

Estudio

RESA 2023

Indicadores de resultados sanitarios
en la sanidad privada



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad

Estudio

RESA 2023

Indicadores de resultados sanitarios
en la sanidad privada

Estudio RESA 2023. Indicadores de resultados sanitarios en la sanidad privada es propiedad intelectual del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). Documento elaborado por IQVIA.

Fecha de publicación: noviembre de 2023.

ÍNDICE

Introducción	6
Resumen ejecutivo	8
1. Objetivos del estudio.	11
2. Metodología.	13
2.1. Participantes.	14
2.2. Periodo de datos.	14
2.3. Base de datos	14
2.4. Datos recibidos	15
2.5. Datos analizados	15
2.6. Novedades metodológicas.	16
2.6.1. Análisis por procesos.	16
2.6.2. Actualización de indicadores	17
2.6.3. Tratamiento de valores atípicos	20
2.6.4. Gráficos de variabilidad	20
2.6.5. Codificación y agrupador GRD	20
3. Resultados	21
3.1. Accesibilidad en la atención sanitaria	22
3.1.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias.	22
3.1.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias	23
3.1.3. Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio.	24
3.1.4. Tiempo medio de entrega de informe de laboratorio	25
3.1.5. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista	26
3.1.6. Tiempo medio de espera quirúrgica.	27
3.1.7. Tiempo medio de asistencia en Urgencias	28
3.2. Eficiencia	29
3.2.1. Estancia media	29
3.2.2. Estancia media prequirúrgica	31
3.2.3. Tasa de ambulatorización	32
3.3. Resolución asistencial	33
3.3.1. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta.	33
3.3.2. Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días.	34
3.3.3. Tasa de retorno a Urgencias a las 72 horas del alta	35
3.3.4. Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días	36
3.4. Calidad y seguridad	37
3.4.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios.	37
3.4.2. Indicadores de seguridad del paciente.	38
3.4.3. Tasa de intervenciones de cirugía segura (<i>checklist</i> quirúrgico)	39
3.5. Procesos clínicos	40
3.5.1. Fractura de cadera	40
3.5.2. Partos	43
3.5.3. Cáncer de mama	46
3.5.4. Cáncer de pulmón	48
3.5.5. Cáncer de próstata.	49
3.5.6. Infarto agudo de miocardio	51
3.5.7. Trastornos de la vía biliar con tratamiento quirúrgico	54
3.5.8. Cataratas	56
3.6. Indicadores de fertilidad	57
3.6.1. Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos.	57
3.6.2. Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados	57
3.6.3. Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos	58
3.6.4. Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados	58
3.7. Indicadores de diálisis.	59
3.7.1. Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis	59
3.7.2. Porcentaje de pacientes con KT/V objetivo	59
3.7.3. Porcentaje de pacientes con albúmina > 3,5 g/dl	60
3.7.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga.	61

4. Conclusiones	62
5. Anexos	64
Anexo I – Definición de procesos clínicos	65
I.1. Fractura de cadera	65
I.1.1. Fractura de cadera pertrocanterea	65
I.1.2. Fractura de cuello de fémur	66
I.1.3. Fractura de cadera con prótesis sintética	66
I.1.4. Fractura de cadera sin prótesis sintética	66
I.2. Partos	67
I.2.1. Cesáreas	67
I.2.2. Cesáreas previas	67
I.2.3. Parto vaginal	67
I.2.4. Falso trabajo de parto	67
I.3. Cáncer de mama	68
I.4. Cáncer de pulmón	68
I.5. Cáncer de próstata	69
I.6. Infarto agudo de miocardio	69
I.6.1. Angioplastia coronaria transluminal percutánea	69
I.6.2. Infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación de ST	70
I.6.3. Infarto agudo de miocardio (IAM) sin elevación de ST	70
I.7. Trastornos de la vía biliar con tratamiento quirúrgico	70
I.8. Cataratas	71
I.8.1. Complicaciones de la cirugía de cataratas	72
Anexo II – Detalle de indicadores	73
II.1. Accesibilidad en la atención sanitaria	73
II.1.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	73
II.1.2. Tiempo medio de entrega del informe de pruebas complementarias	73
II.1.3. Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio	74
II.1.4. Tiempo medio de entrega del informe de laboratorio	75
II.1.5. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista	75
II.1.6. Tiempo medio de espera quirúrgica	76
II.1.7. Tiempo medio de asistencia en Urgencias	76
II.2. Eficiencia	77
II.2.1. Estancia media	77
II.2.1. Estancia media prequirúrgica	77
II.2.1. Tasa de ambulatorización	78
II.3. Resolución asistencial	79
II.3.1. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	79
II.3.2. Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días	80
II.3.3. Tasa de retorno a Urgencias a las 72h del alta	81
II.3.4. Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días	81
II.4. Calidad y seguridad	82
II.4.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	82
II.4.2. Indicadores de seguridad del paciente	82
II.4.3. Ratio de intervenciones de cirugía segura (<i>checklist</i> quirúrgico)	85
II.5. Procesos clínicos	85
II.5.1. Fractura de cadera	85
II.5.2. Partos	88
II.5.3. Cáncer de mama	89
II.5.4. Cáncer de pulmón	90
II.5.5. Cáncer de próstata	91
II.5.6. Infarto agudo de miocardio	92
II.5.7. Trastornos de la vía biliar con tratamiento quirúrgico	93
II.5.8. Cataratas	94
II.6. Indicadores de fertilidad	95
II.6.1. Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos	95
II.6.2. Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados	95
II.6.3. Gestaciones con ovocitos donados frescos	95
II.6.4. Gestaciones con ovocitos donados congelados	96

II.7. Indicadores de diálisis.....	96
II.7.1. Tasa bruta de mortalidad en diálisis.....	96
II.7.2. Porcentaje de pacientes con KT/V objetivo.....	97
II.7.3. Porcentaje de pacientes con albúmina > 3,5 g/dl.....	97
II.7.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga.....	97
Anexo III – Relación de participantes.....	98
III.1. Centros hospitalarios y clínicas participantes.....	98
III.2. Centros ambulatorios participantes.....	101
III.3. Información de la Sociedad Española de Fertilidad.....	102
III.4. Comité de Expertos.....	102
III.5. Responsables del estudio.....	103

INTRODUCCIÓN

LA INFORMACIÓN DE RESULTADOS SANITARIOS AL SERVICIO DE UNA MEJOR SANIDAD

Este 2023 nos acerca una nueva edición del *Informe RESA de resultados sanitarios del sector de la sanidad privada*, un análisis y una publicación que recoge el compromiso de la sanidad privada por la transparencia, el rigor y la objetividad en todas sus actuaciones y comunicaciones.

RESA 2023 aporta en esta ocasión datos comparativos con la anterior edición previa a la pandemia y, en ellos, podemos apreciar el ingente esfuerzo realizado por todos los hospitales y centros asistenciales participantes en esta edición. No podemos olvidar que el SARS-CoV-2 (COVID-19) generó un impacto muy significativo en nuestro entorno sanitario, una exigencia y una carga laboral muy elevada que supimos afrontar y, como se puede observar por los datos de este informe, mediante el esfuerzo de todos los profesionales sanitarios del sector privado hemos conseguido incluso mejorar los resultados sanitarios de la prepandemia.

Indicadores de acceso, de eficiencia, de calidad y seguridad, de resolución asistencial, junto a los de experiencia de paciente, desarrollados estos últimos en informes específicos, conforman un marco de referencia en el que los entornos asistenciales han de definir y medir su estrategia para ofertar la mejor atención a sus pacientes y el mejor entorno laboral para sus profesionales, puesto que en los dos se sustenta la esencia del acto médico.

Asistimos a momentos de profundo cambio en todos los sentidos, estas primeras décadas del siglo XXI traen de la mano enormes avances, no sólo en la forma de ejercer la Medicina, sino también en la manera de gestionarla, aderezado todo ello por un cambio sociodemográfico sin precedentes en el que el aumento de la esperanza de vida trae a colación el incremento de la cronicidad, la fragilidad y la comorbilidad como ingredientes de un envejecimiento poblacional que requiere de una atención personalizada muy especial; por otro lado, por los enormes avances en innovación tanto en la vertiente de farmacia como en la tecnológica que ancla sus raíces

en la disrupción digital; por las consecuencias que trae consigo el denominado cambio climático con los efectos nefastos que todos conocemos; y los movimientos migratorios de gran intensidad, entre otros hechos y circunstancias propias de nuestro tiempo.

Todo ello sin duda plantea nuevos horizontes y retos que el ser humano ha de hacer frente mediante una responsabilidad individual y colectiva, y todos y cada uno de ellos tienen un impacto en la salud y en la suficiencia de los modelos sanitarios, modelos que construyeron su arquitectura y ahondaron sus raíces en el siglo pasado, una época que poco tiene que ver con la realidad actual que nos envuelve.

Ante este escenario cambiante, surgen sin duda novedosas expectativas y necesidades que, como ciudadanos y sujetos de derecho, planteamos a quienes nos proveen de los servicios de salud necesarios. Estas demandas y exigencias tienen un denominador en común, la creciente información, formación y datos con los que establecemos nuestra decisión de aseguramiento y provisión en aquellos casos en los que decidimos voluntariamente acceder a una segunda cobertura o en los que hay posibilidad de elegir como sucede con las personas pertenecientes al denominado mutualismo administrativo.

Este derecho a suplementar, complementar o a elegir nuestro operador asistencial y asegurador está sustentado en la disponibilidad de información ágil y honesta, con los aditamentos y atributos que se han comentado anteriormente, y tiene como primer elemento básico el conocimiento de los resultados sanitarios y de salud alcanzados, puesto que inciden directamente no sólo en la experiencia de paciente, sino en el pronóstico vital llegado el caso, y en el bienestar y calidad de vida tras la enfermedad. El derecho a elegir en sanidad es fundamental para permitir que las personas tomemos decisiones informadas sobre nuestra atención médica.

561 centros privados han participado en este estudio RESA 2023 garantizando de esta

forma la representatividad de la sanidad privada en el informe. Éste incluye más de 100 indicadores, de los cuales, más de 30 son nuevos, compendiados todos en epígrafes clave de eficiencia, accesibilidad, resolución asistencial, procesos clínicos, calidad y seguridad, diálisis y fertilidad.

Se han incorporado numerosas novedades en esta edición, contribuyendo de esta forma a la consecución de los objetivos marcados. Se han actualizado las definiciones y metodologías para garantizar la robustez de los resultados (CIE-10-ES, cálculo de *outliers*, etc.), se han incorporado indicadores objetivos de seguridad del paciente de reconocimiento internacional, se han desarrollado indicadores a nivel de proceso más cercanos a las personas, se han incorporado indicadores ajustados de los centros participantes, y toda la recopilación de datos se ha realizado a través de una plataforma de recepción de datos (PRD), garantizando de esta forma tanto la seguridad de la información como la calidad de la misma. En definitiva, notables y destacadas mejoras que muestran el espíritu de progreso continuo y fiabilidad de esta iniciativa en esta su novena edición.

Este análisis pormenorizado de resultados sanitarios es ya una referencia reconocida y valiosa en nuestro país para comprender la situación de la sanidad privada en España y su contribución al sistema de salud en general. La información contenida en este estudio es útil para los propios centros participantes como elemento clave de medida y mejora; para los pacientes y usuarios en general, como

eje vertebrador en la toma de decisiones; para los propios profesionales de la salud, como corresponsables en el diseño e implantación y seguimiento de procesos, y procedimientos novedosos que impacten positivamente en la salud y calidad de vida de sus pacientes; para las autoridades gubernamentales centrales y regionales, puesto que lo son tanto del ámbito público como del privado; para establecer estrategias y tomar decisiones sustentadas en datos actualizados y fiables; y, en general, para cualquier persona interesada e implicada en el sector de la salud en España.

En definitiva, esta novena edición del estudio realizado por la Fundación IDIS marca un hito en la investigación y análisis de la salud en nuestro país, ya que contribuye a situar al paciente como protagonista del sistema, atendiendo a la gestión corresponsable de su propia salud a través de la toma de decisiones sustentadas en el valor que aporta la información y los datos objetivos.

Es por ello por lo que, desde estas breves líneas, animo a todos aquellos que se acerquen a este informe RESA 2023 a que profundicen en todos y cada uno de sus indicadores, puesto que van a encontrar motivos de comparación respecto a la edición anterior, así como otros que son novedosos en esta convocatoria y, por lo tanto, de primera calibración y análisis.

Dr. Juan Abarca Cidón

Presidente de la Fundación IDIS

RESUMEN EJECUTIVO

Tras unos años marcados por la pandemia de la COVID-19, se reanuda el Estudio RESA 2023 en su novena edición. En éste, se analizan los resultados de accesibilidad, eficiencia y resolución asistencial, entre otros, de la sanidad privada.

Este estudio RESA 2023 cuenta con más de 500 participantes: 130 hospitales privados, 120 centros ambulatorios y 311 centros de reproducción asistida. En este informe se evalúan los datos del año 2022, a excepción de los indicadores de fertilidad en los que se analiza la información del año 2019, ya que, a pesar de que el último año disponible era 2020, se observaron valores anómalos a consecuencia de la pandemia.

En línea con anteriores informes, esta amplia participación ha permitido obtener una muestra muy representativa de la actividad asistencial en la sanidad privada, con más de 700.000 altas de hospitalización analizadas, unos 5,2 millones de visitas a Urgencias recogidas, más de 5 millones de visitas a consulta externa y unos 100.000 ciclos de fertilidad analizados, entre otros.

La robustez de la muestra obtenida es la base para la construcción de este informe, en el que se analizan muchas de las áreas que históricamente se evaluaban en anteriores estudios RESA. Además, se incluyen multitud de indicadores nuevos para analizar en mayor profundidad todas las dimensiones de la sanidad privada.

Como novedades de análisis, cabe destacar la inclusión de indicadores específicos a 8 procesos clínicos (infarto agudo de miocardio, partos, patología biliar quirúrgica, fractura de cadera, cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de próstata y cataratas), y la incorporación de los indicadores de seguridad del paciente definidos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), enfocados en posibles complicaciones hospitalarias y eventos adversos después de cirugías, procedimientos y partos.

Por otro lado, como novedades metodológicas, cabe destacar la depuración de datos anómalos (*outliers*) basándose

en la distribución de los episodios de cada indicador; y el uso de la codificación CIE-10-ES para la definición de patologías y el agrupador MS-GRD v38.0 para el ajuste de algunos indicadores.

Con respecto a los resultados obtenidos, éstos se encuentran organizados basándose en el área de la sanidad privada de la que informan: accesibilidad a la atención sanitaria, eficiencia en la asistencia, resolución asistencial, calidad y seguridad, procesos clínicos específicos, indicadores de fertilidad e indicadores de diálisis.

El primer punto de contacto entre un paciente y su atención sanitaria es la **accesibilidad** que este mismo tiene con el sistema sanitario. En este aspecto, la sanidad privada continúa mostrando una tendencia a la baja con respecto al anterior estudio RESA en los tiempos medios de espera para la citación a pruebas de radiodiagnóstico (mamografía, tomografía axial computarizada [TAC] y resonancia magnética) y la entrega de estos mismos informes.

Una similar tendencia a la baja se observa con respecto a los tiempos medios de espera para la citación a pruebas de laboratorio (bioquímica y hematología o microbiología, genética e inmunología), siendo menores a 1 día en todo caso; y los tiempos medios de espera a la entrega de los informes de laboratorio, que muestran que los resultados de los mismos se reciben tan pronto como se conocen los resultados en laboratorio: en el mismo día en el caso de bioquímica, y en menos de 2 días en microbiología, inmunología y genética.

Por otro lado, los tiempos medios de espera para la citación en consultas externas sí que ha experimentado una subida en todas las especialidades, así como la espera media quirúrgica. Esto probablemente sea un reflejo de la saturación de estas consultas de especialidad y las cirugías electivas en el sistema nacional de salud tras el impacto de la pandemia de la COVID-19.

Finalmente, los resultados muestran que la accesibilidad a la atención en Urgencias mejora tanto en el tiempo medio entre la

entrada en Urgencias hasta el triaje, como en el tiempo medio entre el triaje y la asistencia sanitaria.

Más allá de la accesibilidad, el estudio RESA 2023 vuelve a demostrar que la sanidad privada también se caracteriza por su **eficiencia asistencial**, demostrando una estancia media depurada de 2,9 días en promedio, con el servicio de Oncología siendo el que mayor consumo medio de estancias muestra. Por otro lado, la estancia media prequirúrgica evidencia que, en episodios programados, los pacientes apenas muestran ingreso preoperatorio, mientras que, en los episodios urgentes, son gestionados con agilidad y tan sólo muestran estancias medias prequirúrgicas de 1,7 días en promedio.

Finalmente, a pesar de que la pandemia de la COVID-19 posiblemente haya ocasionado una mayor complejidad de algunos de los pacientes intervenidos en 2022 dado el retraso de sus cirugías, la tasa de ambulatorización de procedimientos quirúrgicos fue del 45 % aproximadamente.

La calidad asistencial no sólo pasa por la optimización de la gestión de estancias, sino también por garantizar que los pacientes y sus patologías que motivan el ingreso son resueltas satisfactoriamente y no necesitan de un reingreso hospitalario en los días posteriores. El estudio RESA 2023 evidencia la capacidad de **resolución asistencial** de la sanidad privada en diferentes ámbitos. Por un lado, tan sólo el 4,5 % de los pacientes dados de alta de hospitalización tuvieron que reingresar en los 30 días posteriores. Si el ingreso inicial era por una causa quirúrgica, únicamente el 1,2 % de los pacientes requirieron un reingreso en los siguientes 7 días y, si se trató de una cirugía ambulatoria, esta tasa de reingresos a 30 días baja al 0,5 %.

La sanidad privada no sólo demuestra esta capacidad de resolución asistencial en episodios o cirugías programadas, sino que también se observa en la gestión de las Urgencias, siendo la tasa de retorno a Urgencias tras 72 horas de tan sólo 3,1 %, valor aun inferior al de la edición de 2019.

Otro de los aspectos clave a evaluar en un sistema sanitario es la **seguridad del paciente**. Este año se han incluido como novedad unos

indicadores definidos por la AHRQ y, tras analizar la información del CMDB de los centros participantes, los resultados evidencian la baja prevalencia de complicaciones y mortalidad asociada en la sanidad privada. La gran mayoría de indicadores analizados muestran tasas de complicaciones muy cercanas al 0 %, como puede ser la tasa de mortalidad en GRD de baja mortalidad (0,12 %) o la tasa de infección sanguínea relacionada con catéter venoso central (0,02 %). La tasa de complicaciones obtenida con un resultado más alto fue la de traumatismo obstétrico en parto vaginal, instrumentado con tan sólo un 2,9 % de incidencia.

La otra gran novedad de este estudio RESA 2023 es el análisis de indicadores específicos en 8 **procesos clínicos**: infarto agudo de miocardio, partos, patología biliar quirúrgica, fractura de cadera, cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de próstata y cataratas.

En los resultados del proceso de **fractura de cadera**, cabe destacar que los pacientes permanecen ingresados un promedio de 7,9 días, y que tan sólo un 5,2 % de los pacientes tienen una estancia superior a los 20 días. Además, más del 65 % de los pacientes son intervenidos en menos de 48 horas desde el ingreso, lo cual muestra la agilidad de la sanidad privada en la atención de este tipo de procesos clínicos de urgencia.

Con respecto a los resultados del proceso de **partos**, la sanidad privada se caracteriza por la estancia media inferior a 3 días, con un ligero aumento de la tasa de partos por cesárea (34,7 %) con respecto al estudio RESA anterior. Cabe destacar que menos de un 6 % de las mujeres ingresan en el hospital con falso trabajo de parto, y que, a pesar de la complejidad de los partos vaginales tras una cesárea previa, más del 30 % de las pacientes los llevan a cabo en la sanidad privada.

Los **procesos clínicos oncológicos** son analizados basándose en su gestión de estancias, tasa de mortalidad, reingresos y tasa de ambulatorización en los casos aplicables. Los resultados demuestran la capacidad de la sanidad privada de gestionar procesos de alta complejidad como el cáncer de mama y el cáncer de próstata, mostrando estancias inferiores a 2 y 3,5 días respectivamente. La tasa de mortalidad es de

aproximadamente un 1,5 % en ambos tipos de tumor, y las tasas de reingresos son inferiores al 2,5 % y al 4,5 %, respectivamente.

El cáncer de pulmón es un tumor que tiende a diagnosticarse en estadios avanzados, lo que aumenta aún más la complejidad de estos pacientes. En este caso, éstos permanecen ingresados un promedio de 6,4 días y se observa una tasa de reingresos inferior al 18 %. Por último, la tasa de mortalidad intrahospitalaria fue del 13,1 % en promedio, aunque existe variabilidad de hasta el 25 %, posiblemente debido a las diferencias en la casuística de los pacientes atendidos.

Por otro lado, el **infarto agudo de miocardio** es otro de los procesos analizados como novedad de este estudio RESA. En este caso, los resultados evidencian la buena gestión en la sanidad privada de episodios complejos, y además muy urgentes, como pueden ser los infartos. Los pacientes permanecen ingresados un promedio de 5 días, con menos del 8 % de los pacientes requiriendo un reingreso en los 30 días posteriores y con una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 5 % aproximadamente.

Como análisis de la calidad de actividad quirúrgica, también se analizan como procesos los **trastornos de la vía biliar** como la colelitiasis o la colecistitis que han sido tratadas mediante procedimientos quirúrgicos. Los resultados sugieren un alto nivel de eficiencia y resolución asistencial de estos procesos con una estancia media inferior a 2 días y una tasa de reingresos de tan sólo un 2 %.

Finalmente, el estudio RESA vuelve a incluir un análisis de reingresos por complicaciones tras una cirugía de **cataratas**, y demuestra una tasa aun inferior a la del anterior informe (0,1 %).

En continuidad con anteriores informes RESA, por cuarto año la Sociedad Española de **Fertilidad** (SEF) nos ha facilitado los indicadores globales para los centros privados de fertilidad. Para el cálculo de éstos, se incluyen un total de 311 centros de reproducción asistida.

En este caso, se observa un patrón muy claro en los resultados. Tanto en el caso de ovocitos propios como en el de los ovocitos donados, existe una ligera tendencia a la baja en la tasa de gestaciones y partos con ovocitos frescos; y una tendencia al alza en la tasa de gestaciones y partos con ovocitos congelados.

La última de las dimensiones de la sanidad privada que se analiza en este estudio RESA es la asistencia a los pacientes en **hemodiálisis**, como se venía analizando en los anteriores informes. En este caso, se observan cambios menores con respecto a los resultados del ejercicio anterior; con una tasa de mortalidad inferior al 10 % y un porcentaje de pacientes con Kt/V o con niveles de albúmina objetivos muy superiores a los valores estándar recomendados por la Sociedad Española de Nefrología, que son reflejo de la calidad asistencial en la sanidad privada.

En conclusión, este informe RESA 2023 vuelve a evidenciar un año más los esfuerzos de la sanidad privada por garantizar el mayor nivel de accesibilidad, eficiencia y resolución asistencial posible en prácticamente todos los niveles asistenciales. Además, se vuelve a demostrar que la calidad asistencial de los pacientes en hemodiálisis y los resultados de los ciclos de fertilidad mantienen los estándares de calidad mostrados en años anteriores, a pesar de los efectos que la pandemia ha podido ocasionar en el sistema sanitario. Por último, el análisis de resultados por proceso clínico y los excelentes resultados obtenidos son un claro ejemplo de la capacidad del sistema privado de gestionar de forma eficiente y resolutive procesos tan comunes como los partos, así como procesos de alta complejidad como el cáncer, o procesos de gran urgencia como los infartos. Sin duda, este informe RESA 2023 y todos los resultados obtenidos son una clara demostración del importante papel que desempeña la sanidad privada en el sistema sanitario de nuestro país.

01

OBJETIVOS DEL ESTUDIO



La Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) es una entidad que aglutina al sector sanitario privado y que tiene como finalidad promover la mejora de la salud de los ciudadanos y defender el sistema sanitario español en su conjunto, a través de la puesta en valor de la aportación de la sanidad privada.

Desde 2012, IDIS lleva a cabo el informe de Resultados Sanitarios en la Sanidad Privada (RESA), con el objetivo de mostrar públicamente los resultados de la sanidad privada. Se trata de un ejercicio de transparencia informativa con la sociedad española que permite conocer a gran escala no sólo la calidad de la atención sanitaria privada, sino su grado de accesibilidad, su nivel de resolución asistencial, y sus datos de eficiencia, de la manera más objetiva, a través de la medición de resultados.

En esta edición se plantean cuatro objetivos principales:

- **Reflejar la situación y los principales retos de la sanidad privada española**, a partir de la información aportada por más de 500 centros privados de toda España.

Además, se pretende ir un paso más allá, incluyendo información de nuevos indicadores que permitan dar una foto más completa de la sanidad privada española actual.

- **Profundizar más en los resultados de calidad asistencial y eficiencia**, aprovechando la granularidad de los datos del CMBD para traspasar la barrera de los resultados a nivel global, siendo capaces de desgranarla para obtener resultados de otros niveles asistenciales más bajos que permitan acercarnos más a la realidad de los pacientes. Por ello, en esta edición se ha incorporado el análisis específico de 8 procesos clínicos, escogidos por su relevancia clínica dentro del sector.
- **Aumentar la comparabilidad de los resultados, tanto a nivel nacional como internacional**, incluyendo nuevos indicadores con metodologías definidas por las agencias internacionales más destacadas, como es la AHRQ.
- **Incrementar la visibilidad y la utilidad de los resultados obtenidos**, ofreciendo a los participantes del estudio el acceso a un informe individualizado con sus resultados y la comparación con el promedio, o valor esperado en aquellos indicadores donde es necesario aislar ciertas variables para que el resultado sea comparable, y para que los gestores y los asistenciales puedan detectar áreas de mejora e incorporar planes de acción.

02

METODOLOGÍA



2.1. Participantes

En esta edición del estudio RESA, contamos con más de 500 participantes:

- 130 hospitales privados.
- 120 centros ambulatorios.
- 311 centros de reproducción asistida.

En el Anexo III se incluye el listado detallado de los participantes.

2.2. Periodo de datos

En este informe, se evalúan los datos del año 2022, a excepción de los indicadores de fertilidad en los que se analiza la información del año 2019, ya que, a pesar de que el último

año disponible era 2020, se observaron valores anómalos como consecuencia de la pandemia.

2.3. Bases de datos

Para poder llevar a cabo el proyecto, los participantes han facilitado la siguiente información:

- Conjunto mínimo básico de datos (CMBD), que incluye la información de hospitalizaciones y cirugía mayor ambulatoria.
- Actividad quirúrgica, que incluye la información de los pacientes atendidos en el servicio quirúrgico para cirugía programada con anestesia general, con o sin ingreso del paciente.
- Urgencias, que incluye la información de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
- Consultas externas, que incluye la información de las primeras consultas de especialista en Oftalmología, Dermatología, Traumatología, Ginecología y Obstetricia.
- Pruebas complementarias de diagnóstico por imagen, que incluye la información de las siguientes pruebas de diagnóstico: mamografías, TAC, resonancia magnética osteomuscular (RM).
- Pruebas complementarias de laboratorio, que incluye la información de las pruebas de bioquímica, hematología, microbiología, inmunología y genética.
- Hemodiálisis, que incluye información relativa a los pacientes atendidos en hemodiálisis.
- Auditorías y certificaciones, que incluyen información de las certificaciones otorgadas por los principales organismos internacionales de reconocida solvencia:
 - International Organization for Standardization (ISO).
 - European Federation of Quality Management.
 - Hospital Accreditation of Joint Commission.

2.4. Datos recibidos

La numerosa participación de esta edición se traduce en una amplia muestra de información que nos permite extraer resultados sanitarios representativos del ámbito privado y realizar uno de los estudios sobre la calidad de la sanidad más importantes del país.

Los participantes de esta edición han facilitado la siguiente información:

- 711.149 altas de hospitalización.
- 379.323 altas de cirugía mayor ambulatoria (CMA).
- 449.952 intervenciones quirúrgicas.
- 5.303.544 visitas de Urgencias.
- 5.286.671 consultas de especialista.
- 2.380.270 pruebas de diagnóstico por la imagen.
- 1.493.682 pruebas complementarias de laboratorio.
- 3.840 auditorías y certificaciones.
- 6.650 pacientes atendidos en hemodiálisis.
- 107.272 ciclos de tratamiento de fertilidad.

2.5. Datos analizados

Antes del cálculo de los indicadores, se ha realizado una depuración de los datos para eliminar posibles datos erróneos o con deficiencias, con el objetivo de garantizar que los resultados reflejados en este informe muestren la realidad de la sanidad privada sin ningún tipo de sesgo.

Para ello, se comprobaron cada una de las bases de datos para detectar posibles incongruencias en el registro de la información aportada por los centros. Esto incluye la comprobación de registros duplicados, la verificación de la estructura de las bases de datos y el formato de cada variable incluida en ellas. Además, se exploraron los datos con el fin de que, no solamente el formato y estructura fuesen correctos, sino que los datos, en su conjunto, fueran coherentes.

Por lo que, para el cálculo de indicadores, se ha utilizado finalmente la siguiente información:

- 710.800 altas de hospitalización.
- 379.323 altas de cirugía mayor ambulatoria (CMA).
- 166.334 intervenciones quirúrgicas.
- 5.078.058 visitas de Urgencias.
- 4.762.133 consultas de especialista:
 - 739.320 de Oftalmología.
 - 809.114 de Dermatología.
 - 1.857.297 de Traumatología.
 - 1.356.402 de Ginecología y Obstetricia.
- 1.999.715 pruebas de diagnóstico por la imagen:
 - 390.468 mamografías.
 - 616.587 TAC.
 - 992.660 RM.
- 1.491.429 pruebas complementarias de laboratorio:
 - 1.268.434 de bioquímica y hematología.
 - 222.995 de microbiología, genética e inmunología.
- 3.757 auditorías y certificaciones.
- 4.030 pacientes atendidos en hemodiálisis.
- 107.272 ciclos de tratamiento de fertilidad.

- Si comparamos la información analizada en esta edición respecto a lo que se analizó en la edición anterior, observamos que se mantiene muy estable en prácticamente todas las bases de datos, a excepción de

Urgencias y consultas de especialista que se incrementa notablemente, y de las pruebas de laboratorio, que disminuyen (figura 1).

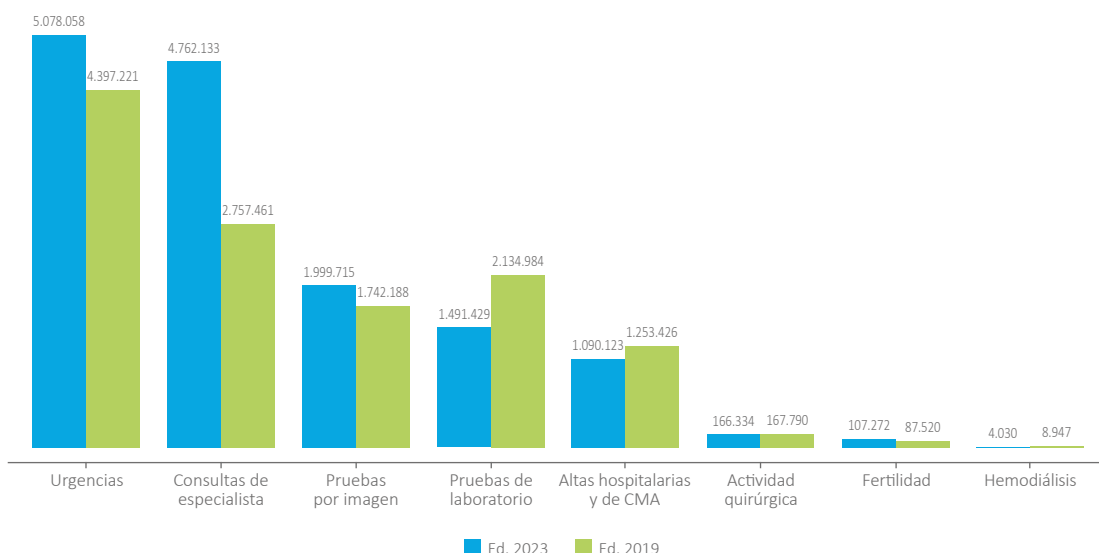


FIGURA 1. Registros analizados en la Edición 2023 vs. Edición 2019.

2.6. Novedades metodológicas

En el informe RESA 2023 se ha decidido aplicar una serie de novedades metodológicas que permitiesen dar respuesta a los objetivos marcados para esta edición:

2.6.1. Análisis por procesos

Para seguir aumentando la granularidad de los resultados obtenidos, y permitir una mayor comparabilidad, profundidad y utilidad de éstos, era necesario traspasar la barrera de los resultados a nivel global, y bajar a otros niveles asistenciales como, por ejemplo, el proceso clínico. Por ello, se ha incorporado al informe, el análisis específico de 8 procesos clínicos:

- **Infarto agudo de miocardio** (Cardiología).
- **Partos** (Obstetricia).
- **Trastornos de la vía biliar con tratamiento quirúrgico** (aparato digestivo).
- **Fractura de cadera** (Traumatología).
- **Cáncer de mama** (Oncología).
- **Cáncer de pulmón** (Oncología).
- **Cáncer de próstata** (Oncología).
- **Cataratas** (Oftalmología).

2.6.2. Actualización de indicadores

El informe RESA de este año, no sólo pretende reflejar la situación actual de la sanidad privada, sino que también aspira a mostrar una foto más completa de ésta. Para conseguirlo, se han analizado más de 100 indicadores, entre los cuales destacan algunas inclusiones destacadas:

- Inclusión de los indicadores de seguridad del paciente (PSI) de la AHRQ, que brindan información sobre eventos de seguridad potencialmente evitables que representan oportunidades de mejora en la prestación de la atención. Más específicamente, se enfocan en posibles complicaciones hospitalarias y eventos adversos después de cirugías, procedimientos y partos.

La incorporación de los indicadores propuestos por la AHRQ no sólo permite utilizar una metodología robusta y validada, sino que también favorece la evaluación objetiva de esta área.

- Inclusión de indicadores específicos para cada uno de los 8 procesos clínicos analizados con el objetivo de profundizar más en los resultados por patología, y así ser capaces de tener una visión más cercana al paciente.

Además, se han mantenido la mayor parte de los indicadores del Estudio RESA analizados en anteriores ediciones, así como la aportación de la información sobre indicadores de fertilidad *in vitro* por parte de la Sociedad Española de Fertilidad.

Uno de los indicadores eliminados en esta edición ha sido el de "Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo de tratamiento en Oncología", ya que, a pesar de ser uno de los indicadores relevantes del informe, el dato aportado por los centros no ha sido lo suficientemente representativo como para sacar resultados concluyentes. La baja muestra obtenida se debe, en gran medida, a la dificultad para extraer la información no estructurada necesaria para la construcción de este indicador; por ello, se ha trabajado para mostrar esta área desde otra perspectiva: la eficiencia y calidad asistencial de tres procesos oncológicos de distinta complejidad en el ámbito de la hospitalización (cáncer de mama, próstata y pulmón).

A continuación, se detallan los indicadores analizados en esta edición:

Área de análisis	Indicador
Accesibilidad en la atención sanitaria	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (<i>mamografías, TAC y resonancia magnética</i>)
	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (<i>mamografías, TAC y resonancia magnética</i>)
	Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio (<i>bioquímica y hematología, y microbiología, inmunología y genética</i>)
	Tiempo medio de entrega de informe de laboratorio (<i>bioquímica y hematología, microbiología, inmunología y genética</i>)
	Tiempo medio de espera para citación de primera consulta especialista (<i>Oftalmología, Dermatología, Traumatología, Ginecología y Obstetricia</i>)
	Espera media quirúrgica
	Tiempo medio de asistencia en triaje en Urgencias
	Tiempo medio de asistencia facultativa en Urgencias
Eficiencia	Estancia media
	Estancia media prequirúrgica
	Tasa de ambulatorización
Resolución asistencial	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días
	Tasa de retorno a Urgencias a las 72 horas del alta
	Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días
Calidad y seguridad	Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios
	Tasa de mortalidad en GRD de baja mortalidad
	Tasa de mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables
	Úlcera por presión
	Neumotórax iatrogénico
	Infección sanguínea relacionada con catéter venosos central
	Fractura de cadera intrahospitalaria
	Hematoma o hemorragia posoperatoria
	Daño agudo renal posoperatorio que requiere diálisis
	Fallo respiratorio posoperatorio
	Embolismo pulmonar o TVP perioperatoria
	Sepsis posoperatoria
	Dehiscencia herida quirúrgica posoperatoria
	Punción o laceración accidental abdominopélvica
	Traumatismo obstétrico–parto vaginal instrumentado
	Traumatismo obstétrico–parto vaginal no instrumentado (obstétrica)
	Tasa de intervenciones de cirugía segura (<i>checklist quirúrgico</i>)
Procesos clínicos: Fractura de cadera	Estancia media
	Episodios con más de 20 días de estancia (frecuencia relativa)
	Episodios intervenidos en < 48 horas desde el ingreso
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera pertrocantérea
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cuello de fémur
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera con/sin prótesis

Procesos clínicos: Partos	Estancia media
	Tasa de partos por cesárea
	Tasa de partos vaginales con cesárea previa
	% de partos vaginales con cesárea previa
	Ingresos preparto (falso trabajo de parto)
Procesos clínicos: Cáncer de mama	Estancia media
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria
	Tasa de ambulatorización
Procesos clínicos: Cáncer de pulmón	Estancia media
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria
Procesos clínicos: Cáncer de próstata	Estancia media
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria
Procesos clínicos: Infarto agudo de miocardio	Estancia media
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria con/sin elevación de ST
	Tasa de angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria
Procesos clínicos: Trastornos de la vía biliar	Estancia media
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de ambulatorización
Procesos clínicos: Cataratas	Tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía
Fertilidad	Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos sobre nº de ciclos realizados
	Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados sobre nº de ciclos realizados
	Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos sobre nº de ciclos realizados
	Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados sobre nº de ciclos realizados
Diálisis	Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis
	Porcentaje de pacientes con KT/V objetivo
	Porcentaje de pacientes con albúmina > 3,5 g/dl
	Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga

FIGURA 2. Indicadores analizados en el informe RESA 2023.

En el Anexo II se define cada uno de los indicadores.

2.6.3. Tratamiento de valores atípicos

Como parte de la depuración de los datos para garantizar que los resultados mostrados en el informe reflejen la realidad de la sanidad privada y no están sesgados por valores anómalos, se ha realizado un tratamiento de *outliers* en todos aquellos indicadores donde se analizan variables continuas.

Este método consiste en la eliminación de aquellas observaciones que se encuentran excepcionalmente alejadas del resto de

registros, éstas se detectan aplicando el método del rango intercuartílico, que consiste en la eliminación de aquellas observaciones que están fuera de los límites inferior o superior:

- Límite inferior: $P25 - 1,5 * IQR$
- Límite superior: $P75 + 1,5 * IQR$
- *Dónde: P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; IQR = rango intercuartílico (P75-P25)*

2.6.4. Gráficos de variabilidad

Los diagramas de cajas (o *boxplot*) que se presentan a lo largo del informe reflejan la variabilidad por centro en cada uno de los indicadores, mostrando el rango intercuartílico (P75-P25) en la caja, los valores máximo y mínimo en las líneas que se extienden desde la caja (o *bigotes*), y el promedio en el rombo.

Para evitar mostrar resultados distorsionados debido al bajo número de casos por centro, se han excluido de la representación aquellos centros que tenían una muestra insuficiente para ese indicador, considerando como insuficiente si el denominador representaba menos del 0,1 % de los registros totales analizados en el indicador o si el denominador era inferior a 10 casos.

2.6.5. Codificación y agrupador GRD

Se ha utilizado CIE-10-ES para la definición de patologías y el agrupador MS-GRD v38.0 para el ajuste de algunos indicadores.

03

RESULTADOS



3.1. Accesibilidad en la atención sanitaria

El primer punto de contacto entre un paciente y su atención sanitaria es la accesibilidad que este mismo tiene con el sistema sanitario. Garantizar que los pacientes puedan solicitar citas, realizarse pruebas o recibir resultados en un margen temporal razonable es una

pieza clave para lograr una asistencia sanitaria de mayor calidad. Éste es uno de los principios que caracteriza a la sanidad privada y estos datos objetivos de accesibilidad sanitaria son analizados en la primera sección de este estudio RESA.

3.1.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

Acorde a la tendencia incremental que se venía observando en los anteriores informes RESA, este año se alcanza el mayor número de pruebas evaluadas hasta el momento. Se analizan más de 390.000 mamografías, 615.000 TAC y 992.000 RM.

El tiempo medio de espera para la citación de estas pruebas se reduce frente al resultado del informe RESA 2019, ninguna de estas pruebas supera los 10 días de espera. Para

las mamografías, el tiempo medio de espera fue de 9,8 días; para las TAC, fue de 4,0 días; y para las RM, el tiempo medio de espera fue de 7,7 días (figura 3).

En las mamografías se observa mayor variabilidad, con tiempos promedio de 0 a 28 días según el centro. En el caso de las TAC y de las resonancias magnéticas, se observa menor variabilidad, y tiempos promedio por centro más bajos (figura 4).

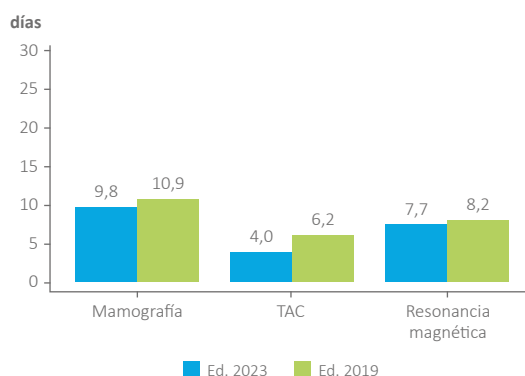


FIGURA 3. Comparativa del tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias con la edición anterior.

Pruebas analizadas en el informe RESA 2023: 360.675 mamografías, 557.114 TAC, 932.644 RM. Pruebas analizadas en el informe RESA 2019: 355.454 mamografías, 537.543 TAC, 849.191 RM.

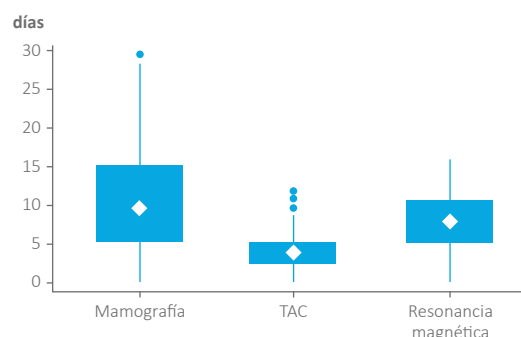


FIGURA 4. Variabilidad por centro en tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias. Centros incluidos: 109, 103 y 106 respectivamente.

3.1.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

La accesibilidad a la atención sanitaria no sólo depende de la espera a la realización de una prueba, sino también de la espera media hasta la recepción de un informe de resultados. En este indicador se evalúa el promedio de días de espera desde la realización de una prueba complementaria hasta la entrega del informe al facultativo.

En este indicador también se observa una tendencia a la baja en los tiempos de espera, siendo estos de 3,1 días para la resonancia magnética, de 1,9 días para las TAC y de 0,2 días para las mamografías (figura 5). Cabe destacar que entre 2018 y 2022 se ha llevado

a cabo una labor de digitalización de los procesos por parte de los centros privados, lo que ha resultado en esta clara disminución en los tiempos medios de espera, permitiendo la entrega de informes en el mismo día de la prueba en el caso de las mamografías.

En lo que respecta a la variabilidad por centro, se observa que, en el caso de las mamografías, existe muy poca dispersión en el promedio del tiempo de entrega de informes, al contrario de lo que sucede con los tiempos de entrega en las pruebas de TAC y RM, con valores más variables según el centro (figura 6).

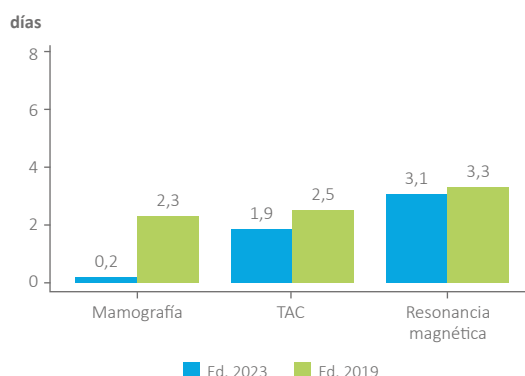


FIGURA 5. Comparativa del tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias con el informe anterior.

Pruebas analizadas en el informe RESA 2023: 230.578 mamografías, 404.968 TAC, 662.912 RM.
Pruebas analizadas en el informe RESA 2019: 355.454 mamografías, 537.543 TAC, 849.191 RM.

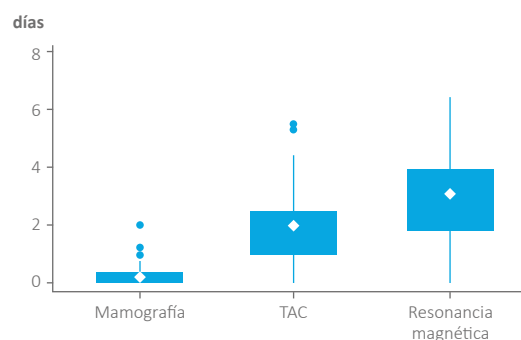


FIGURA 6. Variabilidad por centro en tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias.

Centros incluidos: 90, 85 y 88 respectivamente.

3.1.3. Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio

Tras la inclusión de este indicador por primera vez en el anterior informe RESA (2019), vuelve a ser incluido en este informe y se logra aumentar ligeramente la n muestral: unas 1.250.000 pruebas de bioquímica y hematología y unas 220.000 pruebas de microbiología, inmunología y genética.

El promedio de días de espera desde la solicitud de una citación para estas pruebas hasta su realización fue inferior a 1 día, manteniendo la tendencia observada en el anterior informe RESA. El tiempo medio de

espera fue exactamente de 0,8 días para pruebas de bioquímica y hematología, y de 0,2 días para microbiología, genética e inmunología (figura 7).

En lo que respecta a los resultados desagregados por centro, no se observan grandes diferencias entre ellos, observando tiempos de espera de citación entre 0-1 días en prácticamente todos ellos (figura 8).

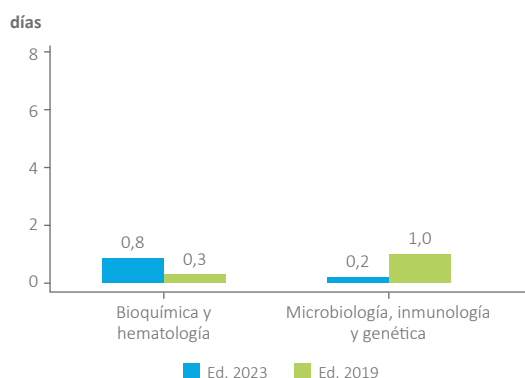


FIGURA 7. Comparativa del tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio con la edición anterior.

Pruebas analizadas en el informe RESA 2023: 1.205.461 de bioquímica y hematología; 185.778 de microbiología, inmunología y genética.
Pruebas analizadas en el informe RESA 2019: 1.235.073 de bioquímica y hematología; 899.911 de microbiología, inmunología y genética.

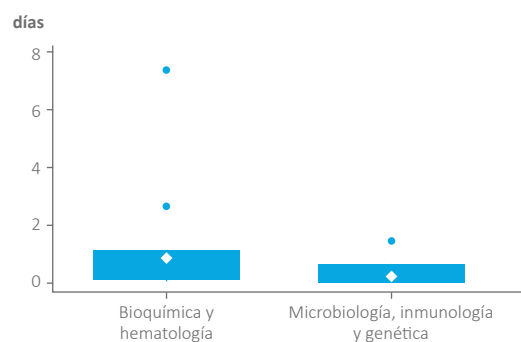


FIGURA 8. Variabilidad por centro en tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio. Centros incluidos: 30 y 11 respectivamente.

3.1.4. Tiempo medio de entrega de informe de laboratorio

De la misma forma que se mantiene el anterior indicador desde el anterior informe RESA, se vuelve a analizar el tiempo medio de espera entre la realización de la prueba hasta la entrega del informe. En este caso, los resultados son inferiores a los mostrados en el anterior informe, siendo, en todos ellos, una espera menor a dos días (0,8 días para pruebas de bioquímica y hematología; y 1,4 días para pruebas de microbiología, inmunología y genética), tal como muestra la figura 9.

Este indicador nos muestra claramente que, en la sanidad privada, los informes de esta clase de pruebas se reciben tan pronto como se conocen los resultados en el laboratorio.

No se observan diferencias de variabilidad entre especialidades, ya que la mayoría de los centros tienen valores promedio cercanos al promedio global de la sanidad privada (figura 10).

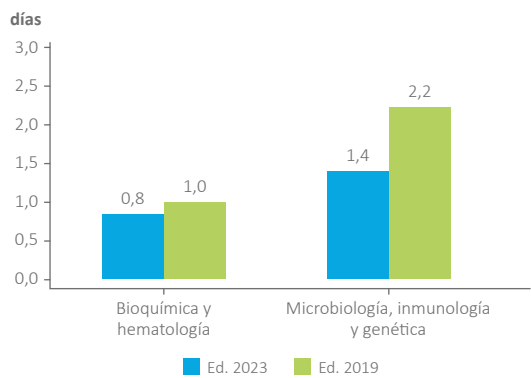


FIGURA 9. Comparativa del tiempo medio de entrega de informe de laboratorio con la edición anterior. Pruebas analizadas en el informe RESA 2023: 1.139.947 de bioquímica y hematología; 204.804 de microbiología, inmunología y genética. Pruebas analizadas en el informe RESA 2019: 1.235.073 de bioquímica y hematología; 899.911 de microbiología, inmunología y genética.

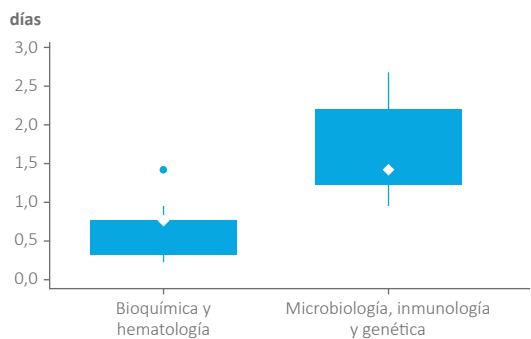


FIGURA 10. Variabilidad por centro en tiempo medio de entrega de informe de laboratorio. Centros incluidos: 30 y 11 respectivamente.

3.1.5. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista

Las consultas de especialidad son, sin lugar a duda, un valor diferencial de la sanidad privada con respecto a la accesibilidad, ya que estas son, generalmente, especialidades muy demandadas y saturadas que, aun así, muestran tiempos de espera razonables en las distintas especialidades.

En este indicador se evalúa el promedio en días de espera de los pacientes que solicitan una primera consulta con un especialista hasta la fecha de la cita en cuatro especialidades: Oftalmología, Traumatología, Ginecología y Obstetricia, y Dermatología. Para este informe se ha contado con información de entre 119 y 146 centros y una n muestral de consultas entre 700.000 y 1.800.000 consultas dependiendo de la especialidad.

A diferencia de la tendencia a la baja que se observa en la mayoría de los indicadores de accesibilidad, en este caso los resultados

muestran un aumento en los tiempos medios de espera en todas las especialidades, en especial en las consultas de Dermatología.

El tiempo promedio que los pacientes esperan para estas consultas se muestra en la figura 11: Oftalmología (12,3 días), Traumatología (12,4 días), Ginecología y Obstetricia (16,2 días) y Dermatología (22,7 días). Además, se observan grandes diferencias en el tiempo de espera según el centro en todas las especialidades (figura 12).

Este aumento en los tiempos de espera posiblemente continúe siendo un reflejo de la acumulación de consultas no urgentes que no pudieron ser atendidas o que fueron retrasadas por los mismos pacientes dada la situación de emergencia sanitaria con la COVID-19.

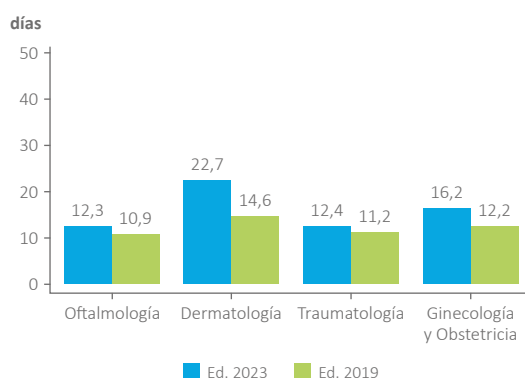


FIGURA 11. Comparativa del tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista con el informe anterior. Consultas analizadas en el informe RESA 2023: 692.955 de oftalmología, 782.515 de Dermatología, 1.774.808 de Traumatología, y 1.307.323 de Ginecología y Obstetricia. Consultas analizadas en el informe RESA 2019: 444.891 de Oftalmología, 480.559 de Dermatología, 1.112.873 de Traumatología, y 719.138 de Ginecología y Obstetricia.

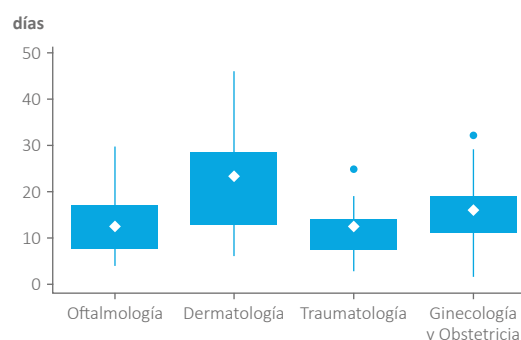


FIGURA 12. Variabilidad por centro en tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista. Centros incluidos: 119 en Oftalmología, 130 en Dermatología, 146 en Traumatología, y 139 en Ginecología y Obstetricia.

3.1.6. Tiempo medio de espera quirúrgica

El indicador de espera media quirúrgica evalúa el tiempo medio de espera entre la consulta preanestésica y la fecha de realización de la cirugía. Para la correcta interpretación de este indicador, tan sólo se han tenido en cuenta los episodios quirúrgicos programados.

Se observa un resultado de 27,3 días en este informe (figura 13), mostrando una ligera reducción en este tiempo medio de espera con respecto al valor del informe RESA 2019, que fue de 30,5 días. Este indicador evidencia

que, en promedio, la sanidad privada ofrece una rápida accesibilidad a intervenciones quirúrgicas programadas con tiempos de espera menores a la mensualidad.

Con respecto a la variabilidad, se puede observar que existen tiempos medios de espera de hasta 200 días (figura 14). Esto es posiblemente debido a que, en 2021, aún era necesario en ocasiones posponer aquellas cirugías electivas de poca urgencia dada la limitada capacidad asistencial ocasionada por la pandemia de la COVID-19.

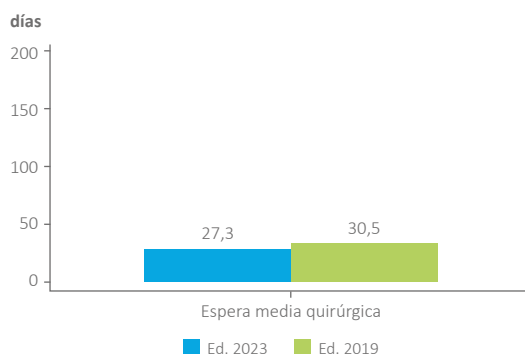


FIGURA 13. Comparativa del tiempo medio de espera quirúrgica con la edición anterior. Cirugías analizadas en el informe RESA 2023: 165.553. Cirugías analizadas en el informe RESA 2019: 167.790.



FIGURA 14. Variabilidad por centro en tiempo medio de espera quirúrgica. Centros incluidos: 82.

3.1.7. Tiempo medio de asistencia en Urgencias

Otro de los aspectos de gran importancia en la accesibilidad asistencial es la agilidad en la atención de Urgencias, tanto para la percepción del usuario de la sanidad privada como para la calidad de esa misma asistencia. Dando continuidad al enfoque del análisis de Urgencias de los anteriores informes RESA, se vuelven a analizar los tiempos medios en dos tramos temporales:

- Por un lado, se analiza el tiempo de espera del paciente desde su entrada en Urgencias hasta que se realiza su clasificación basándose en la gravedad y complejidad del episodio (triaje). En este caso, este año se analizan más de 4,3 millones de

episodios urgentes, reportando un tiempo medio de espera de 7,7 minutos (figura 15), ligeramente inferior al resultado del anterior informe RESA (9,3 minutos).

- Por otro lado, también se analiza el tiempo que espera el paciente desde que se realiza el triaje, hasta que recibe asistencia sanitaria. Como se observa en la figura 16, existe considerable variabilidad en estos tiempos de espera ya que es directamente dependiente de la gravedad del paciente. Con todo esto, el tiempo de espera promedio fue de 19,4 minutos, muy similar al valor obtenido en el informe RESA 2019 (19,5 minutos).

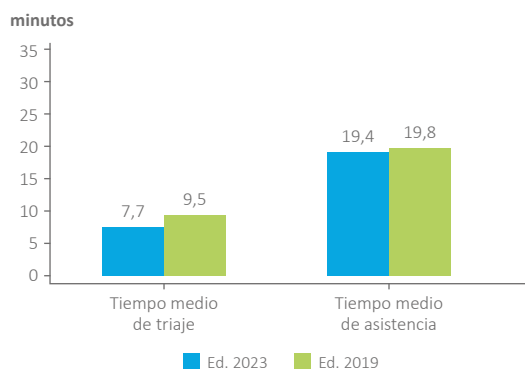


FIGURA 15. Comparativa con el informe anterior del tiempo medio de espera transcurrido desde el registro de entrada en Urgencias hasta el triaje, y del tiempo medio desde el triaje a la asistencia. Urgencias analizadas en el informe RESA 2023: 4.301.591 en tiempo medio hasta el triaje, 4.103.309 en tiempo medio hasta la asistencia. Urgencias analizadas en el informe RESA 2019: 4.397.221 en tiempo medio hasta el triaje, 4.397.221 en tiempo medio hasta la asistencia.

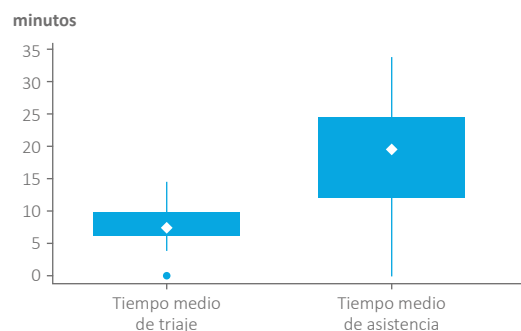


FIGURA 16. Variabilidad por centro en tiempo medio de espera transcurrido desde el registro de entrada en Urgencias hasta el triaje. Variabilidad por centro en tiempo medio desde el triaje hasta la asistencia. Centros incluidos: 109 centros.

3.2. Eficiencia

El estudio RESA tiene un largo recorrido mostrando datos de eficiencia asistencial en la sanidad privada. En este nuevo informe, se

han desglosado algunos de los indicadores que ya se analizaban con anterioridad para facilitar la interpretación de los resultados.

3.2.1. Estancia media

En los resultados del año 2022 se analizan más de 700.000 episodios de hospitalización, que resultan en una estancia media bruta de 3,9 días y una estancia media depurada (tras la eliminación de *outliers*) de 2,9 días en

promedio (figura 17), con una variabilidad de entre aproximadamente 1,5 y 5 días de estancia media depurada entre todos los centros de la muestra (122 centros, figura 18).

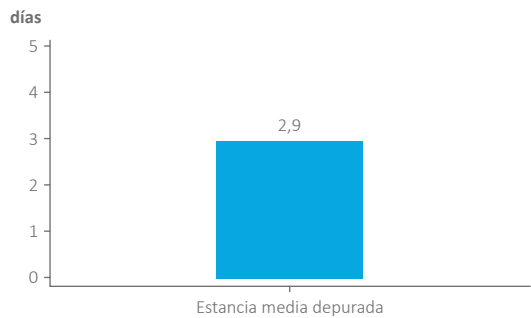


FIGURA 17. Estancia media depurada en episodios de hospitalización. Episodios analizados: 670.275.

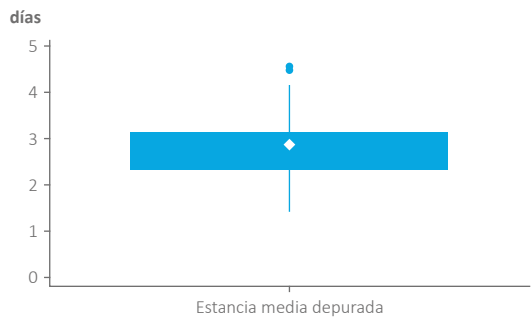


FIGURA 18. Variabilidad por centro en estancia media depurada en episodios de hospitalización. Centros incluidos: 122.

La estancia media bruta puede resultar una medida demasiado general e inespecífica, dificultando así el análisis del indicador. Por esto, como novedad de este informe RESA, a continuación, se muestran las estancias medias brutas desglosadas por

servicio hospitalario (figura 19). En esta figura se muestra con una línea vertical azul la estancia media como referencia, y podemos observar que el servicio con mayor consumo de estancia media es el de Oncología (8,6 días).

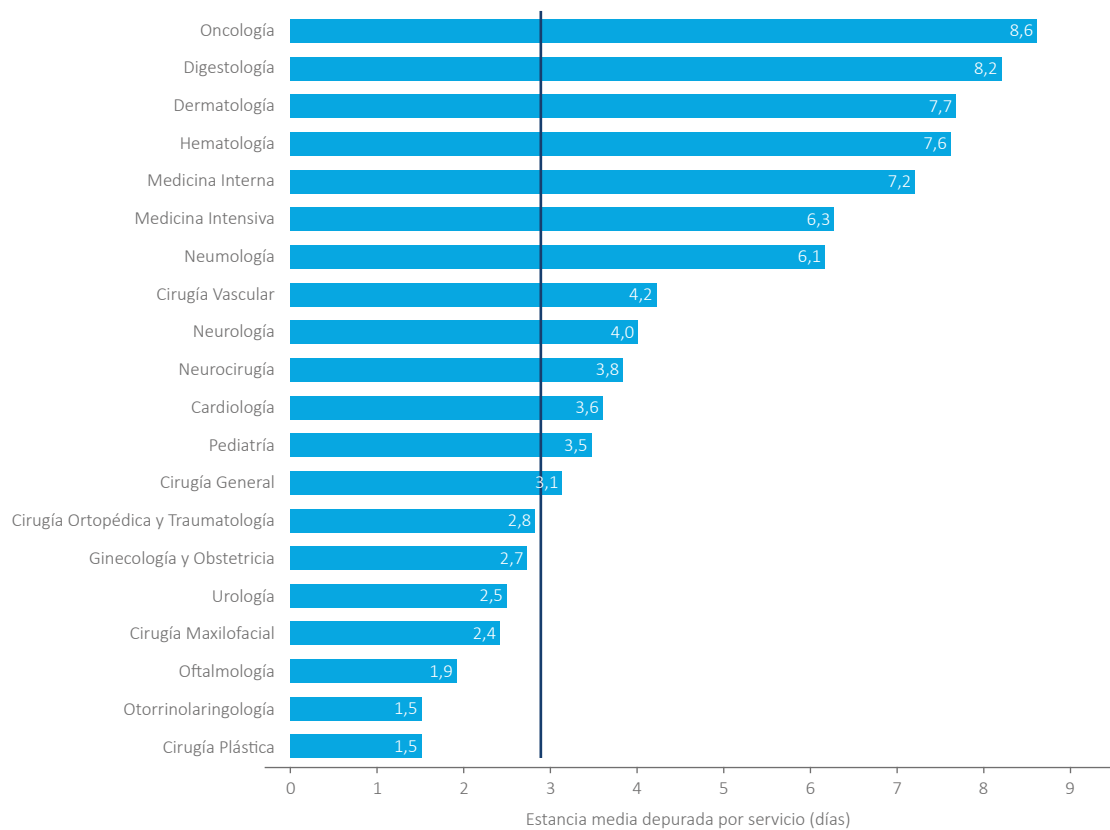


FIGURA 19. Estancia media depurada en episodios de hospitalización por servicio de alta.

3.2.2. Estancia media prequirúrgica

Este indicador de eficiencia informa sobre el valor promedio de estancia preoperatoria de los pacientes en el hospital. Los resultados de este año muestran una estancia media prequirúrgica de 0,34 días, valor muy similar al del anterior informe RESA. Esto indica que los pacientes son ingresados en el hospital el tiempo estrictamente necesario para el preoperatorio.

Como novedad del estudio RESA de este año, se ha desglosado este indicador entre

episodios urgentes y programados, con el fin de poder evaluar la estancia preoperatoria desde ambos enfoques. Los resultados muestran que, efectivamente, en las cirugías programadas los pacientes apenas tienen estancia preoperatoria (0,1 días), y que los pacientes con cirugías urgentes son intervenidos en menos de dos días tras el ingreso (1,7 días).

Todos estos datos se pueden observar en las figuras 20, 21 y 22.

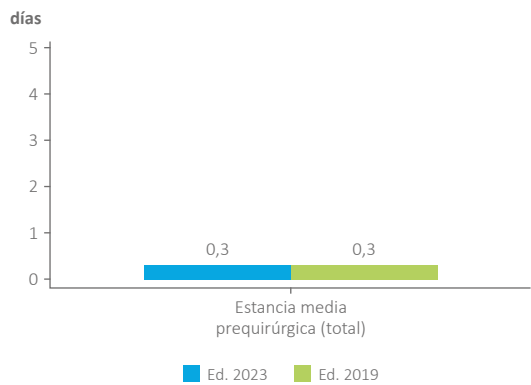


FIGURA 20. Comparativa de la estancia media preoperatoria en episodios de hospitalización con la edición anterior. Episodios analizados en el informe RESA 2023: 364.556. Episodios analizados en el informe RESA 2019: 537.819.

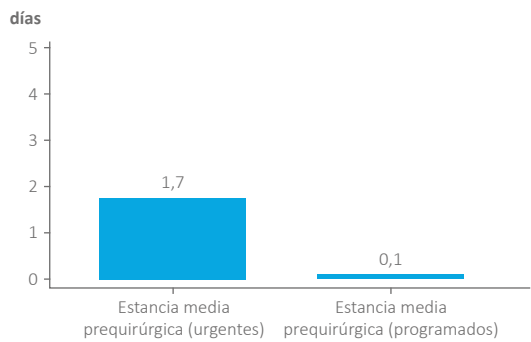


FIGURA 21. Estancia media preoperatoria en episodios de hospitalización, diferenciando entre urgentes y programados. Episodios analizados: 58.123 urgentes y 306.433 programados.

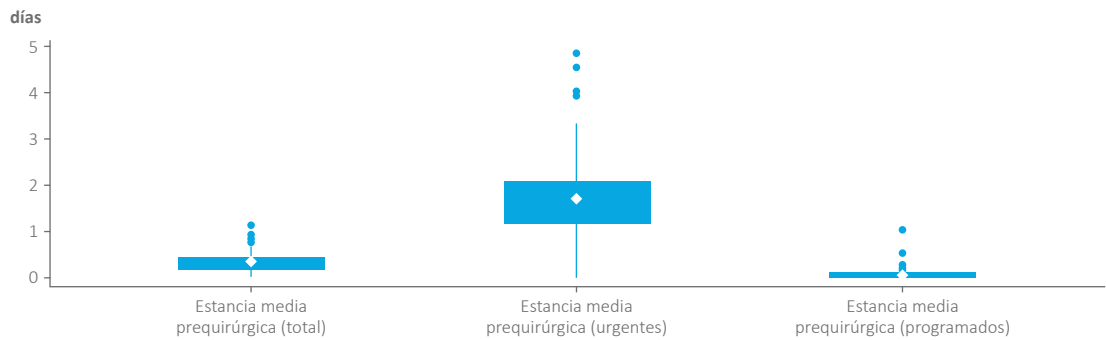


FIGURA 22. Variabilidad por centro en estancia media preoperatoria en episodios de hospitalización, diferenciando entre urgentes y programados. Centros incluidos: 122.

3.2.3. Tasa de ambulatorización

Al margen de reducir las estancias medias de los pacientes, es importante evitar, en la medida de lo posible, el ingreso innecesario de pacientes por diagnósticos o procedimientos que no requieran pernocta hospitalaria. Basándonos en este principio, se analiza el indicador de la tasa de ambulatorización, en la que se calcula el porcentaje de todas las cirugías que se ambulatorizan.

Es importante comprender que este indicador se calcula sobre todas las cirugías realizadas en el hospital, no sólo sobre las potencialmente ambulatorizables, por lo que este es directamente dependiente de la casuística de los pacientes intervenidos.

En el anterior informe RESA (2019), se obtuvo una tasa de ambulatorización del 55,4 %; mientras que, en el actual, los resultados muestran una tasa del 44,9 % (figura 23) y una gran variabilidad entre la capacidad de ambulatorización de los centros (figura 24).

Como se menciona anteriormente, este indicador está altamente sujeto a cambios en la casuística de los pacientes de cada centro, por lo que posiblemente la disminución de la tasa de ambulatorización se deba a una mayor complejidad de los pacientes intervenidos (posiblemente a consecuencia de la complicación de las cirugías electivas que se fueron retrasando por la COVID-19).

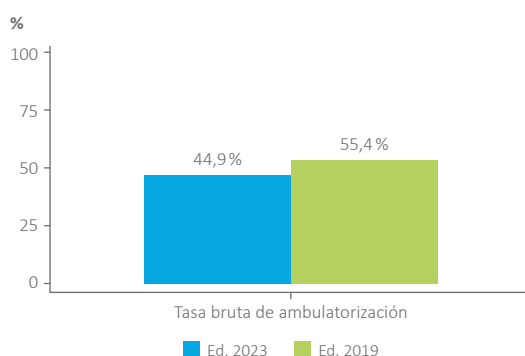


FIGURA 23. Comparativa de la tasa de ambulatorización con la edición anterior. Episodios analizados en el informe RESA 2023: 585.811. Episodios analizados en el informe RESA 2019: 732.351.

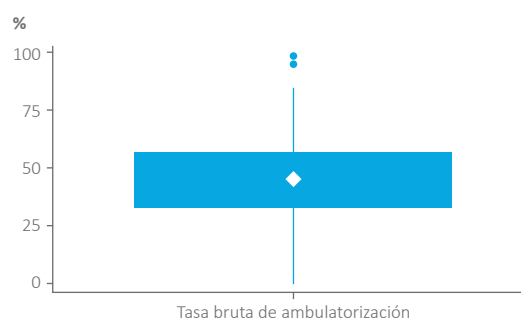


FIGURA 24. Variabilidad por centro en la tasa de ambulatorización. Centros incluidos: 122.

3.3. Resolución asistencial

La calidad de la resolución asistencial debe entenderse como un conjunto que, no sólo pase por la optimización de la gestión de estancias, sino también por garantizar que los pacientes y sus patologías que motivan el ingreso son resueltas satisfactoriamente y

no tienden a requerir un reingreso hospitalario en los días posteriores. Esta sección del estudio RESA evalúa diferentes tasas de reingresos en el ámbito de la hospitalización, Urgencias y cirugía ambulatoria.

3.3.1. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

Las tasas de reingresos son indicadores comúnmente utilizados como un reflejo de la calidad de la resolución del episodio índice (primer ingreso). En este indicador, se evalúan aquellos pacientes que reingresan en el hospital tras 30 días desde su última alta en hospitalización. En línea con los valores que ya mostraban anteriores informes RESA,

y tras analizar aproximadamente 630.000 episodios, se observa una tasa de reingresos del 4,5 % (figura 25). Además, como novedad de este informe, se desglosa esta tasa de reingresos entre niños (< 18 años) y adultos, dado que su casuística puede ser muy diferente (figuras 26 y 27).

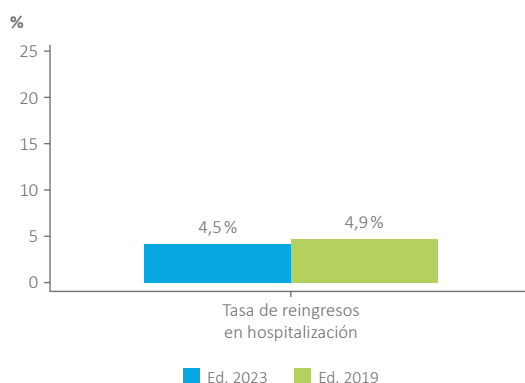


FIGURA 25. Comparativa de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta con la edición anterior. Episodios analizados en el informe RESA 2023: 627.130.

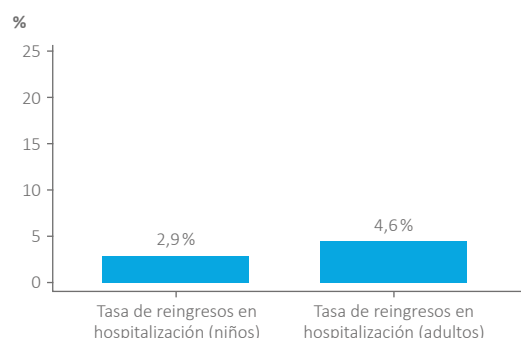


FIGURA 26. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta, diferenciando entre niños y adultos. Episodios analizados: 47.635 niños y 579.495 adultos.

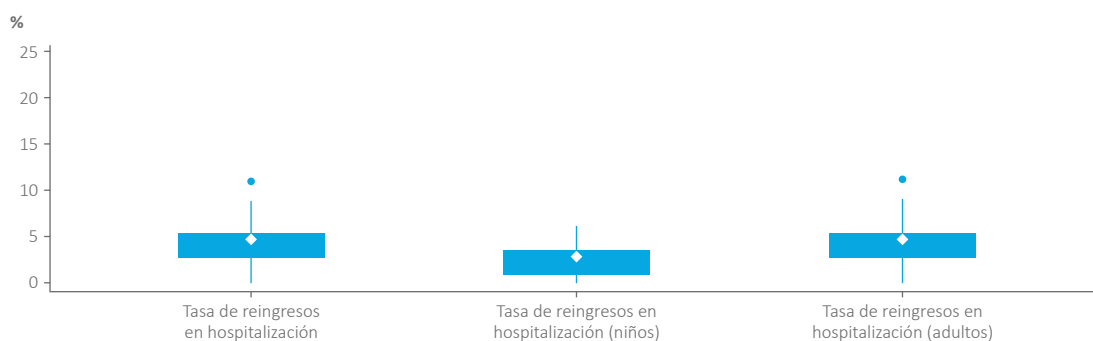


FIGURA 27. Variabilidad por centro en la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta, diferenciando entre niños y adultos. Centros incluidos: 122.

3.3.2. Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días

Los reingresos por un episodio índice médico o quirúrgico pueden ser muy dispares, por lo que el estudio RESA también analiza la tasa de reingresos específica tras 7 días después de un ingreso de hospitalización quirúrgico. En ese caso, los valores vuelven a ser muy similares a los del informe anterior

(1,1 %) (figura 28), obteniendo un resultado del 1,2 % este año tras analizar más de 350.000 episodios. En esta ocasión, como se observa en la figura 29, apenas se observan diferencias entre la tasa de reingresos de los niños y los adultos, y la variabilidad es mínima en ambos grupos (figura 30).

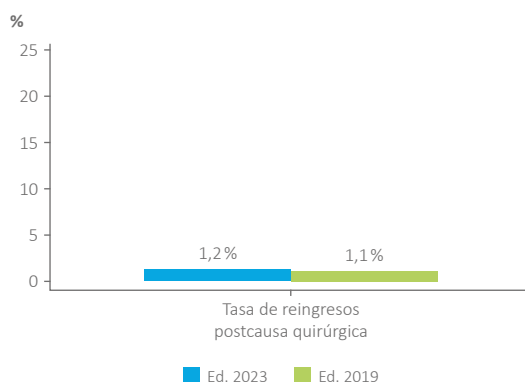


FIGURA 28. Comparativa de la tasa de reingresos post causa quirúrgica a los 7 días con la edición anterior. Episodios analizados en el informe RESA 2023: 356.018. Episodios analizados en el informe RESA 2019: 536.122.

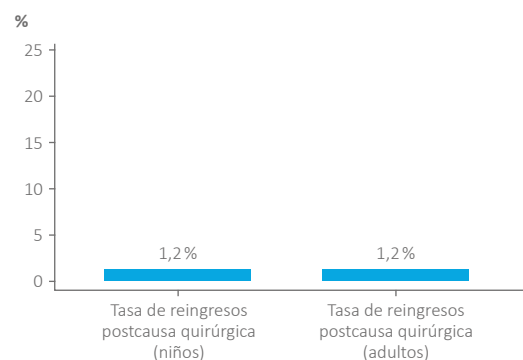


FIGURA 29. Tasa de reingresos post causa quirúrgica a los 7 días, diferenciando entre niños y adultos. Episodios analizados: 14.057 niños y 341.961 adultos.



FIGURA 30. Variabilidad por centro en tasa de reingresos post causa quirúrgica a los 7 días, diferenciando entre niños y adultos. Centros incluidos: 122.

3.3.3. Tasa de retorno a Urgencias a las 72 horas del alta

La asistencia en Urgencias no sólo debe ser ágil, sino también de calidad para reducir al mínimo la probabilidad de que el paciente requiera de nuevo atención médica urgente en los próximos días. Por esto, este indicador evalúa más de 5 millones de episodios e informa sobre la tasa de retorno al Servicio de Urgencias tras 72 horas desde la última alta de Urgencias. En el

anterior informe RESA, este valor fue de 3,7 %, mientras que en los resultados de este año se observa una ligera reducción de esta tasa, resultando en un 3,1 % de retorno a Urgencias (figura 31). Con respecto a la variabilidad de este indicador por centro, cabe destacar que ningún centro muestra una tasa de retorno a Urgencias superior al 5 % (figura 32).

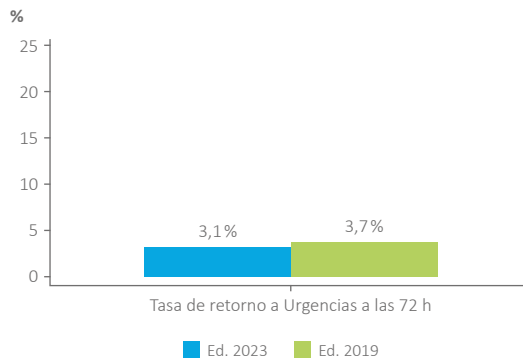


FIGURA 31. Comparativa de la tasa de retorno a Urgencias a las 72 horas del alta con la edición anterior. Urgencias analizadas en el informe RESA 2023: 5.055.707.

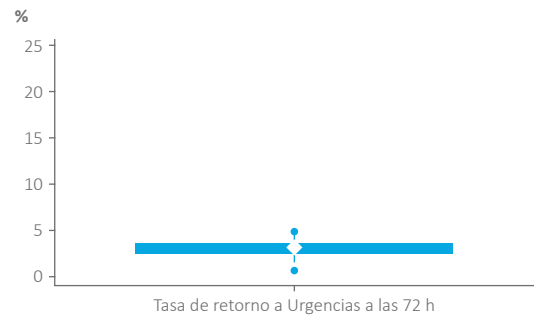


FIGURA 32. Tasa de retorno a Urgencias a las 72 horas del alta. Centros incluidos: 110.

3.3.4. Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días

Este indicador informa sobre el porcentaje de pacientes que, tras una cirugía ambulatoria, reingresan al hospital en los 30 días posteriores. En este caso se analizaron

300.000 episodios aproximadamente, resultando en una tasa de reingresos bruta del 0,5 %, sin observarse apenas diferencias entre niños y adultos (figuras 33, 34 y 35).

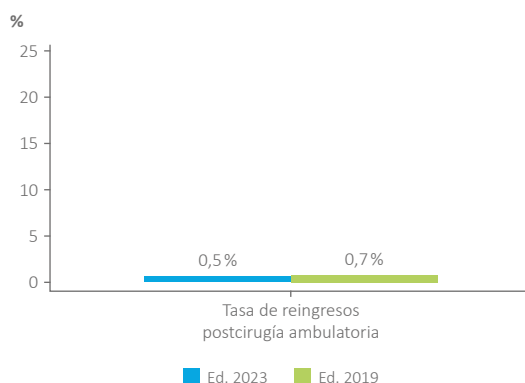


FIGURA 33. Comparativa de la tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días con la edición anterior. Episodios de cirugía ambulatoria analizados en el informe RESA 2023: 304.811. Episodios de cirugía ambulatoria analizados en el informe RESA 2019: 365.399.

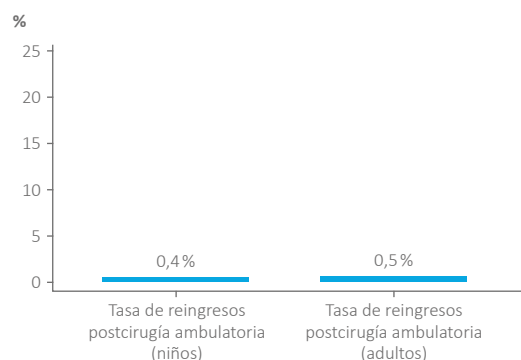


FIGURA 34. Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días. Episodios de cirugía ambulatoria analizados: 17.773 niños y 287.038 adultos.



FIGURA 35. Variabilidad por centro en tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días. Centros incluidos: 122.

3.4. Calidad y seguridad

3.4.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

La acreditación o certificación de unidades y servicios hospitalarios es un indicador objetivo que lleva utilizándose en el informe RESA desde el 2011. La obtención de estos reconocimientos externos de calidad es un estándar para los centros de sanidad privada, y esto se vuelve a demostrar este año con valores por encima del 80 % en la mayoría de las áreas de funcionamiento del hospital: Urgencias (88,8 %), hospital de día (97,6 %), bloque quirúrgico y obstétrico (82,3 %), hospitalización (83,6 %), servicios centrales de diagnóstico y terapéutico (85,2 %), consultas externas y servicios

ambulatorios (91,4 %), y en servicios generales de soporte (80,7 %); sólo a excepción del área de gestión del paciente (63,0 %).

La mayoría de estos resultados son muy similares a los obtenidos en la edición anterior del informe RESA. Sin embargo, cabe destacar la subida de alrededor de los 7 puntos en bloque quirúrgico, servicios generales de soporte y consultas externas; y la bajada de alrededor de 10 puntos en gestión del paciente y servicios centrales de diagnóstico y terapéutico (figura 36).

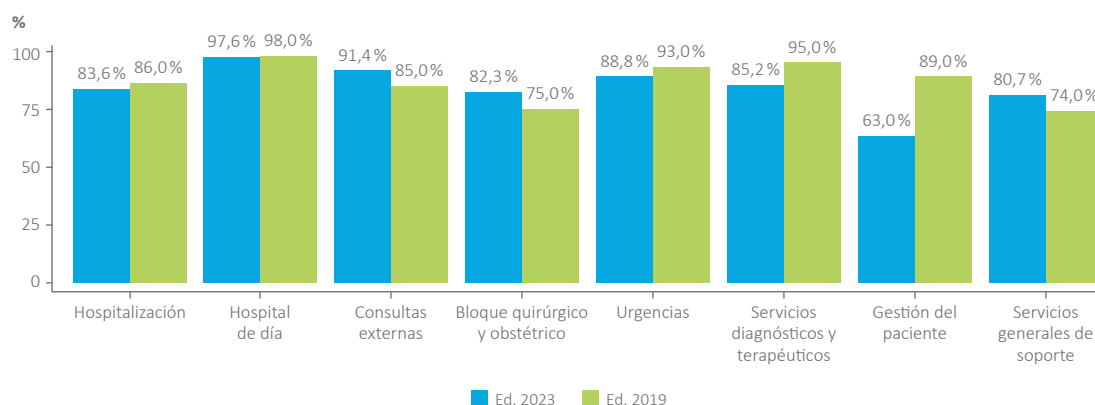


FIGURA 36. Comparativa con la edición anterior de la tasa de centros que disponen de auditorías y certificaciones, por unidad hospitalaria.

Centros incluidos en el informe RESA 2023: 119.

Centros incluidos en el informe RESA 2019: 170.

3.4.2. Indicadores de seguridad del paciente

En anteriores ediciones del estudio RESA, el área de seguridad del paciente era evaluado basándose en políticas y procedimientos implantados por los hospitales que son recomendados internacionalmente para los centros sanitarios. Sin embargo, a fin de utilizar criterios más objetivos y estandarizados para la evaluación de la seguridad del paciente, este año se han incluido el listado de indicadores de calidad de la AHRQ.

La AHRQ es una agencia federal estadounidense que, entre otras funciones, genera indicadores de calidad asistencial que suponen un estándar internacional a seguir por los centros sanitarios. En este estudio RESA se han utilizado los "AHRQ QI Patient Safety Indicators", unos indicadores estandarizados y basados en evidencia que pueda ser extraída directamente de la información recogida en la base de datos de hospitalizaciones de cada hospital (en el caso de España, en el CMBD).

El primer indicador de la AHRQ analizado fue el de "**Tasa de Mortalidad en GRD de baja mortalidad**", en el que se evalúa el porcentaje de pacientes que acaban en *exitus* a pesar de su episodio ser catalogado dentro de GRD de baja mortalidad. De los casi 120.000 episodios de hospitalización con GRD de baja mortalidad analizados, un 0,12 % de estos terminaron en fallecimiento.

Por otro lado, también se analiza la "**Tasa de mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables**". Para este indicador, se consideran únicamente los pacientes hospitalizados que son sometidos a cirugía y presentan una complicación seria tratable. En este caso, tan sólo se observaron 732 episodios con una complicación seria tratable de los más de 390.000 episodios de hospitalización analizados; y de estos 732 episodios, resultaron en *exitus* un 20,36 %. Esta mortalidad puede ser desglosada entre las siguientes complicaciones: tromboembolismo pulmonar perioperatorio o trombosis venosa profunda (1,23 %), neumonía (2,73 %), sepsis (9,97 %), *shock* (5,46 %) y hemorragia gastrointestinal (0,96 %).

El resto de los indicadores de la AHRQ que fueron analizados se muestran en la figura 37. El detalle metodológico sobre el cálculo de estos indicadores puede encontrarse en el Anexo II.

En general, los resultados indican que estas complicaciones son de muy baja incidencia en la sanidad privada, siendo la mayoría tasas inferiores al 1 %. No obstante, hay que tener en cuenta que puede darse una ligera infracodificación en alguno de los diagnósticos considerados como complicación.

Indicador	Resultado (%)
Úlcera por presión	0,04
Neumotórax iatrogénico	0,01
Infección sanguínea relacionada con catéter venoso central	0,02
Fractura de cadera intrahospitalaria	0,00
Hematoma o hemorragia posoperatoria	0,13
Daño agudo renal posoperatorio que requiere diálisis	0,02
Fallo respiratorio posoperatorio	0,02
Embolismo pulmonar o TVP perioperatoria	0,04
Sepsis posoperatoria	0,06
Dehiscencia herida quirúrgica posoperatoria	0,12
Punción o laceración accidental abdominopélvica	0,26
Traumatismo obstétrico-parto vaginal instrumentado	2,90
Traumatismo obstétrico-parto vaginal no instrumentado (obstétrica)	0,49

FIGURA 37. Resultados (%) en los indicadores de seguridad del paciente. Episodios de hospitalización analizados: 656.379.

3.4.3. Tasa de intervenciones de cirugía segura (*checklist* quirúrgico)

Este indicador se basa en un protocolo generado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya utilizado en anteriores ediciones del informe RESA. Se sustenta en la verificación sistemática de parámetros pre, post e intraoperatorios para garantizar la máxima seguridad del paciente en cada cirugía.

Este indicador no recoge el porcentaje de implantación de este protocolo, si no la ratio de pacientes quirúrgicos a los que se les ha

realizado el *checklist* en la práctica clínica.

En el anterior informe RESA, esta ratio ya era alta, con un resultado de 84,3 %. Sin embargo, los resultados de 2022 nos indican que este *checklist* ha sido utilizado en aun más pacientes quirúrgicos, alcanzando una tasa de 91,9 % (figuras 38 y 39).

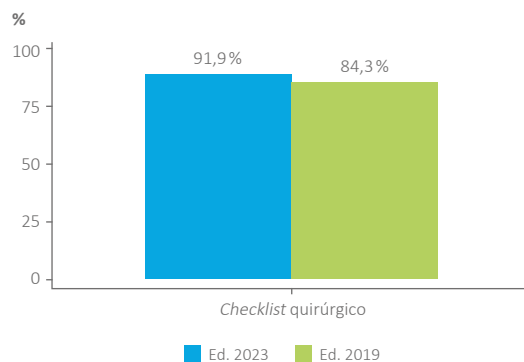


FIGURA 38. Comparativa de la tasa de intervenciones de cirugía segura con la edición anterior. Cirugías analizadas en el informe RESA 2023: 207.027.

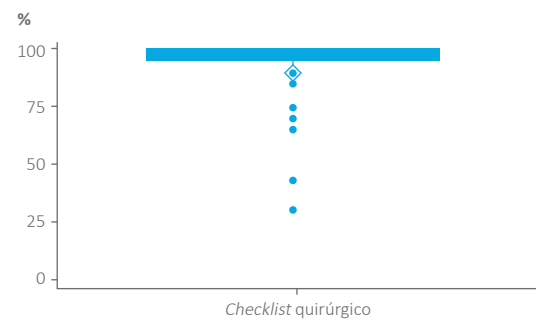


FIGURA 39. Variabilidad por centro en la tasa de intervenciones de cirugía segura. Centros incluidos: 38.

3.5. Procesos clínicos

Han sido muchas las novedades incluidas en este informe RESA 2023, pero cabe destacar la inclusión de una nueva sección completa que consta de 30 indicadores específicos para diferentes procesos clínicos.

Existen numerosos indicadores de calidad y eficiencia asistencial que pueden informar sobre la realidad del manejo de determinadas patologías en un sistema sanitario si se

analizan proceso a proceso. Esto es lo que se ha realizado en la siguiente sección; se seleccionaron 8 procesos de relevancia clínica para analizar en profundidad. Dado que son indicadores de nueva inclusión en el estudio RESA, no existe valor de referencia de anteriores informes para evaluar la evolución de estos. Sin embargo, estos valores podrán servir como base de comparación para las futuras ediciones.

3.5.1. Fractura de cadera

3.5.1.1. Gestión de estancias

La fractura de cadera es un proceso clínico que, generalmente, presenta un alto consumo de recursos, y estas estancias más prolongadas pueden propiciar una mayor morbilidad de los pacientes. En este indicador se evalúan varios aspectos de la gestión de estancias de las fracturas de cadera en la sanidad privada.

La estancia media bruta observada de los más de 4.000 episodios de hospitalización analizados fue de 8,8 días, mientras que la estancia media tras la depuración de *outliers* fue de 7,9 días (figuras 40 y 41).

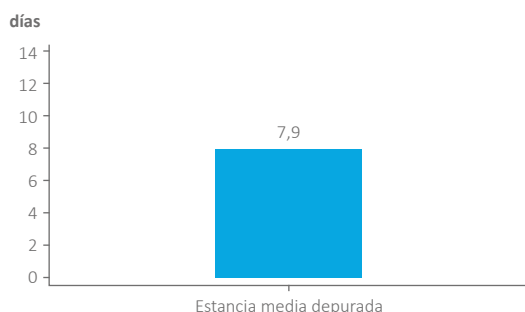


FIGURA 40. Estancia media depurada en los episodios de hospitalizados de fractura de cadera. Episodios analizados: 4.268.



FIGURA 41. Variabilidad por centro en la estancia media depurada en los episodios de hospitalizados de fractura de cadera. Centros incluidos: 111.

Por otro lado, los resultados también muestran que tan sólo un 5,2 % de los episodios hospitalizados tienen una estancia superior a los 20 días (figura 42), y que un 66,4 % de los episodios son intervenidos en

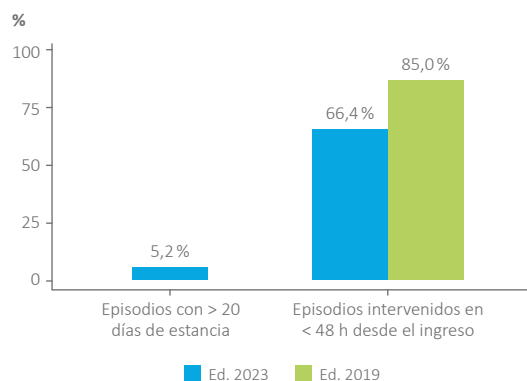


FIGURA 42. Comparativa con la edición anterior de la tasa de episodios de fractura de cadera con > 20 días de estancia y los episodios intervenidos en menos de 48 h desde el ingreso. Episodios de hospitalización analizados en el informe RESA 2023: 4.400. Episodios de hospitalización analizados en el informe RESA 2019: 6.856.

menos de 48 horas desde el ingreso, lo cual evidencia la agilidad de la sanidad privada a la hora de atender este tipo de procesos clínicos de urgencia (figura 43).

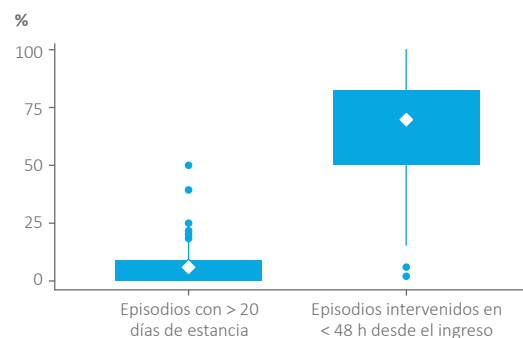


FIGURA 43. Variabilidad por centro en la tasa de episodios de fractura de cadera con > 20 días de estancia y los episodios intervenidos en menos de 48 h desde el ingreso. Centros incluidos: 111.

3.5.1.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

A pesar de que la complejidad y casuística de cada paciente se relaciona directamente con su necesidad de reingresar en el hospital, es interesante explorar la capacidad de resolución asistencial del sector privado en este proceso clínico, analizando la tasa de reingresos en hospitalización durante los 30 días posteriores al ingreso índice por fractura de cadera.

En este caso, los resultados de este informe RESA muestran que los pacientes únicamente requieren reingresar en un 7,3 % de las ocasiones aproximadamente (figura 44). No obstante, dada la fragilidad y, por tanto, la complejidad de estos pacientes, esta tasa puede variar hasta un 20 % aproximadamente según la casuística de los pacientes tratados en cada centro (figura 45).

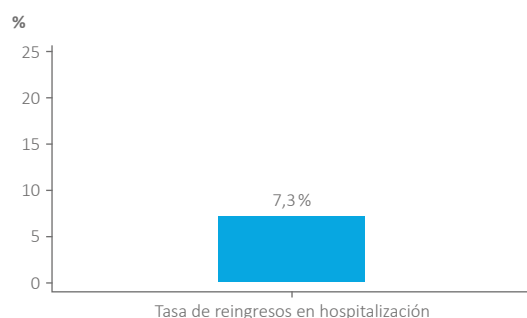


FIGURA 44. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de fractura de cadera. Episodios analizados: 3.771.

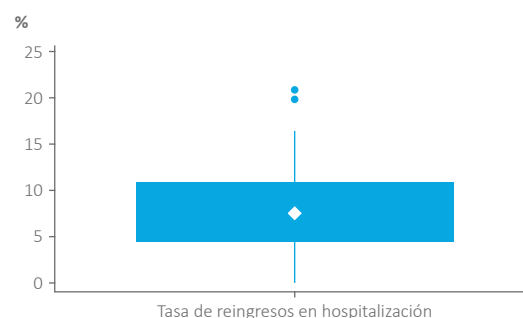


FIGURA 45. Variabilidad en la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de fractura de cadera. Centros incluidos: 111.

3.5.1.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

Los pacientes con fractura de cadera mostraron una mortalidad intrahospitalaria de 2,9 % (figura 46). Como se observa en la figura 47, el gráfico de variabilidad nos indica

que a pesar de que algunos centros reportan valores de mortalidad promedio alejados de la media, el 75 % de los hospitales tienen una tasa de mortalidad inferior al 5 %.

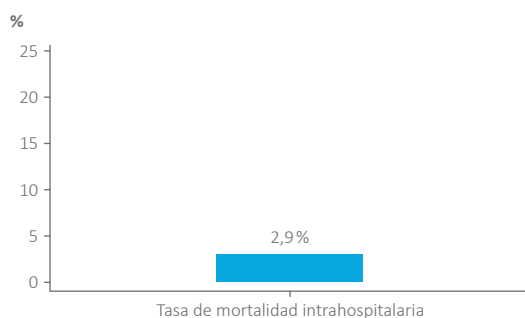


FIGURA 46. Tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de fractura de cadera. Episodios analizados: 4.400.

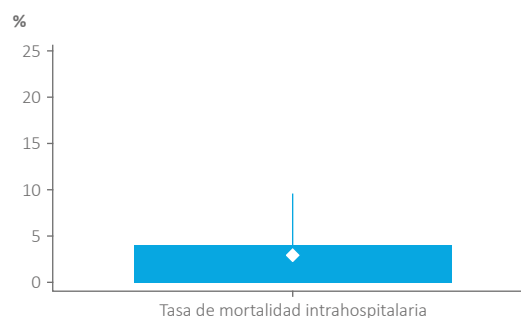


FIGURA 47. Variabilidad por centro en la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de fractura de cadera. Centros incluidos: 111.

En las anteriores ediciones del estudio RESA, se analizaba la tasa de mortalidad según el tipo de fractura. Este año, vuelven a calcularse estos indicadores para evaluar la evolución de los resultados con el paso del tiempo. En este caso, tal como se observa en la figura 48, se analiza la tasa de mortalidad intrahospitalaria

por fractura peritrocantérea que muestra un resultado de 3,4 % (4,7 % en el anterior estudio RESA); y la tasa de mortalidad por fractura de cuello de fémur, que muestra un resultado de 2,7 % (3,4 % en el anterior estudio RESA). También son importantes los datos de la figura 49.

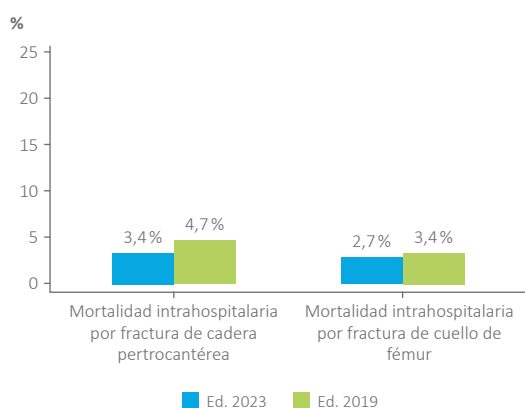


FIGURA 48. Comparativa con la edición anterior de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios por fractura de cadera peritrocantérea. Tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios por fractura de cuello de fémur. Episodios analizados en el informe RESA 2023: 1.521 y 2.592, respectivamente. Episodios analizados en el informe RESA 2019: 821 y 1.385, respectivamente.

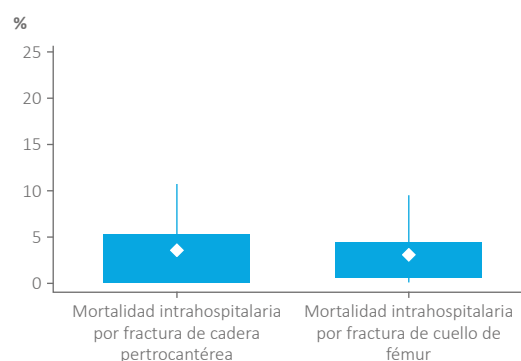


FIGURA 49. Variabilidad por centro en la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios por fractura de cadera peritrocantérea. Variabilidad por centro en la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios por fractura de cuello de fémur. Centros incluidos: 102 y 110 respectivamente.

Además, en esta edición también se exploró si la tasa de mortalidad intrahospitalaria difería en función de si las fracturas de cadera requerían prótesis o no. En este caso, la

mortalidad intrahospitalaria fue muy similar: un 2,6 % en los pacientes con prótesis de cadera y un 3,1 % en los pacientes sin prótesis (figuras 50 y 51).

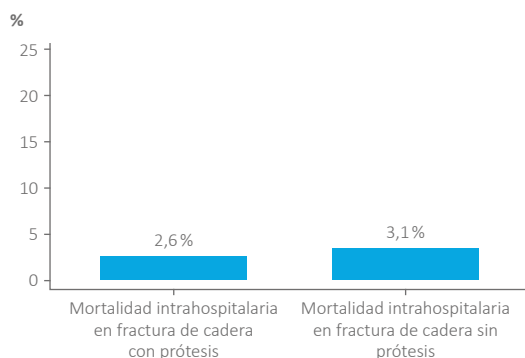


FIGURA 50. Tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios por fractura de cadera con prótesis y sin prótesis. Episodios analizados: 1.924 y 2.478 respectivamente.

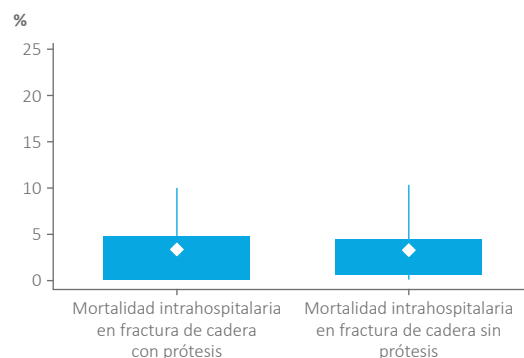


FIGURA 51. Variabilidad por centro en la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios por fractura de cadera con prótesis y sin prótesis. Centros incluidos: 109 y 106 respectivamente.

3.5.2. Partos

3.5.2.1. Estancia media

Para este proceso clínico, se analizaron más de 55.000 episodios hospitalarios de parto, resultando en una estancia media bruta de 2,9 días, y una estancia media depurada (tras la

eliminación de *outliers*) de 2,8 días (figura 52). El gráfico de variabilidad mostrado en la figura 53 indica que en ningún centro se observan estancias medias superiores a los 3 días y medio.

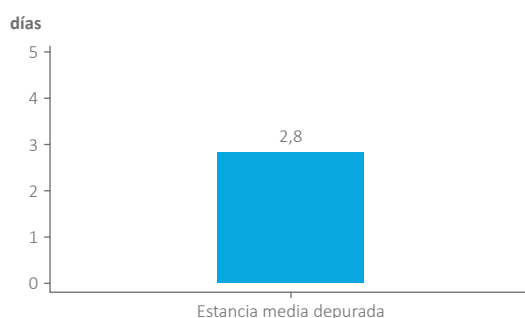


FIGURA 52. Estancia media depurada en los episodios hospitalizados de parto. Episodios analizados: 55.309.



FIGURA 53. Variabilidad por centro en la estancia media depurada en los episodios hospitalizados de parto. Centros incluidos: 75.

3.5.2.2. Tasa de partos por cesárea

A pesar de que el análisis de indicadores específicos del proceso clínico de partos es una novedad de este informe, este indicador ya se analizaba en el anterior estudio RESA. En este caso, se analiza el porcentaje de

partos realizados por cesárea en la sanidad privada (figura 54), obteniendo un valor de 34,7 % (5 puntos porcentuales más que en el informe RESA 2019) (véase también la figura 55).

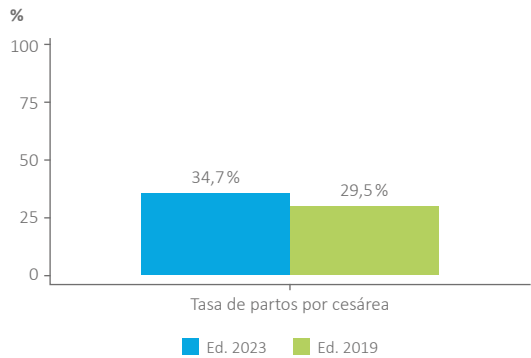


FIGURA 54. Comparativa de la tasa de partos por cesárea con la edición anterior. Episodios analizados en el informe RESA 2023: 55.323.

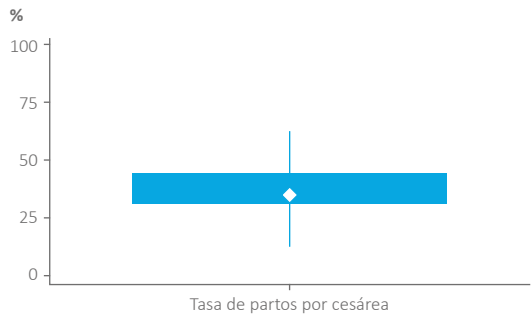


FIGURA 55. Variabilidad por centro en la tasa de partos por cesárea. Centros incluidos: 75.

Para contextualizar esta información, es importante tener en cuenta que la edad gestacional es un factor clave en la posibilidad de optar a un parto natural o a una cesárea. Ya en el anterior informe RESA, se observaba que el 37,1 % de las gestantes de más de 39 años tenían partos por cesárea. Este año, los resultados muestran que el 50,5 % de las

gestantes de ese mismo grupo de edad han requerido una cesárea. Además, se observa que los considerados partos de alto riesgo tienen una tasa de cesáreas mayor que los no considerados de riesgo; y que las cesáreas se dan generalmente en episodios programados, posiblemente en previsión a la casuística de cada gestante.

3.5.2.3. Tasa de partos vaginales con cesárea previa

La posibilidad de parto vaginal tras una cesárea en un embarazo previo queda normalmente reducida por la posibilidad de desarrollar complicaciones durante el trabajo de parto que supongan una amenaza para la vida de la madre o del bebé. La posibilidad de optar a un parto vaginal es dependiente de muchos factores como el tipo de incisión uterina que se utilizó en la cesárea o si se han tenido partos vaginales con anterioridad. Por

esto, este indicador será muy dependiente de la casuística específica de cada gestante.

Este indicador evalúa la tasa de partos que se han realizado de forma vaginal tras haber tenido una cesárea en un anterior embarazo. En este caso, se analizan más de 2.000 episodios y los resultados indican que el 31,4 % de estos partos son vaginales a pesar de la cesárea previa (figura 56) (véase también la figura 57).

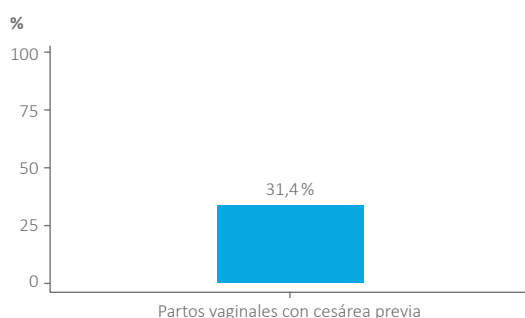


FIGURA 56. Tasa de partos vaginales con cesárea previa. Episodios analizados: 2.331.

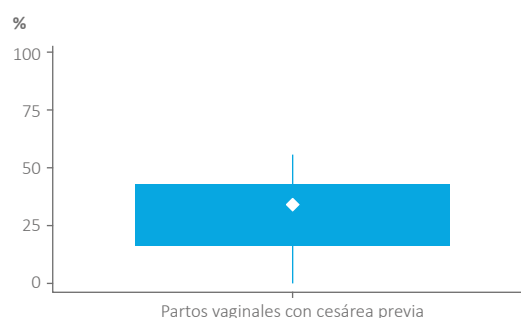


FIGURA 57. Variabilidad por centro en la tasa de partos vaginales con cesárea previa. Centros incluidos: 66.

3.5.2.4. Ingresos preparto

Por último, en este proceso también se analiza el porcentaje de mujeres que ingresan en el hospital con falso trabajo de parto. Los resultados de este estudio RESA

muestran que, tras analizar más de 58.000 episodios, tan sólo un 5,9 % de mujeres son hospitalizadas por este motivo (figura 58) (véase también la figura 59).

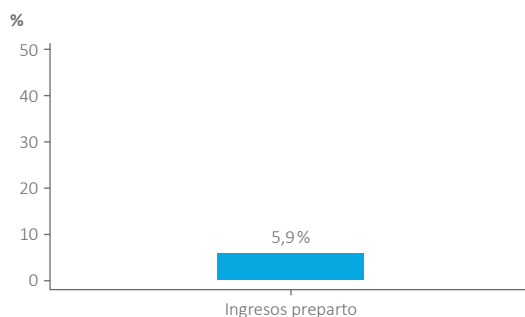


FIGURA 58. Tasa de ingresos preparto. Episodios analizados: 58.753.

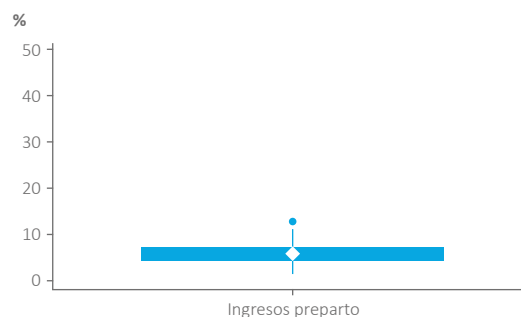


FIGURA 59. Variabilidad por centro en la tasa de ingresos preparto. Centros incluidos: 85.

3.5.3. Cáncer de mama

3.5.3.1. Estancia media

En total, en este indicador se han analizado más de 5.000 episodios de cáncer de mama hospitalizados. La estancia media bruta observada de estos episodios fue de 2,3 días, y la estancia media depurada fue de 1,6 días

(figura 60). Cabe destacar que, aunque existe variabilidad entre los centros, las estancias medias oscilan mayoritariamente entre 1 y 3 días (figura 61).

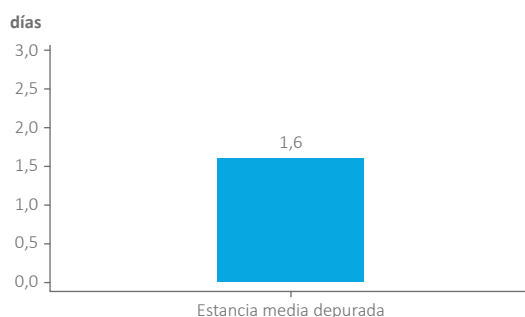


FIGURA 60. Estancia media depurada en los episodios de hospitalización de cáncer de mama. Episodios analizados: 5.388.

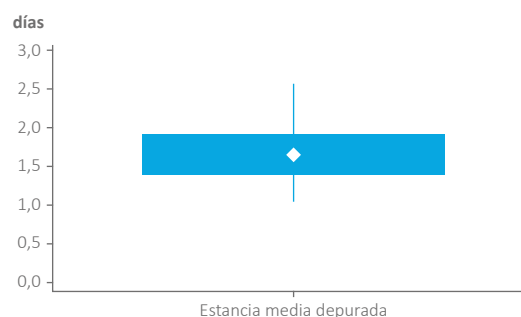


FIGURA 61. Variabilidad por centro en la estancia media depurada en los episodios de hospitalización de cáncer de mama. Centros incluidos: 102.

3.5.3.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

A pesar de que la casuística de cada paciente es clave a la hora de determinar su necesidad de ingresar de vuelta en el hospital, en ocasiones esta tasa de reingresos puede suponer un reflejo de la calidad y eficiencia del primer ingreso o ingreso índice. En este caso, se observa que, en la sanidad privada, tan sólo un 2,2 % de los pacientes hospitalizados con cáncer

de mama requieren reingresar al hospital en los 30 días posteriores al ingreso índice (figura 62).

Cabe destacar que se observa una considerable variabilidad entre los centros, que puede ser debida, en gran parte, a las diferencias en la casuística de cada uno de los hospitales (figura 63).

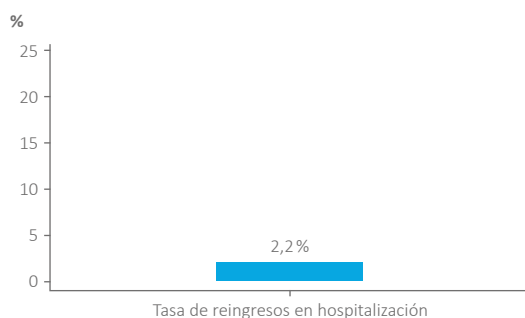


FIGURA 62. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de mama. Episodios analizados: 4.813.

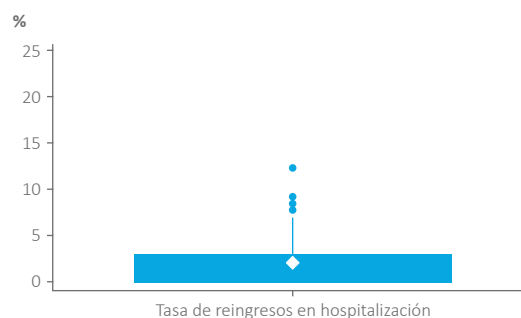


FIGURA 63. Variabilidad por centro en la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de mama. Centros incluidos: 100.

3.5.3.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

Los programas de cribado y el diagnóstico temprano implementado en este tipo de tumor desde hace años han supuesto un incremento considerable de cirugías curativas y una consecuente disminución de

la tasa de mortalidad. En este indicador, se evalúa la tasa de mortalidad en el ámbito intrahospitalario, resultando en un valor de tan sólo 1,5 % en promedio (figura 64) (véase también la figura 65).

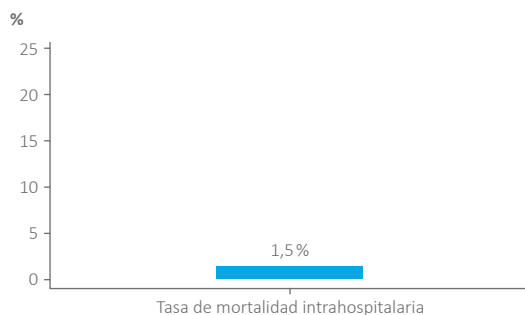


FIGURA 64. Tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de cáncer de mama. Episodios analizados: 5.048.

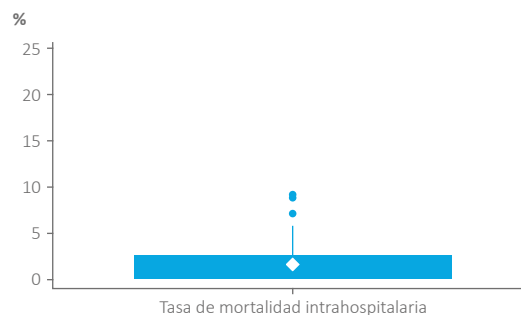


FIGURA 65. Variabilidad por centro en la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de cáncer de mama. Centros incluidos: 100.

3.5.3.4. Tasa de ambulatorización

En el proceso de cáncer de mama también es de interés conocer el porcentaje de las cirugías que se realizan de forma ambulatoria. Este indicador se calcula sobre todas las cirugías de mama, independientemente de su potencial de ambulatorización, por lo que la casuística y complejidad de los pacientes es un factor que influye en este resultado y que hay que tener en cuenta a la hora de interpretarlo.

El resultado de ambulatorización de las cirugías de mama en este estudio RESA fue del 14,9 % en promedio (figura 66). Sin embargo, el gráfico de variabilidad muestra que existen muchas diferencias entre los centros, habiendo centros que ambulatorizan hasta el 60 % de sus cirugías (figura 67). Esto probablemente estará directamente relacionado con el tipo de cirugía y complejidad de los pacientes tratados en cada uno de los hospitales que forman la muestra.

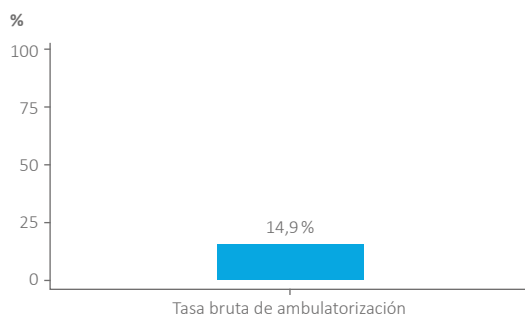


FIGURA 66. Tasa de ambulatorización en episodios de cáncer de mama. Episodios analizados: 5.734.

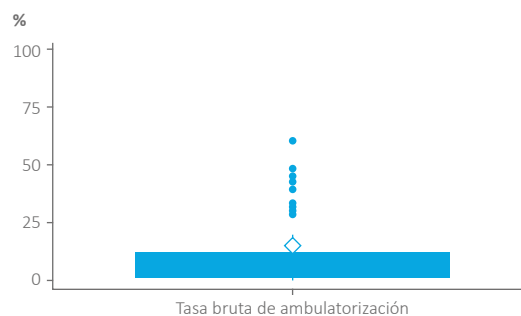


FIGURA 67. Variabilidad por centro en la tasa de ambulatorización en episodios de cáncer de mama. Centros incluidos: 97.

3.5.4. Cáncer de pulmón

3.5.4.1. Estancia media

El cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad por cáncer en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud. Esto se debe a que es un tumor de alta complejidad que, en su mayoría, se diagnostica en estadio metastásico. Por esto, los pacientes que hospitalizan con cáncer de pulmón son generalmente pacientes complejos, frágiles y con altos niveles de morbilidad.

En este estudio RESA, se observa una estancia media bruta de 7,9 días y una estancia media depurada de 6,4 días en estos pacientes (figura 68). El gráfico de variabilidad indica que la estancia media puede variar según el centro, llegando a los 12 días en algunos casos (figura 69), posiblemente debido a la casuística del centro y a la complejidad de los pacientes atendidos.

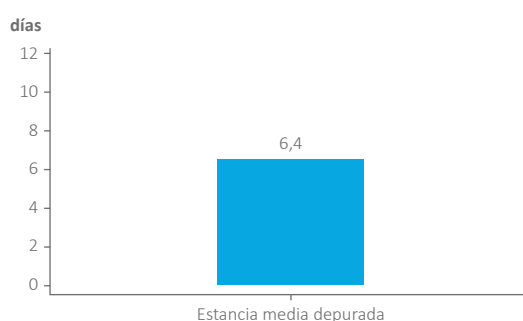


FIGURA 68. Estancia media depurada en los episodios de hospitalización de cáncer de pulmón. Episodios analizados: 3.233.

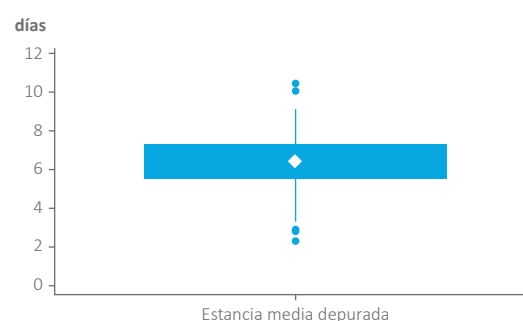


FIGURA 69. Variabilidad por centro en la estancia media depurada en los episodios de hospitalización de cáncer de pulmón. Centros incluidos: 103.

3.5.4.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

Los tratamientos utilizados para el cáncer de pulmón, ya sean terapias antineoplásicas o procedimientos quirúrgicos de resección pulmonar, son tratamientos agresivos que generan morbilidad en el paciente y pueden requerir atención hospitalaria adicional.

Por esto, es de esperar que estos pacientes requieran reingresar al hospital de forma más frecuente. Tras analizar 2.500 episodios de cáncer de pulmón aproximadamente, se observa que, en promedio, la tasa de reingresos fue de 17,6 % (figura 70) (véase también la figura 71).

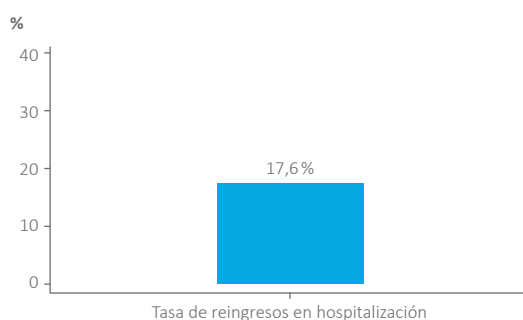


FIGURA 70. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de pulmón. Episodios analizados: 2.512.

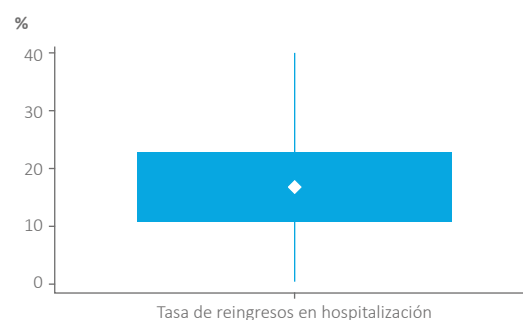


FIGURA 71. Variabilidad en la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de pulmón. Centros incluidos: 103.

3.5.4.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

Otro de los indicadores analizados en este proceso clínico es la tasa de mortalidad intrahospitalaria, para el que se analizan más de 3.000 episodios y, a pesar de la alta mortalidad de este tipo de tumor, se observa

una tasa de mortalidad intrahospitalaria de 13,1 % en promedio (figura 72) y una variabilidad por centro que alcanza hasta el 25 % (figura 73), posiblemente debido a las diferencias en la casuística de los pacientes atendidos.

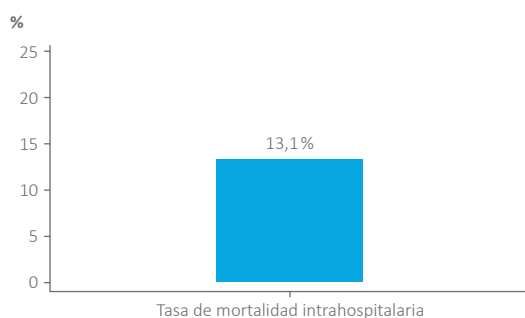


FIGURA 72. Tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de cáncer de pulmón. Episodios analizados: 3.248.

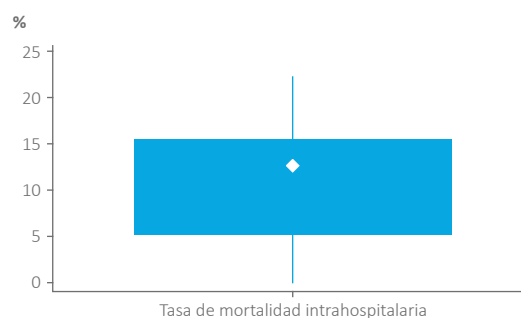


FIGURA 73. Variabilidad por centro en la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de cáncer de pulmón. Centros incluidos: 103.

3.5.5. Cáncer de próstata

3.5.5.1. Estancia media

El cáncer de próstata es el tercer y último proceso clínico oncológico analizado en este estudio RESA. Al igual que ocurre con el cáncer de mama, existen numerosos programas de cribado que han facilitado la detección temprana de este tipo de tumor y, en consecuencia, la atención hospitalaria de pacientes es de menor complejidad, riesgo y morbilidad. Esto se refleja claramente en los resultados obtenidos en este estudio.

La estancia media bruta de los pacientes con cáncer de próstata fue de 3,4 días, mientras que la estancia media depurada fue de 3,1 días (figura 74). Se observa bastante variabilidad entre los centros en este indicador, pero ninguno tiene una estancia media superior a los 10 días (figura 75).

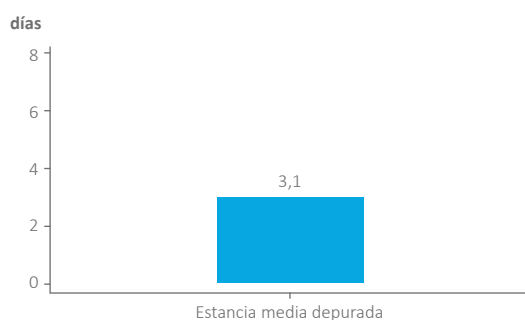


FIGURA 74. Estancia media depurada en los episodios de hospitalización de cáncer de próstata. Episodios analizados: 3.454.

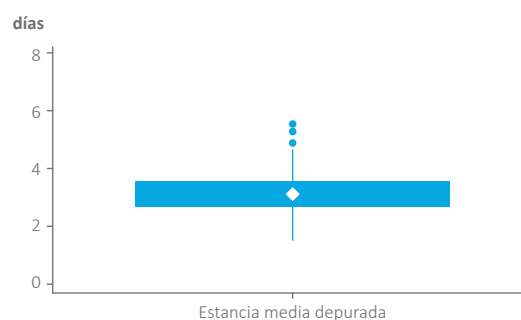


FIGURA 75. Variabilidad por centro en la estancia media depurada en los episodios de hospitalización de cáncer de próstata. Centros incluidos: 98.

3.5.5.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

Los pacientes con cáncer de próstata que hospitalizan tanto de forma médica como quirúrgica muestran una tasa de reingresos inferior al 5 % (4,9 %), del total de los 3.000

episodios analizados aproximadamente (figura 76). Además, el gráfico de variabilidad indica que pocos centros superan esta tasa y tan sólo hasta un 15 % (figura 77).

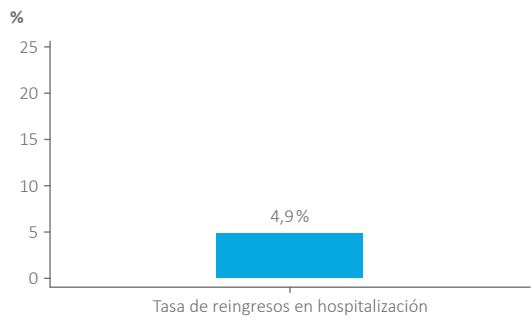


FIGURA 76. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de próstata. Episodios analizados: 3.138.

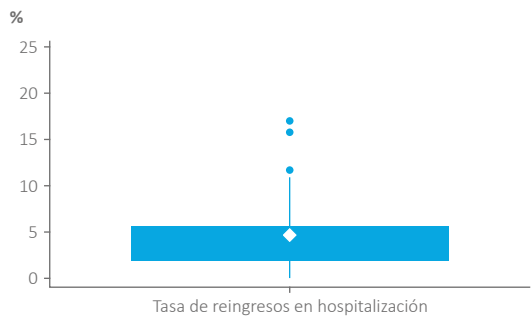


FIGURA 77. Variabilidad por centro en la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de próstata. Centros incluidos: 94.

3.5.5.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

También se evalúa la tasa de mortalidad intrahospitalaria de los más de 3.000 episodios de cáncer de próstata analizados, resultando del 1,6 % (figura 78).

A pesar de que, en promedio, la tasa de mortalidad intrahospitalaria está alrededor

del 1,5 %, el gráfico de variabilidad evidencia que ésta varía hasta un 15 % según la casuística de cada centro y la complejidad de los pacientes atendidos (figura 79), ya que no dejan de ser pacientes oncológicos que, si son diagnosticados en estadios tardíos, tienen opciones limitadas de tratamiento.

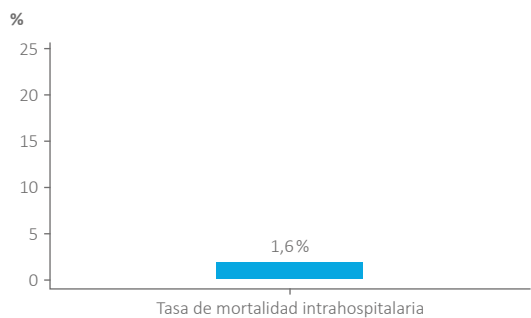


FIGURA 78. Tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de cáncer de próstata. Episodios analizados: 3.336.

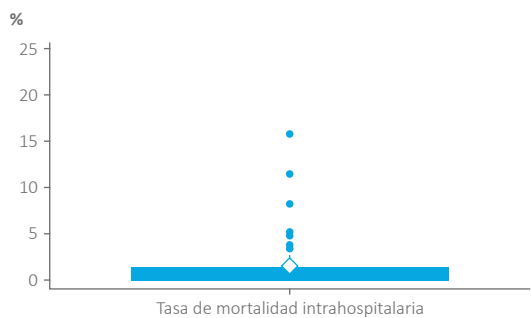


FIGURA 79. Variabilidad por centro en la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de cáncer de próstata. Centros incluidos: 94.

3.5.6. Infarto agudo de miocardio

3.5.6.1. Estancia media

El infarto agudo de miocardio es una emergencia médica resultado de la obstrucción aguda de una arteria coronaria. Esta patología requiere asistencia médica urgente y continuada durante los días posteriores para asegurar la restauración del flujo coronario y prevenir la isquemia recurrente entre otras complicaciones.

En promedio, los pacientes que hospitalizan por un infarto agudo de miocardio muestran una estancia media bruta de 6,0 días, y una estancia media depurada de 5,2 días (figura 80). Los resultados muestran que existe cierta variabilidad en estas estancias medias entre los centros, pero esto posiblemente se vea influenciado por la complejidad de los pacientes atendidos (figura 81).

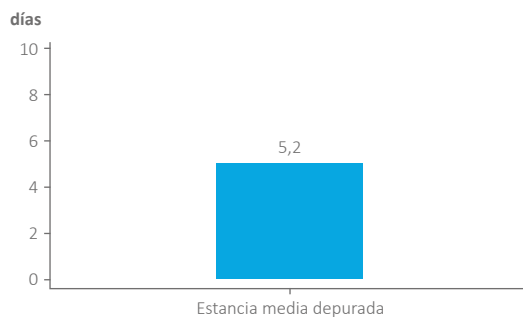


FIGURA 80. Estancia media depurada en los episodios de infarto agudo de miocardio. Episodios analizados: 3.397.

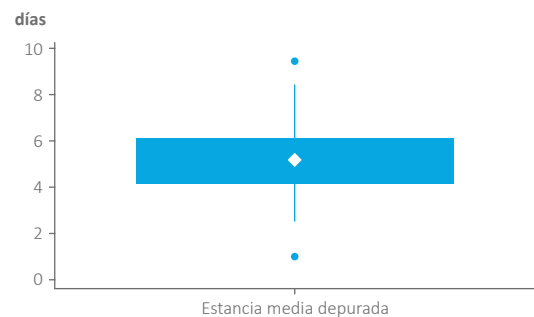


FIGURA 81. Variabilidad por centro en la estancia media depurada en los episodios de infarto agudo de miocardio. Centros incluidos: 98.

3.5.6.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

Uno de los motivos por los que es importante que los pacientes permanezcan hospitalizados durante unos días tras un primer infarto, es para garantizar que se haya eliminado la obstrucción coronaria y que el paciente no está en riesgo de sufrir un reinfarcto u otras complicaciones. Sin embargo, en ocasiones los pacientes tienen la

necesidad de reingresar en el hospital durante los 30 días posteriores al infarto por alguna complicación o dolencia relacionada con el mismo. En este caso, la tasa de reingresos a 30 días observada en la sanidad privada fue de 7,7 % (figura 82), concentrándose el 75 % de los centros con tasas de reingresos inferiores al 10 % (figura 83).

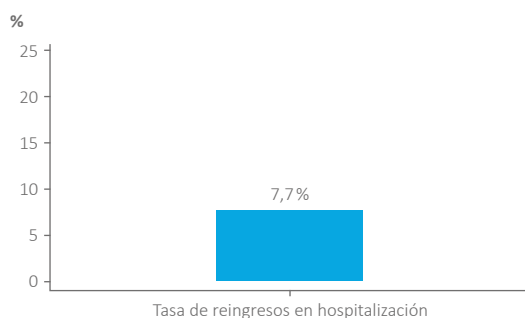


FIGURA 82. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de infarto agudo de miocardio. Episodios analizados: 2.726.

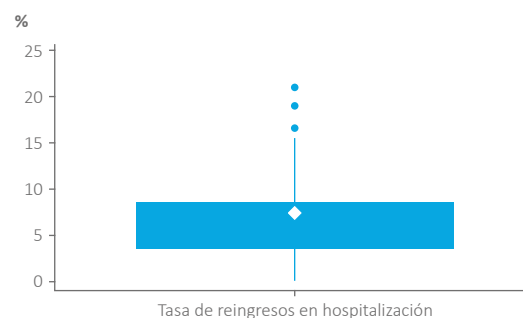


FIGURA 83. Variabilidad por centro en la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de infarto agudo de miocardio. Centros incluidos: 95.

3.5.6.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

A pesar de que, si el paciente recibe atención sanitaria a tiempo y la morbilidad de éste no es alta, generalmente estos infartos son tratables en el hospital, existe un porcentaje de pacientes que fallecen durante estos episodios

de infarto agudo de miocardio. En este estudio, se observa una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 5,2 %, tras evaluar unos 3.500 episodios de infarto aproximadamente (figura 84) (véase también la figura 85).

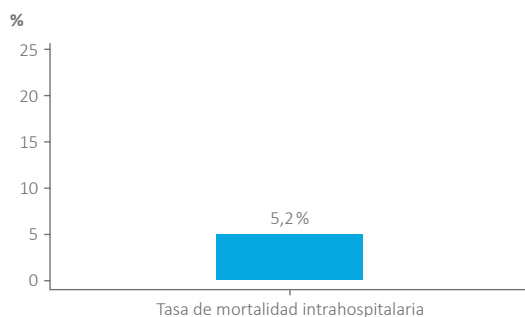


FIGURA 84. Tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de infarto agudo de miocardio. Episodios analizados: 3.426.

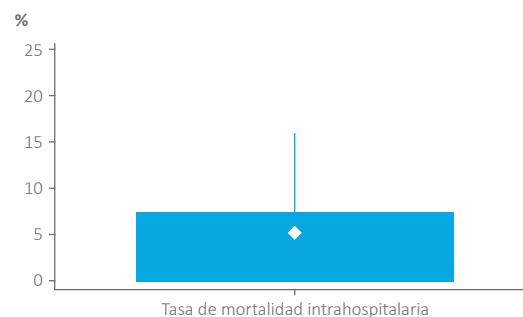


FIGURA 85. Variabilidad por centro en la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de infarto agudo de miocardio. Centros incluidos: 98.

Este resultado puede ser desgранado entre dos principales tipos de infarto: el infarto agudo de miocardio con elevación de ST, que muestra una tasa de mortalidad

intrahospitalaria de 6,3 %; y el infarto agudo de miocardio sin elevación de ST, que muestra una tasa del 3,4 % (figura 86) (véase también la figura 87).

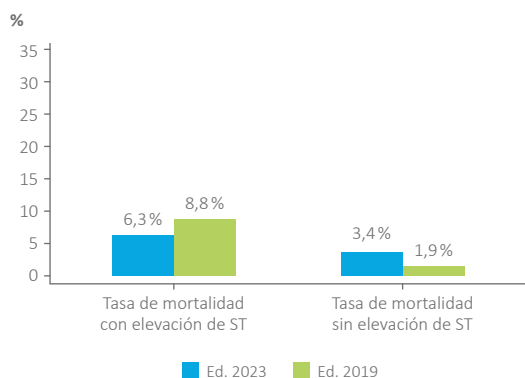


FIGURA 86. Comparativa con la edición anterior de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de infarto agudo de miocardio con y sin elevación de ST. Episodios analizados en el informe RESA 2023: 1.372 y 1.751 respectivamente. Episodios analizados en el informe RESA 2019: 189 y 184, respectivamente.

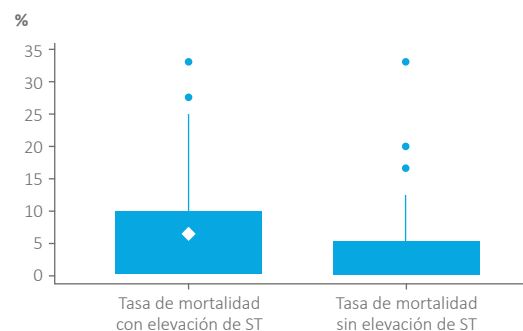


FIGURA 87. Variabilidad por centro en la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de infarto agudo de miocardio con y sin elevación de ST. Episodios analizados: 88 y 90 respectivamente.

3.5.6.4. Tasa de angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria

La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria ha demostrado ser una buena terapia en la restauración del flujo coronario, con baja incidencia de isquemia recurrente, reinfarto, accidente cerebrovascular y muerte. Por ello, se recomienda aplicar esta terapia siempre que sea posible, teniendo en cuenta su aplicabilidad a la casuística de cada paciente. En este indicador, sólo se ha evaluado el porcentaje de ACTP primaria sobre todos

los infartos agudos de miocardio con elevación de ST.

Los resultados muestran que, en la sanidad privada, esta es una terapia que se utiliza casi en el 70 % de los pacientes potencialmente candidatos (figura 88). Además, el gráfico de variabilidad (figura 89) muestra que este porcentaje puede variar según el centro, ya que la casuística de los pacientes atendidos puede ser radicalmente diferente.

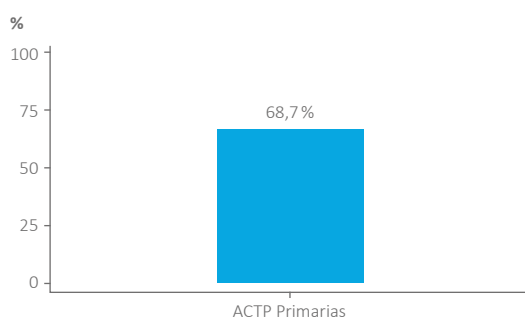


FIGURA 88. Tasa de ACTP primaria en episodios de infarto agudo de miocardio. Episodios analizados: 1.654.

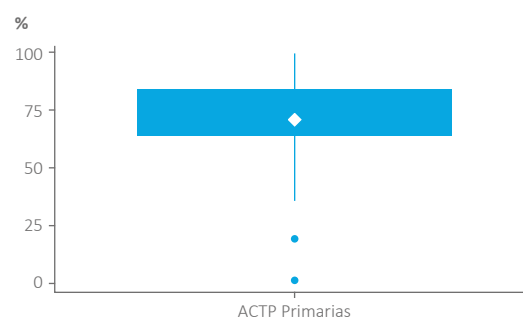


FIGURA 89. Variabilidad por centro en la tasa de ACTP primaria en episodios de infarto agudo de miocardio. Centros incluidos: 98.

3.5.7. Trastornos de la vía biliar con tratamiento quirúrgico

A fin de acotar este proceso clínico y garantizar la agrupación de episodios similares que puedan ofrecer unos resultados conjuntos, en este proceso clínico se analizan diferentes

trastornos de la vía biliar como la colelitiasis o la colecistitis que han sido tratados mediante procedimientos quirúrgicos.

3.5.7.1. Estancia media

Los resultados de este estudio RESA indican que los pacientes con trastornos de la vía biliar intervenidos quirúrgicamente no permanecen ingresados en el hospital periodos prolongados de tiempo. Tras analizar

más de 16.000 episodios de hospitalización, la estancia media bruta fue de 1,9 días y la depurada de 1,4 días (figura 90), con una variabilidad muy limitada de no más de 2,5 días en ningún centro (figura 91).

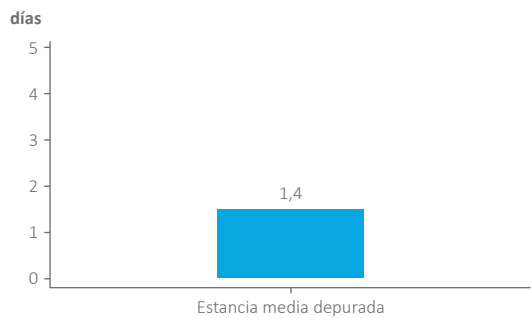


FIGURA 90. Estancia media depurada en los episodios de hospitalizados de trastorno de la vía biliar con tratamiento quirúrgico. Episodios analizados: 16.325.

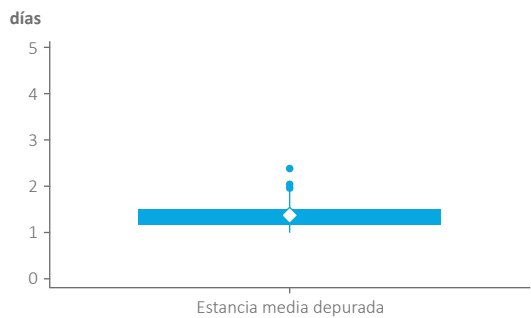


FIGURA 91. Variabilidad por centro en la estancia media depurada en los episodios de hospitalizados de trastorno de la vía biliar con tratamiento quirúrgico. Centros incluidos: 116.

3.5.7.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

Además de permanecer ingresados poco más de 1 día, estos pacientes muestran una tasa de reingresos a 30 días del 2,1 % (figura 92), con una variabilidad de hasta el 10 % en

algunos centros posiblemente debido a las diferencias en la casuística del centro y a la complejidad de los pacientes hospitalizados (figura 93).

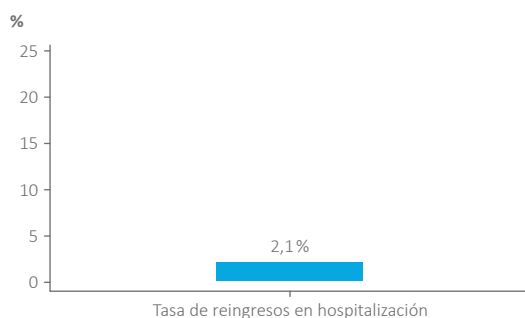


FIGURA 92. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de trastorno de la vía biliar con tratamiento quirúrgico. Episodios analizados: 16.213.

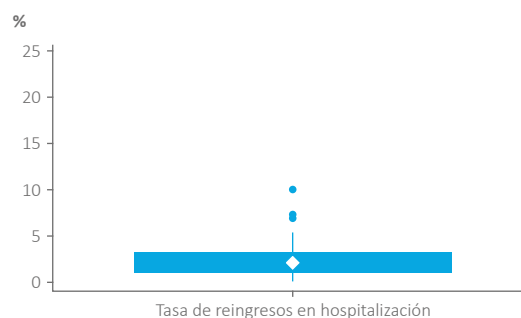


FIGURA 93. Variabilidad por centro en la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de trastorno de la vía biliar con tratamiento quirúrgico. Centros incluidos: 116.

3.5.7.3. Tasa de ambulatorización

Ya que en este proceso se analizan exclusivamente los procedimientos quirúrgicos, también se ha analizado la ratio de ambulatorización de estos mismos. Los resultados de este estudio muestran que, en promedio, aproximadamente un 6 % de las cirugías se realizan de forma ambulatoria (figura 94). No obstante, si analizamos la figura 95, que muestra la variabilidad entre

los centros en este indicador, se puede observar que esta tasa varía hasta un 50 % según el centro, ya que, por el conjunto heterogéneo de trastornos biliares incluidos en este indicador, la capacidad de ambulatorizar las cirugías estará directamente dependiente del tipo de trastorno biliar y la complejidad de cada uno de los pacientes tratados.

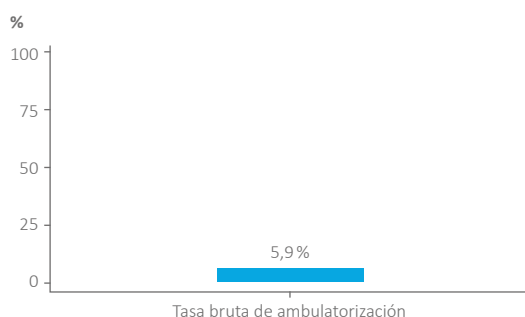


FIGURA 94. Tasa de ambulatorización en episodios de trastorno de la vía biliar con tratamiento quirúrgico. Episodios analizados: 15.152.



FIGURA 95. Variabilidad por centro en la tasa de ambulatorización en episodios de trastorno de la vía biliar con tratamiento quirúrgico. Centros incluidos: 116.

3.5.8. Cataratas

3.5.8.1. Tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía

En el proceso de cataratas no se analizan indicadores específicos como en los anteriores procesos, si no que se incluye un indicador que ya se analizaba en los informes RESA anteriores, para así poder evaluar su evolución a lo largo del tiempo.

En este caso, este indicador evalúa el porcentaje de pacientes que reingresan en el hospital durante los 3 días posteriores a una cirugía de cataratas con complicaciones relacionadas con la misma. Entre estas

complicaciones se incluyen la conservación de fragmentos nucleares, la endoftalmitis o el desprendimiento de retina entre otros.

En el informe RESA 2019, esta tasa de complicaciones ya era mínima (0,2 %), pero los resultados de este año muestran que ha disminuido incluso más, con una tasa de 0,1 % de reingresos por estas complicaciones de los más de 72.000 episodios analizados (figura 96) (véase también la figura 97).

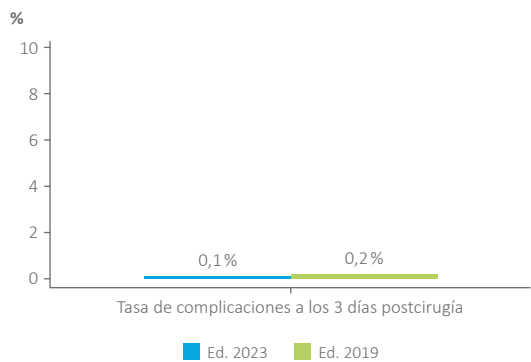


FIGURA 96. Comparativa con la edición anterior de la tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas. Episodios analizados en el informe RESA 2023: 72.654.



FIGURA 97. Variabilidad por centro en la tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas. Centros incluidos: 112.

3.6. Indicadores de fertilidad

Incluimos los indicadores globales de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) para los centros privados por cuarto año consecutivo. Estos indicadores miden, por tipo de procedimiento, el porcentaje de gestaciones y el de partos por el número de ciclos de tratamiento realizado.

En esta edición, se analizan los datos del 2019, ya que, a pesar de que los últimos años disponibles son del 2020, éstos están sesgados debido a la extraordinariedad de ese año como consecuencia de la pandemia. Se incluye un total de 311 centros de reproducción asistida de nuestro país.

3.6.1. Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos

De los 45.836 ciclos realizados, un 17,8 % de ellos resultó en una gestación y un 12,8 % acabó resultando en un parto (figura 98). Estos resultados son ligeramente inferiores a los obtenidos en el ejercicio anterior, mostrando una leve tendencia a la baja en las gestaciones y partos resultantes en los tratamientos con ovocitos frescos. Posiblemente, esto se deba al progresivo aumento de la edad de las mujeres que deciden comenzar un proceso de fertilidad con ovocitos propios frescos.

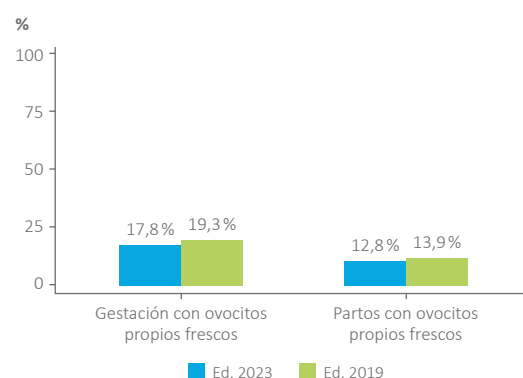


FIGURA 98. Comparativa con la edición anterior de la tasa de gestaciones y partos del total de ciclos realizados con ovocitos propios frescos. Episodios analizados en el informe RESA 2023: 45.836. Episodios analizados en el informe RESA 2019: 35.764.

3.6.2. Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados

Por otro lado, si analizamos la tasa de gestaciones y partos con ovocitos propios pero congelados, observamos una tendencia diferente a la de los ovocitos frescos. De los 30.357 ciclos realizados, un 39 % resultó en un proceso gestacional y un 26,5 % acabó resultando en un parto (figura 99). Estos resultados son superiores a los obtenidos en el informe anterior (32,0 % y 21,3 % respectivamente).

En consonancia a lo apuntado en el anterior indicador, es posible que estos procesos obtengan mejores tasas de gestación y parto, ya que se utilizan ovocitos que fueron congelados a una edad más temprana y, por tanto, aumente la tasa de éxito.

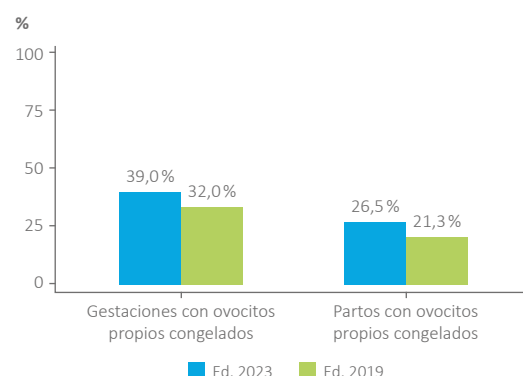


FIGURA 99. Comparativa con la edición anterior de la tasa de gestaciones y partos del total de ciclos realizados con ovocitos propios congelados. Episodios analizados en el informe RESA 2023: 30.357. Episodios analizados en el informe RESA 2019: 20.710.

3.6.3. Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos

De los 15.876 ciclos realizados, un 33,4 % resultó en una gestación y un 23,9 % resultó en parto (figura 100). De nuevo, se vuelve a observar que estos porcentajes son ligeramente más bajos que los obtenidos en el ejercicio anterior (39,0 % y 27,9 % respectivamente), posiblemente por los mismos motivos descritos anteriormente sobre los ovocitos frescos propios.

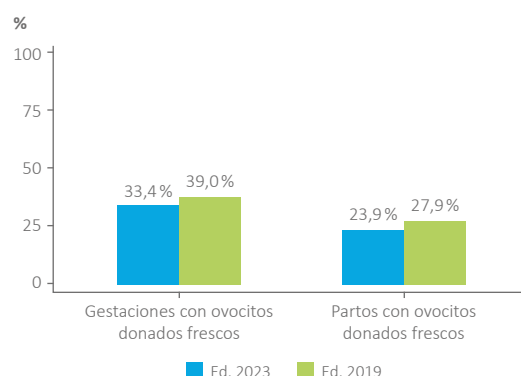


FIGURA 100. Comparativa con la edición anterior de la tasa de gestaciones y partos del total de ciclos realizados con ovocitos donados frescos. Episodios analizados en el informe RESA 2023: 15.876. Episodios analizados en el informe RESA 2019: 16.007.

3.6.4. Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados

De los 15.203 ciclos realizados, un 44,1 % resultó en una gestación y un 30,2 % resultó en un parto (figura 101). Nuevamente, se repite la tendencia observada con los ovocitos propios congelados. Los resultados son superiores a los del ejercicio anterior, mostrando una tendencia al alza de los tratamientos con ovocitos congelados, como posible consecuencia del retraso de la edad de la maternidad y del aumento en la criopreservación de ovocitos a una edad más temprana.

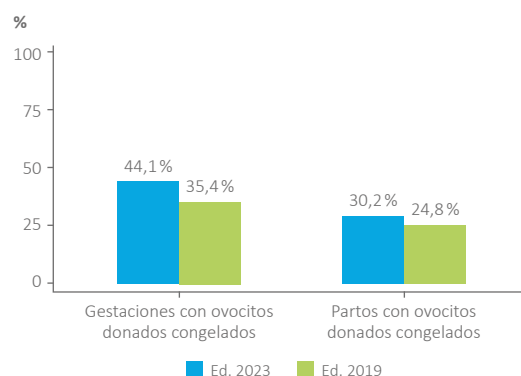


FIGURA 101. Comparativa con la edición anterior de la tasa de gestaciones y partos del total de ciclos realizados con ovocitos donados congelados. Episodios analizados en el informe RESA 2023: 15.203. Episodios analizados en el informe RESA 2019: 15.039.

3.7. Indicadores de diálisis

Por quinto año, el estudio RESA recoge cuatro indicadores de pacientes en hemodiálisis que representan aspectos clave sobre la calidad

asistencial de la sanidad privada en este tipo de pacientes.

3.7.1. Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis

Generalmente, los pacientes que requieren hemodiálisis tienden a ser pluripatológicos y, por ello, presentan multitud de comorbilidades. Aunque algunos de estos pacientes fallezcan por motivos sin asociación alguna a la calidad de su tratamiento de hemodiálisis, la tasa de mortalidad de los pacientes recogidos en este análisis puede informar del manejo de estos pacientes en el sistema sanitario. En este estudio, la tasa bruta de mortalidad en los pacientes en hemodiálisis fue del 9,4 % (figura 102), siendo éste un resultado muy similar al de los años anteriores (8,4 % en el anterior informe RESA).

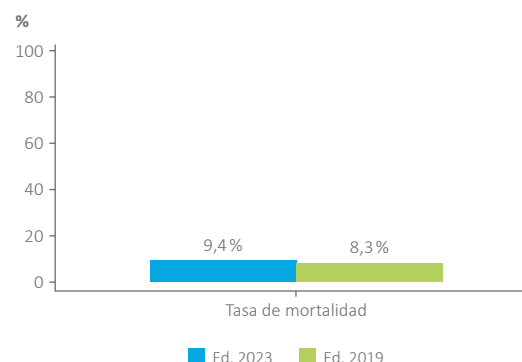


FIGURA 102. Comparativa con la edición anterior de la tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis. Pacientes analizados en el informe RESA 2023: 3.629.

3.7.2. Porcentaje de pacientes con KT/V objetivo

Este indicador específico y objetivo de la hemodiálisis es generalmente utilizado en guías clínicas nacionales e internacionales, dada su correlación con la mejor supervivencia y calidad de vida de los pacientes. El Kt/V es una representación matemática de la eficiencia de la hemodiálisis, basado en las variables de la depuración de la urea (K), el tiempo de diálisis (t) y en el volumen de distribución de la urea (V).

La Sociedad Española de Nefrología (SEN) considera como estándar de calidad que aproximadamente un 85 % de los pacientes alcancen un Kt/V de 1,3. Este indicador mide el porcentaje de pacientes en hemodiálisis que tienen ese valor objetivo de Kt/V. En este caso, los resultados de este estudio RESA indican una tasa del 96,4 % (figura 103), tasa aun mayor de la que ya se reportaba en el anterior informe (93,2 %).

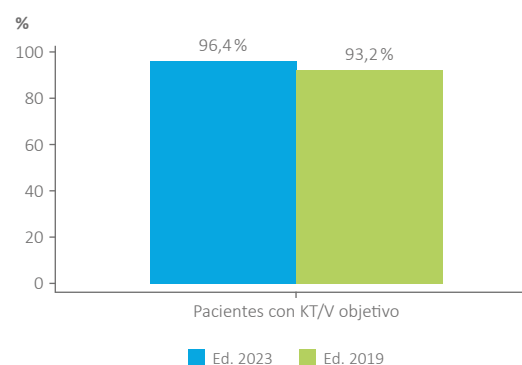


FIGURA 103. Comparativa con la edición anterior de la tasa de pacientes con KT/V objetivo. Pacientes analizados en el informe RESA 2023: 4.030.

3.7.3. Porcentaje de pacientes con albúmina > 3,5 g/dl

Este otro indicador específico de diálisis se basa en la albúmina, un marcador detectable en sangre que informa sobre la nutrición del paciente con enfermedad renal crónica. Los sujetos que muestran niveles objetivos de albúmina en sangre tienden a mostrar niveles más altos de calidad de vida, un factor de vital importancia en estos pacientes generalmente pluripatológicos y de alta morbilidad. Además, también se asocia la presencia de niveles inferiores al estándar con una mayor tasa de mortalidad y hospitalizaciones.

El estándar de calidad establecido marca que, al menos, el 80 % de los pacientes prevalentes en diálisis deberían presentar albúmina en sangre igual o superior a 3,5 g/dl. Este indicador calcula el porcentaje de pacientes que cumplen este criterio de nivel de albúmina.

La proporción de pacientes que cumplen el objetivo en este estudio es del 85,9 % (figura 104), valor aun por encima de lo recomendado en los estándares de calidad y similar al obtenido en el anterior informe RESA.

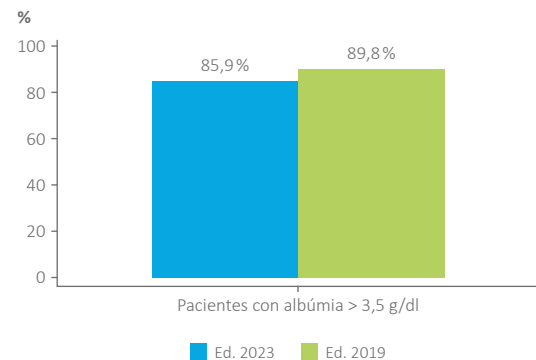


FIGURA 104. Comparativa con la edición anterior de la tasa de pacientes con albúmina > 3,5 g/dl. Pacientes analizados en el informe RESA 2023: 4.029. Episodios analizados en el informe RESA 2019: 8.947.

3.7.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga

Este indicador se basa en el análisis del porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa (FAV) autóloga, el acceso vascular considerado de preferencia para estos pacientes. Éste consiste en realizar una conexión entre una vena y una arteria próxima en el brazo no dominante del paciente, y así utilizar esta con vía de acceso para el tratamiento de diálisis. Esta técnica es considerada de preferencia, ya que se asocia con una menor tasa de complicaciones y comorbilidades, aunque hoy en día, dado el envejecimiento de los pacientes y el subsiguiente deterioro del árbol vascular, la realización de esta técnica no siempre es viable.

La guía más reciente de la SEN (2017) recomienda que al menos el 75 % de los pacientes tengan acceso venoso mediante FAV funcionante. No obstante, los resultados de este estudio RESA indican que, en la sanidad privada, un 55,9 % de los pacientes presentan esta FAV autóloga (figura 105); ya que, por los motivos expuestos anteriormente, cada vez es más difícil alcanzar estos estándares estipulados hace más de 5 años atrás.

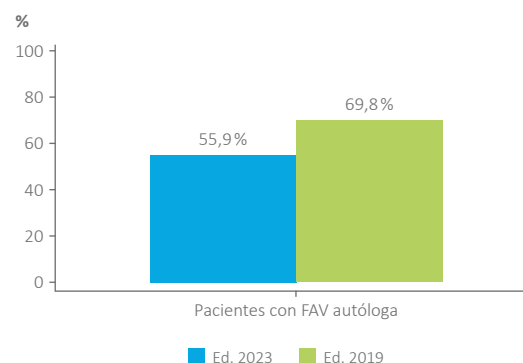


FIGURA 105. Comparativa con la edición anterior de la tasa de pacientes prevalentes con FAV autóloga. Pacientes analizados en el informe RESA 2023: 4.030. Episodios analizados en el informe RESA 2019: 8.947.

04

CONCLUSIONES



Llegados a este punto del informe, es factible decir que existen muchos titulares que pueden extraerse de los más de 100 indicadores que se han analizado en este Estudio RESA 2023. No obstante, el análisis conjunto de todos ellos no hace más que demostrar que los esfuerzos del sistema privado por garantizar el mayor nivel de accesibilidad, eficiencia, resolución asistencial y calidad en prácticamente todos los niveles asistenciales continúa dando sus frutos a pesar de los efectos de la pandemia de la COVID-19.

Este informe vuelve a evidenciar que la sanidad privada se caracteriza por su accesibilidad y agilidad en la entrega de resultados; por su capacidad de resolución asistencial independientemente de la complejidad de los pacientes; por su eficiencia y optimización de ingresos hospitalarios; y por la baja tasa de complicaciones y mortalidad asociada, lo que supone un estándar de seguridad del paciente clave para establecer el alto nivel de calidad asistencial al que se aspira en el sistema.

En conclusión, el informe RESA vuelve a demostrar una vez más el compromiso con la calidad que define a la sanidad privada, y el importante impacto que esta tiene en el sistema sanitario de nuestro país y consecuentemente, en la asistencia a nuestros pacientes.

05

ANEXOS



Anexo I – Definición de procesos clínicos

I.1. Fractura de cadera

Para la definición de fractura de cadera se seleccionan aquellos episodios que tienen el diagnóstico S72.*¹ (fractura de fémur) en posición principal y alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- OQH6*, OQH7*: inserción en extremo proximal del fémur.
- OQH8*, OQH9*: inserción en diáfisis femoral.
- OQHB*, OQHC*: inserción en extremo distal del fémur.
- OQS6*, OQS7*: reposición de extremo proximal del fémur.
- OQS8*, OQS9*: reposición de diáfisis femoral.
- OQSB*, OQSC*: reposición de extremo distal del fémur.
- OSR9*, OSRB*: sustitución de articulación cadera.
- OSRA*, OSRE*: sustitución de articulación cadera, superficie acetabular.
- OSRR*, OSRS*: sustitución de articulación cadera, superficie femoral.

I.1.1. Fractura de cadera pertrocantérea

Para la definición de fractura de cadera pertrocantérea se seleccionan aquellos episodios que tienen el diagnóstico S72.1* (fractura pertrocantérea) en posición principal y alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- OQH6*, OQH7*: inserción en extremo proximal del fémur.
- OQH8*, OQH9*: inserción en diáfisis femoral.
- OQHB*, OQHC*: inserción en extremo distal del fémur.
- OQS6*, OQS7*: reposición de extremo proximal del fémur.
- OQS8*, OQS9*: reposición de diáfisis femoral.
- OQSB*, OQSC*: reposición de extremo distal del fémur.
- OSR9*, OSRB*: sustitución de articulación cadera.
- OSRA*, OSRE*: sustitución de articulación cadera, superficie acetabular.
- OSRR*, OSRS*: sustitución de articulación cadera, superficie femoral.

¹El asterisco (*) en el código diagnóstico o de procedimiento indica que se seleccionan todas las subcategorías de dicho código.

I.1.2. Fractura de cuello de fémur

Para la definición de fractura de cuello de fémur se seleccionan aquellos episodios que tienen el diagnóstico S72.0* (fractura de cabeza y cuello de fémur) en posición principal y alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- OQH6*, OQH7*: inserción en extremo proximal del fémur.
- OQH8*, OQH9*: inserción en diáfisis femoral.
- OQHB*, OQHC*: inserción en extremo distal del fémur.
- OQ56*, OQ57*: reposición de extremo proximal del fémur.
- OQS8*, OQS9*: reposición de diáfisis femoral.
- OQSB*, OQSC*: reposición de extremo distal del fémur.
- OSR9*, OSRB*: sustitución de articulación de cadera.
- OSRA*, OSRE*: sustitución de articulación de cadera, superficie acetabular.
- OSRR*, OSRS*: sustitución de articulación de cadera, superficie femoral.

I.1.3. Fractura de cadera con prótesis sintética

Para la definición de fractura de cadera con prótesis sintética se seleccionan aquellos episodios que tienen el diagnóstico S72.* (fractura de fémur) en posición principal y alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- OSR9*, OSRB*: sustitución de articulación de cadera.
- OSRA*, OSRE*: sustitución de articulación de cadera, superficie acetabular.
- OSRR*, OSRS*: sustitución de articulación de cadera, superficie femoral.

En el listado anterior se excluyen los procedimientos en los que la sustitución se hace con tejido, ya sea autólogo o no autólogo.

I.1.4. Fractura de cadera sin prótesis sintética

Para la definición de fractura de cadera sin prótesis sintética se seleccionan aquellos episodios que tienen el diagnóstico S72.* (fractura de fémur) en posición principal y alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- OQH6*, OQH7*: inserción en extremo proximal del fémur.
- OQH8*, OQH9*: inserción en diáfisis femoral.
- OQHB*, OQHC*: inserción en extremo distal del fémur.
- OQ56*, OQ57*: reposición de extremo proximal del fémur.
- OQS8*, OQS9*: reposición de diáfisis femoral.
- OQSB*, OQSC*: reposición de extremo distal del fémur.
- OSR9*, OSRB*: sustitución de articulación de cadera (únicamente los procedimientos con sustituto de tejido).
- OSRA*, OSRE*: sustitución de articulación de cadera, superficie acetabular (únicamente los procedimientos con sustituto de tejido).
- OSRR*, OSRS*: sustitución de articulación de cadera, superficie femoral (únicamente los procedimientos con sustituto de tejido).

I.2. Partos

En la definición de parto se seleccionan los episodios según su grupo de diagnósticos relacionados (GRD), basándose en el agrupador MS-GRD v38.0:

- 768: parto vaginal con procedimiento quirúrgico excepto dilatación o legrado y/o esterilización.
- 783, 784, 785: cesárea con esterilización.
- 786, 787, 788: cesárea sin esterilización.
- 796, 797, 798: parto vaginal con esterilización, dilatación o legrado.
- 805, 806, 807: parto vaginal sin esterilización, dilatación o legrado.

I.2.1. Cesáreas

En la definición de cesáreas se seleccionan los episodios según su grupo de diagnósticos relacionados (GRD), basándose en el agrupador MS-GRD v38.0:

- 783, 784, 785: cesárea con esterilización.
- 786, 787, 788: cesárea sin esterilización.

I.2.2. Cesáreas previas

Para la definición de cesárea previa se seleccionan los episodios que tienen en posición diagnóstica secundaria alguno de los siguientes diagnósticos:

- 034.211: atención materna por cicatriz transversal baja de cesárea anterior.
- 034.212: atención materna por cicatriz vertical de cesárea anterior.
- 034.219: atención materna por cicatriz de tipo no especificado de cesárea anterior.
- 034.29: atención materna por cicatriz uterina por otra cirugía anterior.

I.2.3. Parto vaginal

En la definición de falso trabajo de parto se seleccionan los episodios según su grupo de diagnósticos relacionados (GRD), basándose en el agrupador MS-GRD v38.0:

- 768: parto vaginal con procedimiento quirúrgico excepto dilatación o legrado y/o esterilización.
- 796, 797, 798: parto vaginal con esterilización, dilatación o legrado.
- 805, 806, 807: parto vaginal sin esterilización, dilatación o legrado.

I.2.4. Falso trabajo de parto

En la definición de falso trabajo de parto se seleccionan los episodios según su grupo de diagnósticos relacionados (GRD), basándose en el agrupador MS-GRD v38.0:

- 817, 818, 819: otros diagnósticos anteparto con procedimiento quirúrgico.
- 831, 832, 833: otros diagnósticos anteparto sin procedimiento quirúrgico.

I.3. Cáncer de mama

Para la definición de cáncer de mama se seleccionan aquellos episodios que tienen alguno de los siguientes diagnósticos:

- C50.*: neoplasia maligna de mama.
- D05.*: carcinoma *in situ* de mama.

En el caso de que los diagnósticos mencionados estén en posición secundaria, el episodio debe tener en primera posición un diagnóstico de neoplasia maligna secundaria, que pueden ser:

- C77.*: neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos.
- C78.*: neoplasia maligna secundaria de órganos respiratorios y digestivos.
- C79.*: neoplasia maligna secundaria de otras localizaciones y las no especificadas.

- C80.*: neoplasia maligna de localización no especificada.

Tras la selección de episodios por diagnóstico, se aplican las siguientes exclusiones:

- Episodios paliativos (Z51.5) o con servicio de alta 331 (Unidad de Cuidados Paliativos).
- Episodios englobados en categoría diagnóstica mayor 19 (trastornos mentales) o 20 (alcohol y drogas).
- Episodios que no ingresan en el hospital, es decir, con circunstancia de admisión 5 (hospital de día) o 7 (hospitalización a domicilio).

I.4. Cáncer de pulmón

Para la definición de cáncer de pulmón se seleccionan aquellos episodios que tienen alguno de los siguientes diagnósticos:

- C34.*: neoplasia maligna de bronquio y pulmón.
- D02.2*: carcinoma *in situ* de bronquio y pulmón.

En el caso de que los diagnósticos mencionados estén en posición secundaria, el episodio debe tener en primera posición un diagnóstico de neoplasia maligna secundaria, que pueden ser:

- C77.*: neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos.
- C78.*: neoplasia maligna secundaria de órganos respiratorios y digestivos.
- C79.*: neoplasia maligna secundaria de otras localizaciones y las no especificadas.

- C80.*: neoplasia maligna de localización no especificada.

Tras la selección de episodios por diagnóstico, se aplican las siguientes exclusiones:

- Episodios paliativos (Z51.5) o con servicio de alta 331 (Unidad de Cuidados Paliativos)
- Episodios englobados en categoría diagnóstica mayor 19 (trastornos mentales) o 20 (alcohol y drogas).
- Episodios que no ingresan en el hospital, es decir, con circunstancia de admisión 5 (hospital de día) o 7 (hospitalización a domicilio).

I.5. Cáncer de próstata

Para la definición de cáncer de próstata se seleccionan aquellos episodios que tienen alguno de los siguientes diagnósticos:

- C61: neoplasia maligna de próstata.
- D07.5: carcinoma *in situ* de próstata.

En el caso de que los diagnósticos mencionados estén en posición secundaria, el episodio debe tener en primera posición un diagnóstico de neoplasia maligna secundaria, que pueden ser:

- C77.*: neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos.
- C78.*: neoplasia maligna secundaria de órganos respiratorios y digestivos.
- C79.*: neoplasia maligna secundaria de otras localizaciones y las no especificadas.

- C80.*: neoplasia maligna de localización no especificada.

Tras la selección de episodios por diagnóstico, se aplican las siguientes exclusiones:

- Episodios paliativos (Z51.5) o con servicio de alta 331 (Unidad de Cuidados Paliativos).
- Episodios englobados en categoría diagnóstica mayor 19 (trastornos mentales) o 20 (alcohol y drogas).
- Episodios que no ingresan en el hospital, es decir, con circunstancia de admisión 5 (hospital de día) o 7 (hospitalización a domicilio).

I.6. Infarto agudo de miocardio

Para la definición de infarto agudo de miocardio se seleccionan aquellos episodios que tienen alguno de los siguientes diagnósticos en posición principal:

- I21.*: infarto agudo de miocardio.

- I22.*: infarto agudo de miocardio subsiguiente con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) y sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI).

I.6.1. Angioplastia primaria (ACTP)

Para la definición de ACTP primaria se aplican los mismos criterios que en la definición de infarto agudo de miocardio, pero se descartan

los episodios que contienen el diagnóstico I21.4 (infarto agudo de miocardio sin elevación de ST).

I.6.2. Infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación de ST

Para la definición de infarto agudo de miocardio con elevación de ST se seleccionan aquellos episodios que tienen alguno de los siguientes diagnósticos en posición principal:

- I21.0.*: infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) de cara anterior.
- I21.1.*: infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de cara inferior.
- I21.2.*: infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de otras localizaciones.
- I21.3: infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de localización no especificada.

I.6.3. Infarto agudo de miocardio (IAM) sin elevación de ST

Para la definición de infarto agudo de miocardio sin elevación de ST se seleccionan aquellos episodios que tienen el siguiente diagnóstico en posición principal:

- I21.4: infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI).

I.7. Trastornos de la vía biliar con tratamiento quirúrgico

Para la definición de trastorno de la vía biliar con tratamiento quirúrgico se seleccionan aquellos episodios que tienen alguno de los siguientes diagnósticos en posición principal:

- K80.*: colelitiasis.
 - K81.*: colecistitis.
- Tras la selección de episodios por diagnóstico, se filtran los episodios categorizados con un GRD quirúrgico.

I.8. Cataratas

Para la definición de cirugía de cataratas se seleccionan aquellos episodios que tienen en posición principal alguno de los siguientes diagnósticos:

- H25.*: catarata relacionada con la edad.
- H26.*: otras cataratas.
- H28: catarata en enfermedades clasificadas bajo otro concepto.

Además, el episodio debe tener al menos uno de los siguientes procedimientos de cirugía de cataratas:

- 085J3ZZ: destrucción de cristalino, derecho, abordaje percutáneo.
- 085K3ZZ: destrucción de cristalino, izquierdo, abordaje percutáneo.
- 08BJ3ZX: escisión de cristalino, derecho, diagnóstico, abordaje percutáneo.
- 08BJ3ZZ: escisión de cristalino, derecho, abordaje percutáneo.
- 08BK3ZX: escisión de cristalino, izquierdo, diagnóstico, abordaje percutáneo.
- 08BK3ZZ: escisión de cristalino, izquierdo, abordaje percutáneo.
- 08CJ3ZZ: extirpación en cristalino, derecho, abordaje percutáneo.
- 08CJXZZ: extirpación en cristalino, derecho, abordaje externo.
- 08CK3ZZ: extirpación en cristalino, izquierdo, abordaje percutáneo.
- 08CKXZZ: extirpación en cristalino, izquierdo, abordaje externo.
- 08DJ3ZZ: extracción de cristalino, derecho, abordaje percutáneo.
- 08DK3ZZ: extracción de cristalino, izquierdo, abordaje percutáneo.
- 08RJ30Z: sustitución de cristalino, derecho, con sustituto sintético, telescopio intraocular, abordaje percutáneo.
- 08RJ37Z: sustitución de cristalino, derecho, con sustituto de tejido autólogo, abordaje percutáneo.
- 08RJ3JZ: sustitución de cristalino, derecho, con sustituto sintético, abordaje percutáneo.
- 08RJ3KZ: sustitución de cristalino, derecho, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje percutáneo.
- 08RK30Z: sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto sintético, telescopio intraocular, abordaje percutáneo.
- 08RK37Z: sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto de tejido autólogo, abordaje percutáneo.
- 08RK3JZ: sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje percutáneo.
- 08RK3KZ: sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje percutáneo.

I.8.1. Complicaciones de la cirugía de cataratas

Para la definición de complicaciones de cirugía de cataratas, se seleccionan aquellos episodios que tienen en posición principal alguno de los siguientes diagnósticos:

- H59.02*: fragmentos de catarata (cristalino) en ojo tras cirugía de catarata.
- H44.00*: endoftalmitis purulenta no especificada.
- H33.*: desprendimientos y rotura de retina.

- H59.*: complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de ojo y sus anexos, no clasificados bajo otro concepto.

Para el cálculo del indicador "**Tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas**" se considera también una complicación todo aquel episodio que reingrese por el mismo diagnóstico de cirugía de catarata.

Anexo II – Detalle de indicadores

II.1. Accesibilidad en la atención sanitaria

II.1.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

Tiempo medio de espera de citación para mamografía	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita para una mamografía hasta la realización de ésta	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de mamografías realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de realización de la mamografía no está dentro del año 2022	

Tiempo medio de espera de citación de TAC	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita para una TAC hasta la realización de éste	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de TAC realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de realización de la TAC no está dentro del año 2022	

Tiempo medio de espera de citación para resonancia magnética	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita para una resonancia magnética hasta la realización de ésta	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de resonancias magnéticas realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de realización de la resonancia magnética no está dentro del año 2022	

II.1.2. Tiempo medio de entrega del informe de pruebas complementarias

Tiempo medio de entrega del informe de resultados de mamografía	
Promedio de días de espera desde la realización de una mamografía hasta que se dispone del informe de resultados en el facultativo	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de mamografías realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de realización de la mamografía no está dentro del año 2022	

Tiempo medio de entrega del informe de resultados de TAC	
Promedio de días de espera desde la realización de una TAC hasta que el paciente dispone del informe de resultados en el facultativo	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de TAC realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de realización de la TAC no está dentro del año 2022	

Tiempo medio de entrega del informe de resultados de resonancia magnética	
Promedio de días de espera desde la realización de una resonancia magnética hasta que el paciente dispone del informe de resultados en el facultativo	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de resonancias magnéticas realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de realización de la resonancia magnética no está dentro del año 2022	

II.1.3. Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio

Tiempo medio de espera de citación para pruebas de bioquímica y hematología	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita hasta la toma de muestra para el análisis bioquímico y hematológico	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de análisis bioquímicos y hematológicos realizados
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de realización de toma de muestra no está dentro del año 2022	

Tiempo medio de espera de citación para pruebas de microbiología, inmunología y genética	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita hasta la toma de muestra para el análisis microbiológico, inmunológico y genético	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de análisis microbiológicos, inmunológicos y genéticos realizados
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de realización de toma de muestra no está dentro del año 2022	

II.1.4. Tiempo medio de entrega del informe de laboratorio

Tiempo medio de espera de entrega del informe de resultados de las pruebas de bioquímica y hematología	
Promedio de días de espera desde la toma de muestra hasta que el paciente dispone del informe de resultados del análisis bioquímico y hematológico	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de análisis bioquímicos y hematológicos realizados
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de realización de toma de muestra no está dentro del año 2022	

Tiempo medio de espera de entrega del informe de resultados de las pruebas de microbiología, inmunología y genética	
Promedio de días de espera desde la toma de muestra hasta que el paciente dispone del informe de resultados del análisis microbiológico, inmunológico y genético	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de análisis microbiológicos, inmunológicos y genéticos realizados
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de realización de toma de muestra no está dentro del año 2022	

II.1.5. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de Oftalmología	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita de Oftalmología hasta la fecha de consulta	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de consultas de Oftalmología realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2022	

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de Dermatología	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita de Dermatología hasta la fecha de consulta	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de consultas de Dermatología realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2022	

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de Traumatología	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita de Traumatología hasta la fecha de consulta	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de consultas de Traumatología realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2022	

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de Ginecología y Obstetricia	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita de Ginecología y Obstetricia hasta la fecha de consulta	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de consultas de Ginecología y Obstetricia realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2022	

II.1.6. Tiempo medio de espera quirúrgica

Espera media quirúrgica	
Promedio de días de espera entre la consulta preanestésica y la cirugía	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de intervención quirúrgica no está dentro del año 2022	

II.1.7. Tiempo medio de asistencia en Urgencias

Tiempo medio de asistencia en triaje	
Tiempo de espera medio transcurrido desde la entrada a Urgencias hasta en triaje	
Numerador Tiempo total de espera	Denominador Número total de visitas a Urgencias
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

Tiempo medio de asistencia facultativa	
Tiempo de espera medio transcurrido desde el triaje hasta la atención médica	
Numerador Tiempo total de espera	Denominador Número total de visitas a Urgencias
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

II.2. Eficiencia

II.2.1. Estancia media

Estancia media bruta en hospitalización	
Promedio de días que los pacientes están ingresados en hospitalización	
Numerador	Denominador
Número total de estancias	Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida - El GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

II.2.2. Estancia media prequirúrgica

Estancia prequirúrgica media bruta	
Promedio de días desde la fecha de ingreso y la fecha de intervención quirúrgica en el total de episodios de hospitalización con intervención quirúrgica	
Numerador	Denominador
Número total de estancias preoperatorias	Número total de episodios de hospitalización con intervención quirúrgica
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - EL GRD no es quirúrgico - EL GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

Estancia prequirúrgica media bruta en episodios urgentes	
Promedio de días desde la fecha de ingreso y la fecha de intervención quirúrgica en episodios de hospitalización con admisión urgente e intervención quirúrgica	
Numerador	Denominador
Número total de estancias preoperatorias	Número total de episodios de hospitalización urgentes con intervención quirúrgica
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es urgente - EL GRD no es quirúrgico - EL GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

Estancia prequirúrgica media bruta en episodios programados	
Promedio de días desde la fecha de ingreso y la fecha de intervención quirúrgica en episodios de hospitalización con admisión programada e intervención quirúrgica	
Numerador Número total de estancias preoperatorias	Denominador Número total de episodios de hospitalización programados con intervención quirúrgica
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es programada - El GRD no es quirúrgico - El GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

II.2.3. Tasa de ambulatorización

Tasa bruta de ambulatorización	
Ratio de las intervenciones quirúrgica ambulatorias (CMA) sobre el total de intervenciones quirúrgicas, tanto en CMA como en hospitalización	
Numerador Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	Denominador Número total de intervenciones quirúrgicas
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - EL GRD no es quirúrgico - EL GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

Tasa bruta de ambulatorización en menores de edad	
Ratio de las intervenciones quirúrgica ambulatorias (CMA) sobre el total de intervenciones quirúrgicas en pacientes menores de edad, tanto en CMA como en hospitalización	
Numerador Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	Denominador Número total de intervenciones quirúrgicas
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - EL GRD no es quirúrgico - EL GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula - La edad del paciente es mayor o igual a 18 años	

Tasa bruta de ambulatorización en adultos	
Ratio de las intervenciones quirúrgica ambulatorias (CMA) sobre el total de intervenciones quirúrgicas en pacientes adultos, tanto en CMA como en hospitalización	
Numerador Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	Denominador Número total de intervenciones quirúrgicas
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - EL GRD no es quirúrgico - EL GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula - La edad del paciente es menor o igual a 17 años	

II.3. Resolución asistencial

II.3.1. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	
Tasa de reingresos en hospitalización tras un alta previa en el mismo hospital, en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
Numerador Número total de episodios que reingresan en hospitalización	Denominador Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión del episodio no es urgente - La CDM del episodio es 22 o 24 (quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta del episodio corresponde al mes de diciembre del año de estudio	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes menores de edad	
Tasa de reingresos en hospitalización tras un alta previa en el mismo hospital, en un periodo de 30 días desde el episodio inicial en pacientes menores de edad	
Numerador Número total de episodios que reingresan en hospitalización	Denominador Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 22 o 24 (quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen - La edad del paciente es mayor o igual a 18 años Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio - La edad del paciente es mayor o igual a 18 años	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes adultos	
Tasa de reingresos en hospitalización tras un alta previa en el mismo hospital, en un periodo de 30 días desde el episodio inicial en pacientes adultos	
Numerador Número total de episodios de hospitalización que reingresan a los 30 días	Denominador Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 22 o 24 (quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen - La edad del paciente es menor o igual a 17 años Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio - La edad del paciente es menor o igual a 17 años	

II.3.2. Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días

Tasa bruta de reingresos en postalta quirúrgica a los 7 días	
Tasa de reingresos en hospitalización tras un alta quirúrgica previa en el mismo hospital, en un periodo de 7 días desde el episodio inicial	
Numerador Número total de episodios quirúrgicos que reingresan a los 7 días	Denominador Número total de episodios quirúrgicos
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 22 o 24 (quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio - El GRD no es quirúrgico	

Tasa bruta de reingresos en postalta quirúrgica a los 7 días en pacientes menores de edad	
Tasa de reingresos en hospitalización tras un alta quirúrgica previa en el mismo hospital, en un periodo de 7 días desde el episodio inicial en pacientes menores de edad	
Numerador Número total de episodios quirúrgicos que reingresan a los 7 días	Denominador Número total de episodios quirúrgicos
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 22 o 24 (quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen - La edad del paciente es mayor o igual a 18 años Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio - El GRD no es quirúrgico - La edad del paciente es mayor o igual a 18 años	

Tasa bruta de reingresos en postalta quirúrgica a los 7 días en pacientes adultos	
Tasa de reingresos en hospitalización tras un alta quirúrgica previa en el mismo hospital, en un periodo de 7 días desde el episodio inicial en pacientes adultos	
Numerador Número total de episodios quirúrgicos que reingresan	Denominador Número total de episodios quirúrgicos
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 22 o 24 (quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen - La edad del paciente es menor o igual a 17 años Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio - El GRD no es quirúrgico - La edad del paciente es menor o igual a 17 años	

II.3.3. Tasa de retorno a Urgencias a las 72 horas del alta

Tasa de retorno a Urgencias a las 72 horas del alta	
Porcentaje de pacientes que retornan al servicio de Urgencias antes de las 72 horas posteriores tras el primer ingreso	
Numerador Número total de pacientes que vuelven a Urgencias	Denominador Número total de pacientes que han tenido una visita a Urgencias
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

II.3.4. Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días

Tasa bruta de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días	
Tasa de reingresos en hospitalización o CMA tras un alta de cirugía ambulatoria en el mismo hospital, en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
Numerador Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria que reingresan	Denominador Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - El episodio no tiene un tipo de alta quirúrgico - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 22 o 24 (quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio - El GRD no es quirúrgico - El episodio no es ambulatorio	

Tasa bruta de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días en pacientes menores de edad	
Tasa de reingresos en hospitalización o CMA tras un alta de cirugía ambulatoria en el mismo hospital, en un periodo de 30 días desde el episodio inicial en pacientes menores de edad	
Numerador Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria que reingresan	Denominador Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - El episodio no tiene un tipo de alta quirúrgico - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 22 o 24 (quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen - La edad del paciente es mayor o igual a 18 años Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio - El GRD no es quirúrgico - El episodio no es ambulatorio - La edad del paciente es mayor o igual a 18 años	

Tasa bruta de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días en pacientes adultos	
Tasa de reingresos en hospitalización o CMA tras un alta de cirugía ambulatoria en el mismo hospital, en un periodo de 30 días desde el episodio inicial en pacientes adultos	
Numerador	Denominador
Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria que reingresan	Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - El episodio no tiene un tipo de alta quirúrgico - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 22 o 24 (quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen - La edad del paciente es menor o igual a 17 años Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio - El GRD no es quirúrgico - El episodio no es ambulatorio - La edad del paciente es menor o igual a 17 años	

II.4. Calidad y seguridad

II.4.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

Acreditaciones y certificaciones	
Número de unidades y/o servicios que han obtenido un reconocimiento externo de calidad en las principales áreas de funcionamiento del hospital. Las unidades en las que se subdividen los centros son: hospitalización, hospital de día, consultas externas y servicios ambulatorios, bloque quirúrgico y obstétrico, urgencia, servicios centrales de diagnóstico y terapéutico, gestión del paciente, y servicios generales de soporte	
Numerador	Denominador
Número de centros con acreditación y/o certificación	Número total de centros participantes
Exclusiones Únicamente se consideran las certificaciones otorgadas por los principales organismos internacionales como ISO, European Federation of Quality Management y Joint Commission	

II.4.2. Indicadores de seguridad del paciente

Mortalidad en GRD de baja mortalidad
Mortalidad intrahospitalaria en hospitalizaciones con baja mortalidad esperada (menos del 0,5 %) en pacientes adultos
Fuente Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 02 (PSI 02) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables

Mortalidad intrahospitalaria en pacientes adultos y obstétricos de cualquier edad con complicaciones serias tratables (paro cardíaco, sepsis, neumonía, hemorragia gastrointestinal, úlcera aguda, trombosis venosa profunda o embolia pulmonar)

Fuente

Para el cálculo de este indicador, se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 04 (PSI 04) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Úlcera por presión

Úlceras por presión de estadio 3 o 4 no presentes en admisión sobre el total de altas hospitalarias, ya sean médicas o quirúrgicas, en pacientes adultos

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 03 (PSI 03) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Neumotórax iatrogénico

Ingresos por neumotórax iatrogénico (en posición diagnóstica secundaria) sobre el total de altas hospitalarias médicas en pacientes adultos

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 06 (PSI 06) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Infección sanguínea relacionada con catéter venoso central

Ingresos con infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con catéter venoso central (en posición diagnóstica secundaria) sobre el total de episodios médicos y quirúrgicos en pacientes adultos y obstétricos de cualquier edad

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 07 (PSI 07) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Fractura de cadera intrahospitalaria

Fracturas de cadera intrahospitalarias asociadas a caídas sobre el total de episodios en pacientes adultos, sin considerar pacientes obstétricos

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 08 (PSI 08) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Hematoma o hemorragia postoperatoria

Episodios de hospitalización con hemorragia o hematoma postoperatorio (en posición diagnóstica secundaria) asociados con un procedimiento para tratar la hemorragia o hematoma después de una cirugía, sobre el total de episodios quirúrgicos en pacientes adultos.

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 09 (PSI 09) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Daño agudo renal postoperatorio que requiere diálisis

Episodios hospitalarios con insuficiencia renal aguda postoperatoria (en posición diagnóstica secundaria) que requieren diálisis sobre el total de episodios quirúrgicos en pacientes adultos

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 10 (PSI 10) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Fallo respiratorio postoperatorio

Episodios hospitalarios con insuficiencia respiratoria postoperatoria (en posición diagnóstica secundaria), ventilación mecánica prolongada o casos de intubación sobre el total de episodios quirúrgicos en pacientes adultos.

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 11 (PSI 11) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda perioperatoria

Episodios con embolia pulmonar perioperatoria o trombosis venosa profunda proximal (en posición diagnóstica secundaria) sobre el total de episodios de hospitalización quirúrgicos, en pacientes adultos

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 12 (PSI 12) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Sepsis postoperatoria

Episodios hospitalarios con sepsis postoperatoria (en posición diagnóstica secundaria) sobre el total de episodios hospitalarios quirúrgicos, en pacientes adultos.

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 13 (PSI 13) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Dehiscencia de herida quirúrgica postoperatoria

Episodios hospitalarios con procedimientos de recierre postoperatorio que involucran la pared abdominal con un diagnóstico de interrupción de la operación interna de la herida, sobre el total de cirugías abdominopélvicas en pacientes adultos

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 14 (PSI 14) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Punción o laceración accidental abdominopélvica

Episodios hospitalarios con punciones o laceraciones (en posición diagnóstica secundaria) sobre el total de pacientes adultos que se han sometido a un procedimiento abdominopélvico, seguido de un procedimiento potencialmente relacionado para la evaluación o tratamiento de la punción o laceración accidental, hasta 30 días después del procedimiento abdominopélvico índice

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 15 (PSI 15) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Traumatismo obstétrico en parto vaginal instrumentado

Episodios de hospitalización con lesiones obstétricas de tercer o cuarto grado sobre el total de parto vaginales asistidos por instrumentos

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 18 (PSI 18) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Traumatismo obstétrico en parto vaginal no instrumentado

Episodios de hospitalización con lesiones obstétricas de tercer o cuarto grado sobre el total de parto vaginales, excluyendo todos los partos vaginales instrumentados

Fuente

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 19 (PSI 19) del AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

II.4.3. Ratio de intervenciones de cirugía segura (*checklist* quirúrgico)**Ratio de intervenciones con *checklist* quirúrgico**

Porcentaje de intervenciones quirúrgicas con anestesia general con *checklist* quirúrgico realizado sobre el total de intervenciones quirúrgicas.

Numerador

Número de intervenciones quirúrgicas con el *checklist* realizado

Denominador

Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas

Exclusiones

Se excluyen los registros cuya fecha de intervención quirúrgica no está dentro del año 2022

II.5. Procesos clínicos**II.5.1. Fractura de cadera****Estancia media bruta en hospitalización en pacientes con fractura de cadera**

Promedio de días que los pacientes con fractura de cadera están ingresados en hospitalización

Numerador

Número total de estancias

Denominador

Número total de episodios de hospitalización

Exclusiones

Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:

- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar Anexo I-1)
 - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital
 - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días
 - La circunstancia de admisión es desconocida
 - El GRD no es agrupable (999, 998)
 - La edad del paciente es nula

Episodios de fractura de cadera con más de 20 días de estancia hospitalaria	
Porcentaje de episodios de hospitalización por fractura de cadera con una estancia mayor a 20 días	
Numerador Número total de episodios de hospitalización con una estancia superior a 20 días	Denominador Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar Anexo I-1) - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días	

Episodios de fractura de cadera intervenidos en menos de 48 horas desde el ingreso en hospitalización	
Porcentaje de episodios de hospitalización por fractura de cadera intervenidos quirúrgicamente en menos de 48 horas desde el ingreso	
Numerador Número total de episodios intervenidos en menos de 48 h	Denominador Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar Anexo I-1) - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días - La circunstancia de admisión al hospital es urgente	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con fractura de cadera	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con trastorno de la vía biliar tras un alta previa en el mismo hospital, en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
Numerador Número total de episodios que reingresan en hospitalización	Denominador Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples. Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de trastorno de fractura de cadera (consultar Anexo I-1) - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fractura de cadera	
Porcentaje de pacientes con fractura de cadera fallecidos durante el ingreso hospitalario	
Numerador Número total de <i>exitus</i>	Denominador Número total de pacientes hospitalizados
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar Anexo I-1) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fractura de cadera pertrocanterea

Porcentaje de pacientes con fractura de cadera pertrocanterea fallecidos durante el ingreso hospitalario

Numerador
Número total de *exitus*

Denominador
Número total de pacientes hospitalizados

Exclusiones

- Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:
- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera pertrocanterea (consultar Anexo I-1.1)
 - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital
 - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fractura de cuello de fémur

Porcentaje de pacientes con fractura de cuello de fémur fallecidos durante el ingreso hospitalario

Numerador
Número total de *exitus*

Denominador
Número total de pacientes hospitalizados

Exclusiones

- Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:
- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cuello de fémur (consultar Anexo I-1.2)
 - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital
 - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fractura de cadera con prótesis sintética

Porcentaje de pacientes con fractura de cadera con prótesis sintética fallecidos durante el ingreso hospitalario

Numerador
Número total de *exitus*

Denominador
Número total de pacientes hospitalizados

Exclusiones

- Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:
- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera con prótesis sintética (consultar Anexo I-1.3)
 - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital
 - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes sin fractura de cadera sin prótesis sintética

Porcentaje de pacientes con fractura de cadera sin prótesis sintética fallecidos durante el ingreso hospitalario

Numerador
Número total de *exitus*

Denominador
Número total de pacientes hospitalizados

Exclusiones

- Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:
- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera sin prótesis sintética (consultar Anexo I-1.4)
 - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital
 - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días

II.5.2. Partos

Estancia media depurada pacientes que ingresan por parto	
Promedio de días de los episodios de parto en hospitalización	
Numerador	Denominador
Número total de estancias	Número total de episodios de parto
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de trastorno de parto (consultar Anexo I-2) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida - EL GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

Tasa de partos por cesárea	
Tasa de cesáreas realizadas sobre el total de episodios de parto	
Numerador	Denominador
Número total de cesáreas	Número total de episodios de parto
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de parto (consultar Anexo I-2) - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cesárea (consultar Anexo I-2.1)	

Tasa de partos vaginales con cesárea previa	
Porcentaje de partos vaginales en pacientes con una cesárea previa	
Numerador	Denominador
Número total de partos vaginales	Número total de episodios de parto
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de parto vaginal (consultar Anexo I-2.3) - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cesárea previa (consultar Anexo I-2.2)	

Ingresos preparto	
Porcentaje de mujeres que ingresan al hospital por un falso trabajo de parto respecto a todos los ingresos por parto	
Numerador	Denominador
Número total de partos vaginales	Número total de episodios de parto
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de parto (consultar Anexo I-2) - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de falso trabajo de parto (consultar Anexo I-2.4)	

II.5.3. Cáncer de mama

Estancia media bruta en hospitalización en pacientes con cáncer de mama	
Promedio de días que los pacientes con cáncer de mama están ingresados en hospitalización	
Numerador	Denominador
Número total de estancias	Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de mama (consultar Anexo I-3) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida - EL GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con cáncer de mama	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con cáncer de mama tras un alta previa en el mismo hospital, en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
Numerador	Denominador
Número total de episodios que reingresan en hospitalización	Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples. Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de mama (consultar Anexo I-3) - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cáncer de mama	
Porcentaje de pacientes con cáncer de mama fallecidos durante el ingreso hospitalario	
Numerador	Denominador
Número total de <i>exitus</i>	Número total de pacientes hospitalizados
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de mama (consultar Anexo I-3) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días	

Tasa bruta de ambulatorización	
Ratio de las intervenciones quirúrgica ambulatorias (CMA) sobre el total de intervenciones quirúrgicas, tanto en CMA como en hospitalización en pacientes con cáncer de mama	
Numerador Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	Denominador Número total de intervenciones quirúrgicas
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de mama (consultar Anexo I-3) - El GRD no es quirúrgico - El GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

II.5.4. Cáncer de pulmón

Estancia media depurada en hospitalización en pacientes con cáncer de pulmón	
Promedio de días que los pacientes con cáncer de pulmón están ingresados en hospitalización	
Numerador Número total de estancias	Denominador Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de pulmón (consultar Anexo I-4) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida - El GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con cáncer de pulmón	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con cáncer de pulmón tras un alta previa en el mismo hospital, en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
Numerador Número total de episodios que reingresan en hospitalización	Denominador Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples. Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de pulmón (consultar Anexo I-4) - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cáncer de pulmón	
Porcentaje de pacientes con cáncer de pulmón fallecidos durante el ingreso hospitalario	
Numerador	Denominador
Número total de <i>exitus</i>	Número total de pacientes hospitalizados
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de pulmón (consultar Anexo I-4) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días	

II.5.5. Cáncer de próstata

Estancia media depurada en hospitalización en pacientes con cáncer de próstata	
Promedio de días que los pacientes con cáncer de próstata están ingresados en hospitalización	
Numerador	Denominador
Número total de estancias	Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de próstata (consultar Anexo I-5) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida - El GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con cáncer de próstata	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con cáncer de próstata tras un alta previa en el mismo hospital, en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
Numerador	Denominador
Número total de episodios que reingresan en hospitalización	Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples. Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de próstata (consultar Anexo I-5) - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cáncer de próstata	
Porcentaje de pacientes con cáncer de próstata fallecidos durante el ingreso hospitalario	
Numerador	Denominador
Número total de <i>exitus</i>	Número total de pacientes hospitalizados
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de próstata (consultar Anexo I-5) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días	

II.5.6. Infarto agudo de miocardio

Estancia media depurada en hospitalización en pacientes con infarto agudo de miocardio	
Promedio de días que los pacientes con infarto agudo de miocardio están ingresados en hospitalización	
Numerador	Denominador
Número total de estancias	Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio (consultar Anexo I-6) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida - EL GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con infarto agudo de miocardio	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con infarto agudo de miocardio tras un alta previa en el mismo hospital, en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
Numerador	Denominador
Número total de episodios que reingresan en hospitalización	Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples. Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio (consultar Anexo I-6) - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio	
Porcentaje de pacientes con infarto agudo de miocardio fallecidos durante el ingreso hospitalario	
Numerador	Denominador
Número total de <i>exitus</i>	Número total de pacientes hospitalizados
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio (consultar Anexo I-6) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación de ST	
Porcentaje de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación de ST fallecidos durante el ingreso hospitalario	
Numerador Número total de <i>exitus</i>	Denominador Número total de pacientes hospitalizados
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio con elevación de ST (consultar Anexo I-6.2) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación de ST	
Porcentaje de pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación de ST fallecidos durante el ingreso hospitalario	
Numerador Número total de <i>exitus</i>	Denominador Número total de pacientes hospitalizados
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (consultar Anexo I-6.3) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días	

Tasa de ACP primarias	
Tasa de ACP primarias realizadas sobre el total de episodios con infarto agudo de miocardio	
Numerador Número total de episodios con ACP primarias	Denominador Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de ACP primarias (consultar Anexo I-6.1)	

II.5.7. Trastornos de la vía biliar con tratamiento quirúrgico

Estancia media depurada en hospitalización en pacientes con trastorno de la vía biliar	
Promedio de días que los pacientes con trastorno de la vía biliar están ingresados en hospitalización	
Numerador Número total de estancias	Denominador Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de trastorno de la vía biliar quirúrgico (consultar Anexo I-7) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor a 1 o mayor a 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida - El GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con trastorno de la vía biliar	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con trastorno de la vía biliar tras un alta previa en el mismo hospital, en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
Numerador Número total de episodios que reingresan en hospitalización	Denominador Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - La circunstancia de admisión no es urgente - La CDM es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples. Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de trastorno de la vía biliar quirúrgico (consultar Anexo I-7) - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio	

Tasa bruta de ambulatorización	
Ratio de las intervenciones quirúrgica ambulatorias (CMA) sobre el total de intervenciones quirúrgicas, tanto en CMA como en hospitalización en pacientes con trastorno de la vía biliar	
Numerador Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	Denominador Número total de intervenciones quirúrgicas
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de trastorno de la vía biliar quirúrgico (consultar Anexo I-7) - El GRD no es quirúrgico - El GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

II.5.8. Cataratas

Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas	
Porcentaje de episodios de cirugía de cataratas, tanto de hospitalización como ambulatorios, que reingresan por una complicación en un periodo máximo de 3 días desde el episodio inicial	
Numerador Número total de episodios que reingresan	Denominador Número total de episodios de cirugía de cataratas
Exclusiones Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de complicación de cirugía de cataratas (consultar Anexo I-8.1) - La circunstancia de admisión no es urgente Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cirugía de cataratas (consultar Anexo I-8) - La circunstancia de alta es <i>exitus</i> o traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio	

II.6. Indicadores de fertilidad

II.6.1. Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos

Gestaciones con ovocitos propios frescos	
Porcentaje de gestaciones con ovocitos propios frescos sobre el total de ciclos realizados	
Numerador Número de gestaciones	Denominador Número total de ciclos iniciados
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

Partos con ovocitos propios frescos	
Porcentaje de partos con ovocitos propios frescos sobre el total de ciclos realizados	
Numerador Número de partos	Denominador Número total de ciclos iniciados
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

II.6.2. Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados

Gestaciones con ovocitos propios congelados	
Porcentaje de gestaciones con ovocitos propios congelados sobre el total de ciclos realizados	
Numerador Número de gestaciones	Denominador Número total de ciclos iniciados
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

Partos con ovocitos propios congelados	
Porcentaje de partos con ovocitos propios congelados sobre el total de ciclos realizados	
Numerador Número de partos	Denominador Número total de ciclos iniciados
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

II.6.3. Gestaciones con ovocitos donados frescos

Gestaciones con ovocitos donados frescos	
Porcentaje de gestaciones con ovocitos donados frescos sobre el total de ciclos realizados	
Numerador Número de gestaciones	Denominador Número total de ciclos iniciados
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

Partos con ovocitos donados frescos	
Porcentaje de partos con ovocitos donados frescos sobre el total de ciclos realizados	
Numerador Número de partos	Denominador Número total de ciclos iniciados
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

II.6.3. Gestaciones con ovocitos donados congelados

Gestaciones con ovocitos donados congelados	
Porcentaje de gestaciones con ovocitos donados congelados sobre el total de ciclos realizados	
Numerador Número de gestaciones	Denominador Número total de ciclos iniciados
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

Partos con ovocitos donados congelados	
Porcentaje de partos con ovocitos donados congelados sobre el total de ciclos realizados	
Numerador Número de partos	Denominador Número total de ciclos iniciados
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

II.7. Indicadores de diálisis

II.7.1. Tasa bruta de mortalidad en diálisis

Tasa bruta de mortalidad	
Tasa de mortalidad entre los pacientes con indicación de hemodiálisis	
Numerador Número de muertes en pacientes con indicación de hemodiálisis	Denominador Número total de pacientes con indicación de hemodiálisis
Exclusiones Se descartan los registros correspondientes a los pacientes con un tiempo de tratamiento menor a 9 meses durante el año 2022	

II.7.2. Porcentaje de pacientes con KT/V objetivo

Porcentaje de pacientes con KT/V objetivo	
Porcentaje de pacientes con el spkt/v medio superior a 1,3 durante el año 2022 sobre el total de pacientes con indicación de hemodiálisis	
Numerador Número de pacientes con un valor medio de spkt/v superior a 1,3	Denominador Número total de pacientes con indicación de hemodiálisis
Exclusiones Se descartan los registros correspondientes a los pacientes con un tiempo de tratamiento menor a 9 meses durante el año 2022	

II.7.3. Porcentaje de pacientes con albúmina > 3,5 g/dl

Porcentaje de pacientes con albúmina mayor a 3,5g/dl	
Porcentaje de pacientes con un nivel de albúmina sérica mayor a 3,5 g/dl durante el año 2022 sobre el total de pacientes con indicación de hemodiálisis	
Numerador Número de pacientes con un nivel de albúmina sérica mayor a 3,5 g/dl	Denominador Número total de pacientes con indicación de hemodiálisis
Exclusiones Se descartan los registros correspondientes a los pacientes con un tiempo de tratamiento menor a 9 meses durante el año 2022	

II.7.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga

Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga	
Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa (FAV) autóloga sobre el total de pacientes con indicación de hemodiálisis	
Numerador Número de pacientes con FAV autóloga	Denominador Número total de pacientes con indicación de hemodiálisis
Exclusiones Se descartan los registros correspondientes a los pacientes con un tiempo de tratamiento menor a 9 meses durante el año 2022	

Anexo III – Relación de participantes

III.1. Centros hospitalarios y clínicas participantes

Listado de centros hospitalarios y clínicas participantes en el Estudio RESA 2023:

IMQ

- Clínica IMQ Zorrotzaurre
- Clínica IMQ Virgen Blanca

Grupo Hospitales Católicos de Madrid

- Hospital Universitario San Francisco de Asís

Grupo Ribera Salud

- Hospital Universitario del Vinalopó
- Hospital de Denia
- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital Ribera Povisa
- Hospital de Molina

Orden hospitalaria de San Juan de Dios

- Hospital San Juan de Dios Córdoba
- Hospital San Juan Grande Jerez
- Hospital San Rafael Madrid
- Hospital San Juan de Dios Tenerife

Grupo hospitalario HLA

- Hospital Mediterráneo
- Clínica Montpellier
- Clínica Perpetuo Socorro
- Clínica Santa Isabel

- Clínica Vistahermosa

- Hospital El Ángel

- Hospital Inmaculada

- Hospital Jerez Puerta del Sur

- Hospital La Vega

- Hospital Moncloa

Grupo HM Hospitales

- HM Sanchinarro

- HM Madrid

- HM Puerta del Sur

- HM Montepíncipe

- HM Vallés

- HM Torreldones

- HM Nuevo Belén

- HM Nou Delfos

- HM Nens

- HM Modelo

- HM Rosaleda

- HM Regla

- HM San Francisco

- HM Gálvez

- HM Rivas

- Hospital HM La Esperanza

Grupo Hospiten

- Hospital Universitario Hospiten Bellevue
- Hospital Universitario Hospiten Sur
- Hospital Universitario Hospiten Rambla
- Hospiten Lanzarote
- Hospiten Roca
- Hospiten Estepona
- MD Anderson Cancer Center Madrid

Grupo Quirónsalud

- Hospital Universitario La Luz
- Hospital Quirónsalud Tenerife
- Hospital EL Pilar
- Hospital Quirónsalud Barcelona
- Hospital Universitari Dexeus
- Hospital Universitari General de Catalunya
- Hospital Quirónsalud Bizkaia
- Hospital Quirónsalud Bizkaia
- Hospital Quirónsalud Ciudad Real
- Hospital Quirónsalud Clideba
- Hospital Ruber Internacional
- Hospital Quirónsalud Sur
- Hospital Quirónsalud Toledo
- Hospital Quirónsalud Torrevieja
- Hospital Quirónsalud Infanta Luisa
- Hospital Quirónsalud Lugo
- Hospital Quirónsalud Costa Adeje
- Hospital Quirónsalud Campo de Gibraltar
- Hospital Quirónsalud Córdoba

- Hospital Quirónsalud del Vallés
- Hospital Quirónsalud Miguel Domínguez
- Hospital Quirónsalud Huelva
- Hospital Universitario Quirónsalud Madrid
- Hospital Quirónsalud Málaga
- Hospital Universitari Sagrat Cor
- Hospital Quirónsalud Cáceres
- Hospital Quirónsalud Son Verí
- Hospital Quirónsalud Valencia
- Hospital Quirónsalud Zaragoza
- Hospital Quirónsalud Albacete
- Hospital Ruber Juan Bravo
- Hospital Quirónsalud Santa Cristina
- Hospital Quirónsalud Vitoria
- Hospital Quirónsalud Murcia
- Hospital Quirónsalud Palmaplanas
- Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón
- Hospital Quirónsalud San José
- Hospital Quirónsalud Marbella
- Hospital Quirónsalud A Coruña
- Hospital Quirónsalud Valle del Henares - Torrejón de Ardoz
- Hospital Digital Quirónsalud
- Hospital Quirónsalud Santa Justa

Grupo Recoletas

- Hospital Recoletas Zamora
- Hospital Recoletas Campo Grande
- Hospital Recoletas Palencia

- Hospital Recoletas Felipe II
- Hospital Recoletas Cuenca
- Hospital Recoletas Burgos
- Hospital Recoletas Segovia

Sanitas

- Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela
- Hospital Universitario Sanitas La Moraleja
- Hospital Universitario Sanitas Virgen del Mar
- Hospital Sanitas CIMA

Grupo Viamed Salud

- Hospital Viamed Bahía de Cádiz
- Hospital Viamed San José
- Hospital Viamed Fuensanta
- Hospital Viamed Santa Elena
- Hospital Viamed Monegal
- Hospital Viamed Los Manzanos
- Hospital Viamed Montecanal
- Hospital Viamed Novo Sancti Petri
- Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz
- Hospital Viamed Santiago

Grupo Vithas

- Vithas Alicante
- Vithas Medimar
- Vithas Almería

- Vithas Castellón
- Vithas Las Palmas
- Vithas Granada
- Vithas Sevilla
- Vithas Lleida
- Vithas Madrid La Milagrosa
- Vithas Madrid Aravaca
- Vithas Madrid Arturo Soria
- Vithas Málaga
- Vithas Xanit Internacional
- Vithas Vigo
- Vithas Valencia 9 de octubre
- Vithas Aguas Vivas
- Vithas Valencia Consuelo
- Vithas Vitoria
- Vithas Tenerife

Otros

- Hospital Perpetuo Socorro
- Policlínica Comarcal de El Vendrell
- Hospital San Roque

III.2. Centros ambulatorios participantes

Listado de centros ambulatorios participantes en el Estudio RESA 2023:

Grupo HM Hospitales

- Policlínico HM Santander
- Policlínico HM Cruz Verde Alcalá de Henares
- Policlínico HM IMI Toledo
- Policlínico HM La Paloma Torrejón de Ardoz
- Policlínico HM Las Tablas
- Policlínico HM Arapiles
- Policlínico HM Getafe
- HM Gabinete Médico Velázquez
- Centro Médico HM La Paloma Hilados
- Policlínico HM Sanchinarro
- Policlínico HM Moraleja
- Policlínico HM Distrito Telefónica
- Policlínico HM Sant Andreu
- Policlínico HM Collblanc
- Policlínico HM Viladecans
- Policlínico HM Belén-Coruña
- Policlínico HM Matogrande A Coruña
- Policlínico HM Rosaleda Lalín

Grupo Quirónsalud

- Centre Mèdic Quirónsalud Aribau
- Clínica Quirónsalud Alcázar
- Centre Mèdic Quirónsalud Digest
- Galenus Centre de Salut
- Hospital de Día Quirónsalud Talavera

- Centro Médico Quirónsalud Alicante
- Olympia
- Policlínica Gipuzkoa
- Centro Médico Quirónsalud Valle del Henares - Alcalá de Henares
- Centro Médico Quirónsalud Almendralejo
- Centro Médico Quirónsalud Don Benito
- Clínica Rotger
- Hospital de Día Quirónsalud Donostia
- Centro Médico Quirónsalud Tres Cantos
- Centro Médico Teknon
- Instituto Extremeño de Reproducción Asistida (I.E.R.A.)
- Quirónprevención
- Instituto de Neurorehabilitación Quirónsalud Pontevedra
- Centro de Protonterapia
- Health Diagnostic
- Centro de Especialidades Pontones
- Centros Médicos QuirónSalud Baleares

Grupo Recoletas

- Clínica Ponferrada
- Centro Médico Recoletas Benavente
- Centro Médico Recoletas VEA
- Centro Médico Novotécnica
- Centro Médico La Marquesina

- Centro Médico Recoletas Guardo
- Centro Médico Recoletas Angustias
- Centro Médico Recoletas Jardín Botánico
- Centro Médico Recoletas Avda. Castilla (PAL)
- Centro Médico Recoletas Cervantes
- Centro Médico Recoletas Paracelso
- Vida-Unidad de la Mujer Recoletas
- Centro Médico Recoletas Calzadas
- Centro Diagnóstico Burgos
- Centro Diagnóstico Cuenca
- Centro Diagnóstico Felipe II
- Centro Diagnóstico Campo Grande
- Centro Diagnóstico Zamora
- Centro Diagnóstico Segovia
- Recoletas Laboratorios Clínicos SL

Sanitas

- Centro médico Sanitas Alcorcón
- Centro médico Sanitas Conde Duque
- Centro médico Sanitas Las Rozas
- Centro médico Sanitas Reina Victoria
- Centro médico Sanitas Alcobendas
- Centro médico Sanitas Costa Rica
- Centro médico Sanitas Valdebebas
- Centro médico Sanitas Nicasio Gallego
- Centro médico Sanitas Núñez de Balboa
- Centro médico Sanitas Imperial Tarraco
- Centro médico Sanitas Robresa
- Centro médico Sanitas Balmes

Fresenius Medical Care

- 48 centros de Fresenius Medical Care

III.3. Información de la Sociedad Española de Fertilidad

La información sobre los 311 centros de reproducción asistida ha sido recogida por la Sociedad Española de Fertilidad.

III.4. Comité de Expertos

El comité de expertos del Estudio RESA 2023 está formado por:

- Agustín Albarracín Serra, QuirónSalud
- María Eva Baro, Fresenius Medical Care
- Joaquín José Carreño Glaria, HLA
- Elena Casado Sanz, HM Hospitales
- Paloma Fernández Rodríguez, Hospitales Católicos de Madrid
- Sonia Gutierrez Gabriel, Sanitas
- Nicolás Guerra, IMQ
- Rafael Navalón Cebrian, QuirónSalud
- Pedro Domingo Pérez González, HLA
- Maria Fernanda Ramos, HM Hospitales
- Marta Sánchez Trigo, HLA
- Elena Seral, Orden Hospitalaria San Juan de Dios

III.5. Responsables del estudio

El equipo responsable de llevar a cabo el Estudio RESA 2023 está formado por profesionales de la Fundación IDIS y de IQVIA.

Coordinación:

Marta Villanueva, directora general de la Fundación IDIS.

- Fernando Mugarza, Fundación IDIS
- Mayte Segura, Fundación IDIS
- Ana Pérez, IQVIA
- Carles Illa, IQVIA
- Deborah Kukielka, IQVIA
- Jordi Domínguez, IQVIA
- Lucía González, IQVIA
- Sara Olson, IQVIA
- Sandra Segarra, IQVIA



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad

Calle Magallanes, 34
Local comercial
28015 Madrid

91 790 67 56

91 790 68 69

info@fundacionidis.com



fundacionidis.com