 5.3- Años de vida saludable a los 65 años para 2006-2020, Madrid y España. Fuente: Movimiento Natural de la Población (MNP). Instituto Nacional de Estadística (INE). Extraído de INCLASNS.

En 2020, el número de **años de vida saludable a los 65 años** se situaba en 19 para Madrid (17,9 para España). Desde 2006 hasta 2019, los años de vida saludable a los 65 años han aumentado 1,15 años en Madrid (0,95 años en España). No obstante, debido al aumento de mortalidad en 2020, los años de vida saludable descendieron 1,46 años con respecto a 2019 en Madrid (0,73 en España). De nuevo hay que destacar que Madrid ya había comenzado a perder años en 2019.

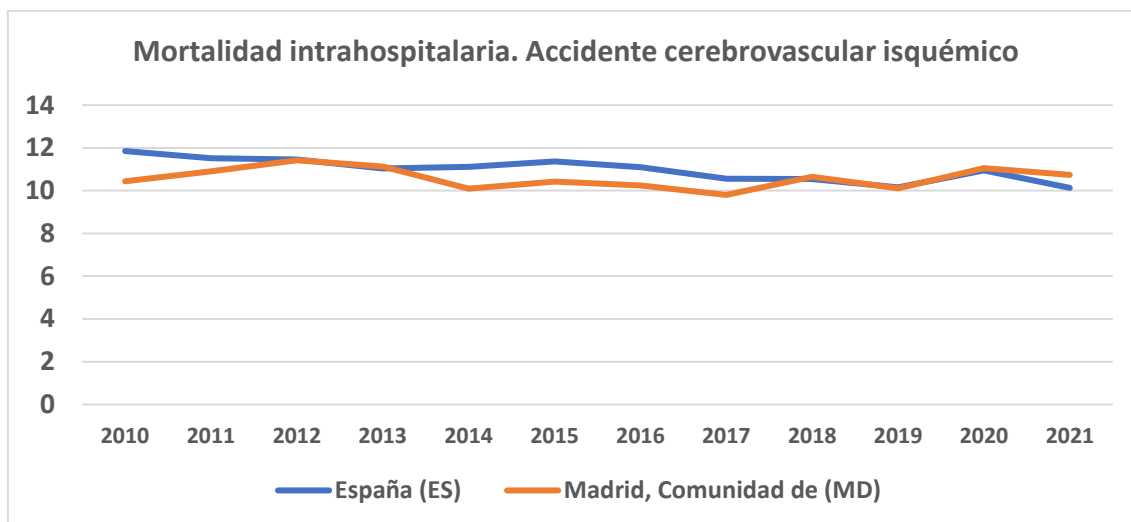


Figura 5.4- Mortalidad intrahospitalaria. Accidente cerebrovascular isquémico para 2010-2021, Madrid y España. Fuente: Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS (iCMBD). Extraído de INCLASNS

Calculado para los centros pertenecientes al SNS: La red Pública SNS está compuesta por aquellos centros de dependencia y financiación pública más los centros de dependencia privada (con o sin ánimo de lucro) que mantiene un concierto sustitutorio o pertenecen a una Red de Utilización Pública es decir están financiados con fondos públicos.

La **mortalidad intrahospitalaria** es una medida de resultados en salud. Refleja la tasa de mortalidad de los pacientes que fallecen durante su estancia en el hospital. Está íntimamente relacionado con la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Se presenta una evolución de la mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico muy paralela entre Madrid y España en los últimos 11 años. Madrid en 2010 mantenía una tasa de 10,44 frente 11,85 para España. Con una pendiente descendente en ambos casos a lo largo del periodo, con Madrid presentando tasas inferiores en la mayoría de los años termina presentando una tasa superior a España en 2021

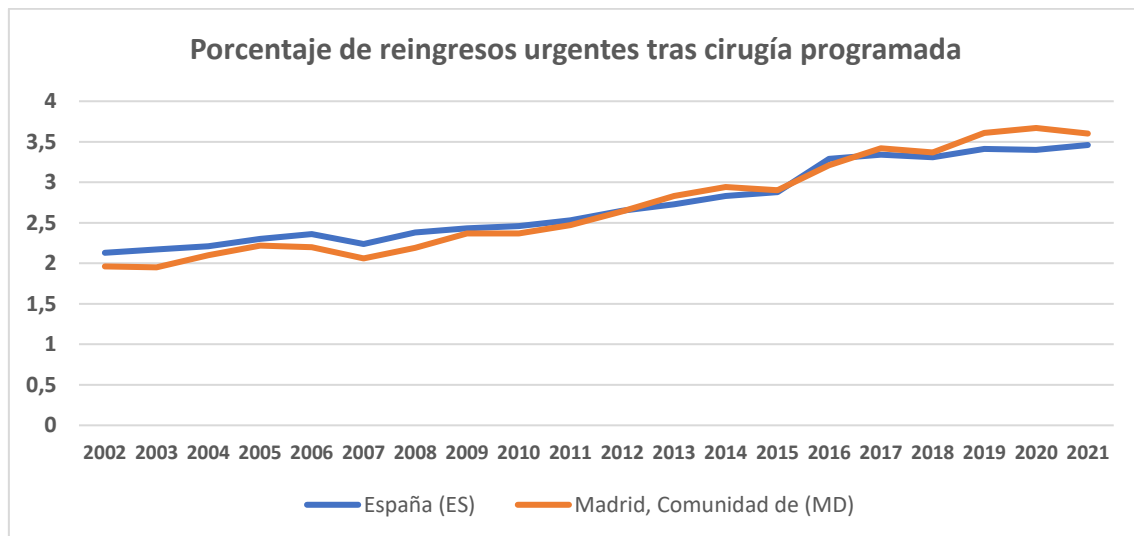


Figura 5.5- Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada para 2002-2021, Madrid y España. Extraído de INCLASNS

La consideración de reingresos se realiza para un mismo paciente en un mismo hospital, se hace mediante la identificación de pacientes para ese mismo hospital y para el mismo año, a partir del número de historia, código de hospital, fecha de nacimiento y sexo
Calculado solo para hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia.

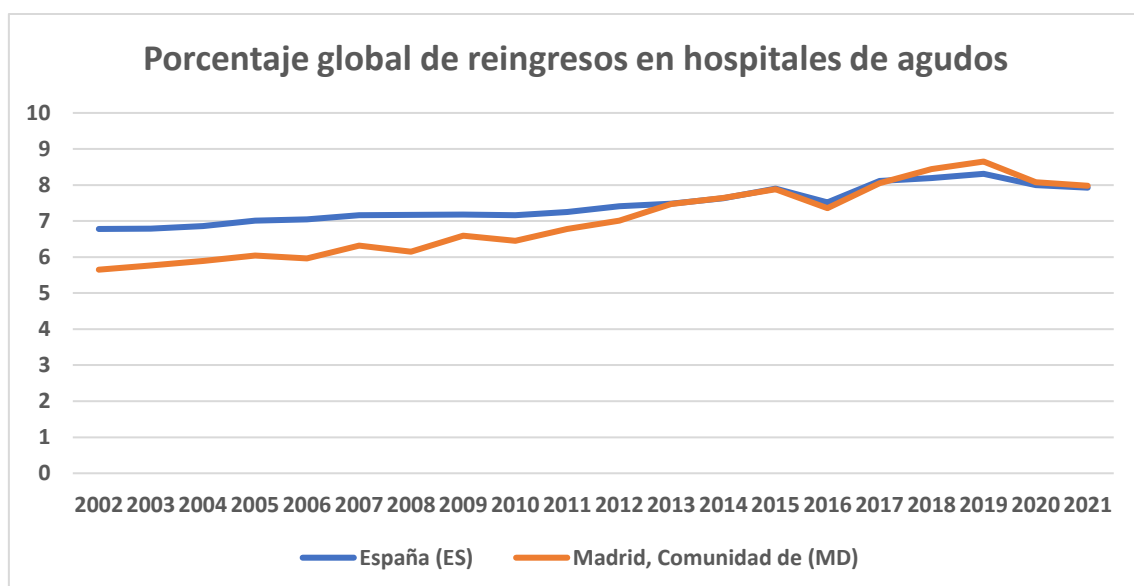


Figura 5.6- Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada para 2002-2021, Madrid y España. Fuente: Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS (iCMBD). Extraído de INCLASNS

La consideración de reingresos se realiza para un mismo paciente en un mismo hospital, se hace mediante la identificación de pacientes para ese mismo hospital y para el mismo año, a partir del número de historia, código de hospital, fecha de nacimiento y sexo.

Calculado solo para hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia. |

Se considera reingreso a todo ingreso inesperado de un paciente, tras un alta previa en el mismo hospital en los treinta días siguientes tras el alta del episodio anterior (episodio índice, en este caso los episodios de alta tras ingreso para cirugía programada, identificadas como tal las altas de pacientes con GRD quirúrgico y tipo de ingreso programado). Excluye los reingresos en los que el GRD del nuevo ingreso pertenece a la CDM: CDM 21: Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos. CDM 22: Quemaduras. CDM 25: Politraumatismos.

El porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada y de reingresos en hospitales de agudos, también referido como "tasa de reingresos" es un indicador utilizado para evaluar los resultados en salud.

Los datos en ambos indicadores para Madrid y España han llevado una evolución paralela, con pendiente ascendente, y con un mismo patrón al presentar al inicio del periodo mejores cifras para Madrid para terminar con cifras peores al final del periodo estudiado.

De un porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada para Madrid de 1,96 (2,13 para España) en 2002 se llega a 3,6 para Madrid (3,46 para España)

En el caso de reingresos en hospitales de agudos la gráfica se repite. De un porcentaje de reingresos para Madrid de 5,65 (6,78 para España) en 2002 se llega a 7,98 para Madrid (7,93 para España)

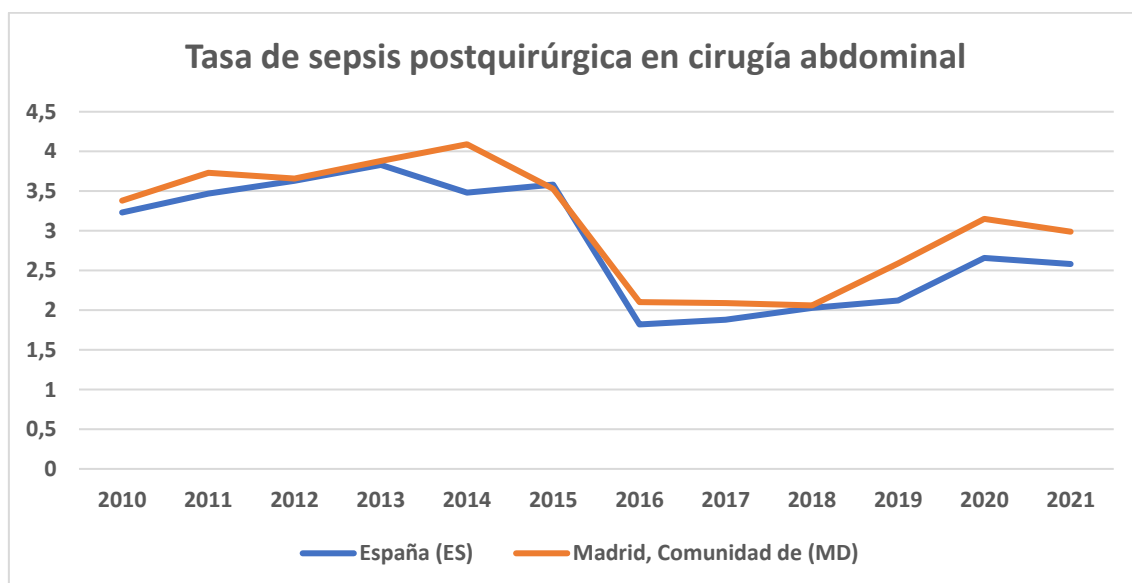


Figura 5.7- Tasa de sepsis postquirúrgica en cirugía abdominal para 2010-2021, Madrid y España. Fuente: Movimiento Natural de la Población (MNP). Instituto Nacional de Estadística (INE) Extraído de INCLASNS.

Calculado solo para hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia. Adaptado de: OCDE Health Care Quality Indicators (HCQI) 2018-2019 Data Collection. Technical Manual for Patient Safety Indicators

La sepsis postquirúrgica en cirugía abdominal es una complicación grave que puede afectar a la recuperación y la supervivencia de los pacientes.

Es una tasa construida a partir del número de altas con diagnóstico secundario de sepsis respecto al número total de altas con un código de procedimiento quirúrgico de cirugía abdominal

La evolución del indicador para Madrid y España en el periodo estudiado ha sido paralela, con pendiente descendente y con un cambio importante a partir de 2015 (se reduce un 50% en ambas series) y siempre con Madrid con cifras superiores.

La evolución de la Tasa de sepsis postquirúrgica en cirugía abdominal para el periodo estudiado fue para Madrid de 3,38 (3,23 para España) en 2010 llegándose a 2,99 para Madrid (2,58 para España) en 2021

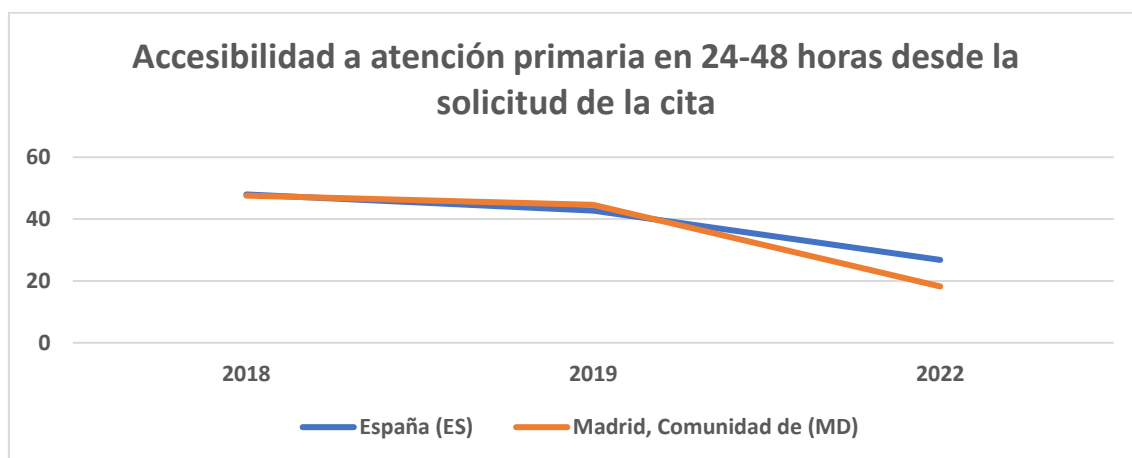


Figura 5.8- Accesibilidad a atención primaria en 24-48 horas desde la solicitud de la cita para 2018 -2022, Madrid y España. Fuente: Barómetro Sanitario (BS).

Ministerio de Sanidad y Centro de Investigaciones Sociológicas. Extraído de INCLASNS Observaciones: En el 2020 y 2021 no se realizó el Barómetro Sanitario. En 2022 se cambia el modo de administración del cuestionario (de entrevista personal a telefónica).

Es una de las preguntas del Barómetro Sanitario en la que se valora el tiempo que tardan los pacientes en conseguir cita en Atención Primaria durante los últimos 12 meses. El indicador refleja el número de personas mayores de 18 años que consiguieron cita con atención primaria el mismo día o al día siguiente de solicitarla respecto al total de personas que han pedido cita con el médico de familia de la sanidad pública y han acudido en los últimos 12 meses.

La accesibilidad junto con la longitudinalidad son las dos características principales de los servicios de Atención Primaria y por tanto son buenos indicadores de la calidad asistencial y de la experiencia del propio paciente.

Aunque se espera que la menos el 50% de la demanda se soluciones en las primeras 48 horas, en el periodo de estudio, de 2018 a 2022, con sólo 3 años estudiados, refleja una tendencia paralela, con pendiente descendente, de menor accesibilidad, para Madrid y España y una diferencia significativa al final en 2022, con 18,21 para Madrid (26,8 para España) en 2022

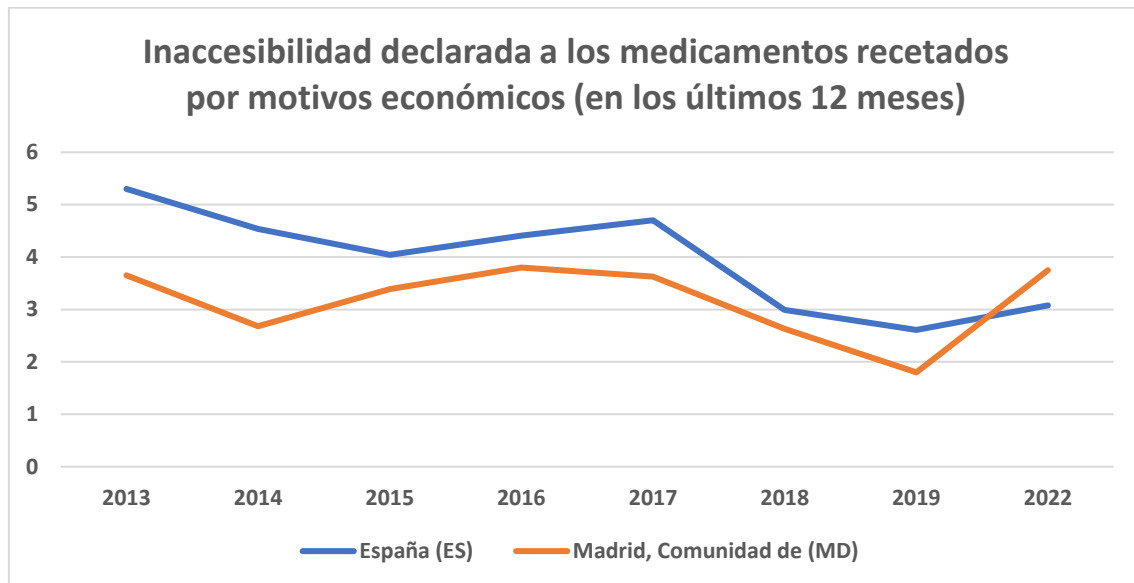


Figura 5.9- Inaccesibilidad declarada a los medicamentos recetados por motivos económicos (en los últimos 12 meses) para 2013-2022, Madrid y España. Fuente: Barómetro Sanitario (BS). Ministerio de Sanidad y Centro de Investigaciones Sociológicas. Extraído de INCLASNS

Observaciones: En el 2020 y 2021 no se realizó el BS. En 2022 se cambia el modo de administración del cuestionario (de entrevista personal a telefónica).

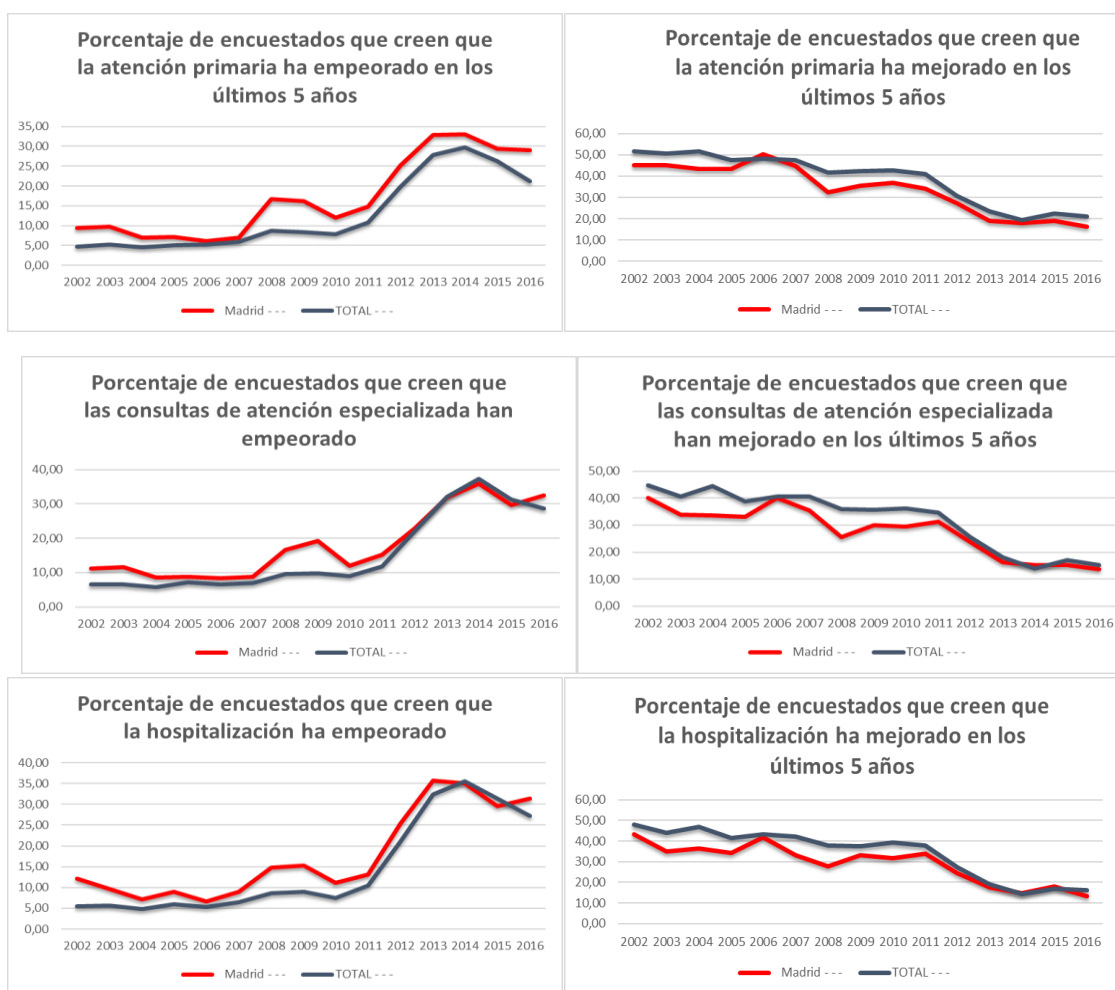
La inaccesibilidad declarada a los medicamentos recetados por motivos económicos (en los últimos 12 meses) es un indicador que mide el porcentaje de población mayor de 18 años que ha dejado de comprar algún medicamento prescrito por un médico debido a su coste

La serie presenta un patrón similar a otras anteriores. Es una serie paralela de Madrid y España, con datos más bajos para Madrid a lo largo de la serie excepto para 2022 que se invierte, empeorando para Madrid que se duplica respecto a los datos de 2019.

La evolución de la inaccesibilidad declarada a los medicamentos recetados por motivos económicos (en los últimos 12 meses) para el periodo estudiado fue para Madrid de 3,65 (5,3 para España) en 2013 llegando a 3,75 para Madrid (2,58 para España) en 2022.

5.2- Percepción de los ciudadanos de su sistema sanitario.

Desde la perspectiva de la **percepción de los ciudadanos** sobre el estado de los servicios sanitarios y si detectan una tendencia hacia la mejora o el empeoramiento de las prestaciones en los últimos cinco años; se aporta el indicador que se evalúa en la serie histórica de la encuesta del barómetro sanitario²¹. La respuesta de los ciudadanos es muy consistente en todos los ámbitos asistenciales y refleja una clara percepción de empeoramiento que se va incrementando con los años y qué en comparación con el resto de las CCAA, Madrid mantiene peores cifras, por encima del 30% de opiniones sobre una tendencia de empeoramiento. Y no es que el resto de los ciudadanos perciban que los servicios van mostrando una tendencia de mejora, todo lo contrario, los porcentajes de encuestados que creen en una mejoría, van disminuyendo de manera complementaria. Y estas cifras son también peores en Madrid en comparación con el resto de las CCAA.



Figuras 5.10- Evolución comparativa de los porcentajes de ciudadanos que creen que los servicios de Atención Primaria, Consultas Hospitalarias y Hospitalización han ido mejorando o empeorando progresivamente en los

²¹ Barómetro sanitario. Serie Histórica. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>

últimos 5 años. Fuente: Ministerio de Sanidad. Barómetro sanitario. Serie Histórica.

CONCLUSIONES

BUEN GOBIERNO

1- El Buen Gobierno exige **transparencia, participación y rendición de cuentas**. Este informe, realizado por una sociedad profesional de gestores sanitarios de Madrid (AMAS), busca prestar su contribución al mejor conocimiento de los problemas de la sanidad de Madrid, que permita identificar retos y oportunidades. La mejora de las estructuras directivas, de los sistemas de información y de los procesos basados en el Buen Gobierno son los instrumentos más efectivos para mejorar la calidad, efectividad y eficiencia de nuestros servicios públicos de salud.

GASTO SANITARIO Y PRESUPUESTOS

2- El **gasto sanitario público por habitante protegido** de Madrid en 2021 fue de 1.558 €, muy por debajo de la media del SNS español (1.769 €), siendo la penúltima CCAA. Este dato contrasta con el mayor desembolso de **gasto directo por las familias** (463 € per cápita), superior a la media española (402 €), siendo la tercera CCAA con mayor gasto privado. La evolución desde 2002 muestra un suave pero progresivo distanciamiento del gasto sanitario público en relación con la media estatal.

3- El bajo gasto sanitario público es a costa principalmente de la **Atención Primaria**, donde su 11% contrasta con el 15,2% del SNS, resultando la CA que menos porcentaje dedica a este nivel asistencial. La evolución desde 2002 muestra una disminución progresiva frente a la evolución del SNS, particularmente desde 2017. Es altamente verosímil que esta erosión financiera de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid sea una de las causas relevantes del deterioro experimentado.

4- El porcentaje de gasto sanitario público por habitante protegido, correspondientes a **hospitales-atención especializada** es superior a la media española (69,5% frente a 63,7%), y esta característica se ha mantenido en la senda evolutiva; pero las cifras absolutas muestran que en realidad el gasto es parecido (1.082 € en Madrid, frente a los 1.125 € en el SNS). El hospitalocentrismo aparente en los porcentajes de gasto es más bien el resultado indirecto de la desfinanciación de la Atención Primaria.

5- El **gasto en farmacia por recetas** es inferior a la media del SNS (14,4% frente a 15,2%, unos 40 € anuales menos). Es posible que la mayor presencia de la sanidad privada en Madrid, y la mayor renta per cápita regional, lleve a incrementar el desembolso directo de las familias para adquirir los medicamentos en las oficinas de farmacia.

6- Destaca Madrid por un **mayor gasto en conciertos** (contratación de servicios específicos con la sanidad privada): 11,2% frente a 8,8% del SNS. La evolución histórica ha sido muy significativa: de estar a la mitad del porcentaje estatal, a superarlo en 2012 y mantenerse por encima desde entonces. Si se añadiera el gasto en concesiones y otras externalizaciones al sector privado de base poblacional (conciertos substitutorios), el porcentaje podría superar el 18%; incluso más si se contabilizaran las liquidaciones extemporáneas de deudas a la sanidad privada.

7- Los **desajustes crónicos entre presupuestos iniciales y gastos finales de cada año**, superior al 10% desde 2016 (en los años de pandemia superando el 25%), así como las liquidaciones millonarias de atrasos a la sanidad privada, no ayudan a un análisis apropiado del gasto sanitario, entorpecen la rendición de cuentas y la comparación, y erosionan la función del presupuestos como instrumento esencial para orientar la gestión.

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

8- Madrid tiene un número bajo de **camas hospitalarias** totales (2,7 frente a la media española de 2,97); cuando consideramos solo las **camas públicas-SNS** (incluidas las concesiones y conciertos substitutorios) este ratio baja a 1,85, siendo la penúltima CA. Sin embargo, su cobertura de **médicos especialistas** hospitalarios es superior a la media del SNS (2,15 por mil habitantes, frente a 1,93), lo que indicaría mayor densidad de dotación, coherente con un mayor terciarismo de los servicios de referencia y alta especialización. Es verosímil que el ajustado número de camas esté soportado y paliado por mayor derivación a la sanidad privada (para procesos menos complejos), y también que cuando ocurren picos de demanda sea tan difícil gestionarlos ante la escasa holgura del reservorio de camas.

9- Los **médicos de Atención Primaria** tienen un ratio por mil habitantes muy bajo (0,68 frente a la media española de 0,77), siendo la penúltima CA en este recurso humano; en el caso de las enfermeras es aún más bajo (0,51 frente a 0,66), siendo el ratio más bajo de España.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

10- La actividad que se realiza en las **consultas de centros de salud por médicos** (M. de Familia y Pediatría) ha registrado una disminución en los últimos 15 años (-8%). En contraste con el crecimiento en el resto del SNS (+14%). Se ha detectado un crecimiento en las **consultas de enfermería** en AP, aunque con una dimensión menor que en el resto de las CCAA.

11- La atención a las urgencias en Madrid muestra claro desplazamiento hacia la atención hospitalaria. Mientras que en todo el SNS las **urgencias que se atienden en AP** han detectado un notable crecimiento del 147%, potenciando su capacidad de resolución, en Madrid solo ha crecido un 1%. Se traslada la **presión hacia los hospitales** con un incremento superior al resto de CCAA, y

una clara atención de patología banal, que se materializa en una disminución del porcentaje de los pacientes que se ingresan.

12- El incremento de las **urgencias hospitalarias** en hospitales públicos de Madrid es muy notable (2021/2000, 65,4% Madrid, frente a 26,4% SNS); también el menor porcentaje de pacientes ingresados (2021/2020, -18% Madrid, frente a -10,5% SNS) lo que significa que la puerta de urgencia se usa para casos más leves y posiblemente inapropiados; los centros privados de Madrid muestran tasas de crecimiento superiores, lo que implica un desplazamiento de cargas asistenciales desde los servicios públicos a los centros privados.

13- Las **consultas externas y los ingresos** hospitalarios en hospitales públicos-SNS (incluidos los centros privados vinculados con concierto substitutorio) han seguido una senda estable y convergente desde 2002, pareja a la del SNS. La estabilidad de sus cifras de producción contrasta con la expansión de la red hospitalaria (nueve nuevos hospitales sin incremento substantivo de camas).

14- Evaluando la pertinencia de las hospitalizaciones (**HPE – Hospitalizaciones Potencialmente Evitables**) se detecta que la mayor parte de las Áreas de Salud de Madrid se encuentran por encima del nivel de referencia (percentil 25). Lo que refleja el riesgo alto de sufrir una hospitalización por enfermedades susceptibles de mejorar su control con medidas de la calidad en la prestación, y la mejora de la coordinación y continuidad de los cuidados al enfermo crónico (diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca congestiva, deshidratación, asma del adulto).

16- Aunque no publican informes sistemáticos de **grado de control de las enfermedades crónicas en AP**, algunos estudios muestran, como en el caso de la diabetes, que tanto el proceso asistencial como los resultados de salud se ven negativamente afectados en Madrid.

17- Las baja duración (relativa) de las **esperas quirúrgicas son un punto positivo** bien conocido del SERMAS, y muy bien publicitado: tanto la espera media como el % de pacientes que esperan más de 6 meses. Para las **consultas externas** de hospitales y atención especializada el panorama cambia, particularmente en el indicador de más de 60 días para obtener una cita (73,3% de Madrid, frente a 55,7% del SNS).

18- Las **esperas en Atención Primaria** son preocupantes (Barómetro Sanitario 2022): un 73,3 % de usuarios obtienen su cita más de un día después de lo solicitado, frente a los 67,1 % del SNS.

19- Puede haber una relación entre el **retraso en obtener cita** para el médico general o pediatra de AP, el retraso en conseguir una cita para el especialista del hospital, y la **menor espera quirúrgica relativa**; en efecto, la demanda potencial quirúrgica puede estar inhibida por las esperas previas, que pueden conducir a decisiones de pacientes de no tratarse o de abandonar el circuito público para buscar alternativas en la sanidad privada.

20- Una serie de indicadores selectivos de control de factores de riesgo, muestran la **insuficiencia de los programas preventivos de Madrid** (diabetes, tensión arterial, lípidos, albuminuria...), todos ellos muy posiblemente relacionados con la debilidad de la Atención Primaria. Las tasas de ingreso en el

hospital por complicaciones en diabetes, angina, insuficiencia cardíaca, e infarto de miocardio son mayores que las experimentadas en el País Vasco,

21- Los **indicadores más relevantes de resultados en salud** muestran que en 2002 Madrid presentaba en general unos datos mejores que los del conjunto del país y en alguno de ellos a la cabeza de las CCAA. Sin embargo, la tendencia y evolución de Madrid ha sido negativa, llegando en muchos de ellos a ser peor que el conjunto del SNS y en algunos casos encabezando el furgón de cola: años de vida saludables al nacer, años de vida saludable a los 65 años, mortalidad intrahospitalaria por ictus isquémico, % de reingresos tras cirugía programada, o de reingreso en general, sepsis postquirúrgica de cirugía abdominal, falta de acceso a medicamentos recetados por motivos económicos... En la esperanza de vida al nacer, donde Madrid sigue mostrando unos mejores resultados en la serie histórica, se observa una caída muy acusada en el año 2020, como efecto de la pandemia.

22- La **percepción de los ciudadanos sobre el empeoramiento de los servicios ha aumentado** desde 2007 y se va incrementando con los años. Madrid mantiene peores cifras, por encima del 30%, de opiniones sobre una tendencia de empeoramiento en relación con la media del SNS.

23- **CONCLUSIÓN FINAL:** Si bien algunos indicadores permiten señalar ventajas comparativas de la sanidad madrileña, lo cierto es que en muchos otros va a remolque de otras CCAA que tienen mejores resultados. Además, muestra una tendencia sistemática a perder dichas ventajas, sin que la evolución observada haga prever la corrección de los déficits.

Madrid tienen claras **oportunidades de mejora** en su sistema público de salud, que debe aprovechar; para ello el gobierno de la Comunidad debe movilizar el potencial de financiación que tiene disponible, revisar los modelos de organización y funcionamiento, y crear grupos de trabajo que analicen causas de los resultados inapropiados para trabajar en su mejora.