

Estudio

RESA 2025

Indicadores de resultados sanitarios en la sanidad privada



Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad

Estudio

RESA 2025

Indicadores de resultados sanitarios
en la sanidad privada

Estudio RESA 2025. *Indicadores de resultados sanitarios en la sanidad privada* es propiedad intelectual del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación IDIS). Documento elaborado por IQVIA.

Fecha de publicación: noviembre de 2025.

ÍNDICE

Introducción	7
Resumen ejecutivo	9
1. Objetivos del estudio.	12
2. Metodología.	14
2.1. Participantes.	15
2.2. Periodo de datos.	15
2.3. Bases de datos	15
2.4. Datos recibidos.	16
2.5. Datos analizados	16
2.6. Depuración de datos.	17
2.7. Actualizaciones metodológicas.	18
2.7.1. Actualización de indicadores	18
2.8. Interpretación de gráficos de variabilidad	21
2.9. Análisis comparativo de resultados	22
3. Resultados	23
3.1. Accesibilidad en la atención sanitaria	24
3.1.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	24
3.1.2. Tiempo medio de entrega del informe de pruebas complementarias	25
3.1.3. Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio	26
3.1.4. Tiempo medio de entrega del informe de laboratorio	27
3.1.5. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista	28
3.1.5.1. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista por tipo de consulta	29
3.1.6. Tiempo medio de espera quirúrgica	31
3.1.7. Tiempo medio de asistencia en urgencias	32
3.1.8. Presión de urgencias	33
3.1.9. Tasa de urgencias ingresadas	34
3.2. Eficiencia	35
3.2.1. Estancia media	35
3.2.2. Estancia media prequirúrgica	37
3.2.3. Tasa de ambulatorización	38
3.3. Resolución asistencial	39
3.3.1. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	39
3.3.2. Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días	40
3.3.3. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta	41
3.3.4. Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días	42
3.4. Calidad y seguridad	43
3.4.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	43
3.4.2. Indicadores de seguridad del paciente	44
3.4.3. Tasa de intervenciones de cirugía segura (<i>checklist</i> quirúrgico)	46
3.5. Productividad	47
3.5.1. Índice de rotación de camas	47
3.5.2. Tasa de ocupación de camas	48
3.5.3. Pruebas diagnósticas de imagen por máquina	49
3.6. Cronicidad	50
3.6.1. Porcentaje de estancias hospitalarias debidas a enfermedades crónicas	50
3.6.2. Estancia media hospitalaria de las enfermedades crónicas	51
3.6.3. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	52
3.6.4. Tasa de mortalidad intrahospitalaria	53
3.7. Atención a los tumores malignos	54
3.7.1. Frecuentación hospitalaria	54
3.7.2. Tumores malignos más frecuentes en hospitalización	55
3.7.3. Estancia media en hospitalización	56
3.7.4. Tasa de mortalidad intrahospitalaria	57

3.8.	Procesos clínicos	59
3.8.1.	Fractura de cadera	59
3.8.1.1.	Gestión de estancias	59
3.8.1.2.	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	61
3.8.1.3.	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	62
3.8.2.	Partos	64
3.8.2.1.	Estancia media	64
3.8.2.2.	Tasa de partos por cesárea	65
3.8.2.3.	Tasa de partos vaginales con cesárea previa	67
3.8.3.	Cáncer de mama	69
3.8.3.1.	Estancia media	69
3.8.3.2.	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	70
3.8.3.3.	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	71
3.8.3.4.	Tasa de ambulatorización	72
3.8.4.	Cáncer de pulmón	73
3.8.4.1.	Estancia media	73
3.8.4.2.	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	74
3.8.4.3.	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	75
3.8.5.	Cáncer de próstata	76
3.8.5.1.	Estancia media	76
3.8.5.2.	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	77
3.8.5.3.	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	78
3.8.6.	Cáncer de colon	79
3.8.6.1.	Estancia media	79
3.8.6.2.	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	80
3.8.6.3.	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	81
3.8.7.	Infarto agudo de miocardio	82
3.8.7.1.	Estancia media	82
3.8.7.2.	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	83
3.8.7.3.	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	84
3.8.7.4.	Tasa de angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria	85
3.8.8.	Hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico	86
3.8.8.1.	Estancia media	86
3.8.8.2.	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	87
3.8.8.3.	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	88
3.8.8.4.	Tasa de ambulatorización	89
3.8.9.	Cataratas	90
3.8.9.1.	Tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía	90
3.9.	Fertilidad	91
3.9.1.	Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos	91
3.9.2.	Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados	92
3.9.3.	Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos	93
3.9.4.	Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados	94
3.10.	Indicadores de diálisis	95
3.10.1.	Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis	95
3.10.2.	Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo	96
3.10.3.	Porcentaje de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl	97
3.10.4.	Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga	98
4.	Conclusiones	99
5.	Anexos	101
Anexo I.	Definición de los procesos clínicos	102
I.1.	Enfermedades crónicas	102
I.2.	Tumores malignos	103
I.3.	Seguridad del paciente	103
I.3.1.	Infecciones nosocomiales	103
I.4.	Fractura de cadera	104
I.4.1.	Fractura de cadera pertrocantérea	104
I.4.2.	Fractura de cuello de fémur	105
I.4.3.	Fractura de cadera con prótesis sintética	105
I.4.4.	Fractura de cadera sin prótesis sintética	105

I.5.	Partos	106
I.5.1.	Cesáreas	106
I.5.2.	Parto de bajo riesgo	106
I.5.3.	Cesáreas previas	107
I.5.4.	Parto vaginal	107
I.5.5.	Falso trabajo de parto	108
I.6.	Cáncer de mama	108
I.7.	Cáncer de pulmón	108
I.8.	Cáncer de próstata	109
I.9.	Cáncer de colon	109
I.10.	Infarto agudo de miocardio	110
I.10.1.	Angioplastia coronaria transluminal percutánea	110
I.10.2.	Infarto agudo de miocardio con elevación de ST	110
I.10.3.	Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST	111
I.11.	Hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico	111
I.12.	Cataratas	111
I.12.1.	Complicaciones de la cirugía de cataratas	112
Anexo II.	Detalle de los indicadores	113
II.1.	Accesibilidad en la atención sanitaria	113
II.1.1.	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	113
II.1.2.	Tiempo medio de entrega del informe de pruebas complementarias	114
II.1.3.	Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio	114
II.1.4.	Tiempo medio de entrega del informe de laboratorio	115
II.1.5.	Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista	115
II.1.6.	Tiempo medio de espera quirúrgica	117
II.1.7.	Tiempo medio de asistencia en urgencias	117
II.1.8.	Accesibilidad en urgencias	117
II.2.	Eficiencia	118
II.2.1.	Estancia media	118
II.2.2.	Estancia media prequirúrgica	118
II.2.3.	Tasa de ambulatorización	119
II.3.	Resolución asistencial	120
II.3.1.	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	120
II.3.2.	Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días	122
II.3.3.	Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta	123
II.3.4.	Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días	123
II.4.	Calidad y seguridad	125
II.4.1.	Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	125
II.4.2.	Indicadores de seguridad del paciente	125
II.4.3.	Tasa de intervenciones de cirugía segura (<i>checklist</i> quirúrgico)	128
II.4.4.	Tasa de infecciones nosocomiales	128
II.5.	Productividad	128
II.5.1.	Gestión de camas	128
II.5.2.	Pruebas diagnósticas por máquina	129
II.6.	Cronicidad	129
II.7.	Atención a los tumores malignos	130
II.8.	Procesos clínicos	131
II.8.1.	Fractura de cadera	131
II.8.2.	Partos	134
II.8.3.	Cáncer de mama	135
II.8.4.	Cáncer de pulmón	136
II.8.5.	Cáncer de próstata	137
II.8.6.	Cáncer de colon	138
II.8.7.	Infarto agudo de miocardio	139
II.8.8.	Hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico	141
II.8.9.	Cataratas	143
II.9.	Indicadores de fertilidad	143
II.9.1.	Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos	143
II.9.2.	Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados	144
II.9.3.	Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos	144
II.9.4.	Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados	145

II.10. Indicadores de diálisis	145
II.10.1. Tasa bruta de mortalidad en diálisis	145
II.10.2. Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo	145
II.10.3. Porcentaje de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl	146
II.10.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga	146
Anexo III. Relación de participantes	147
III.1. Centros hospitalarios y clínicas participantes	147
III.2. Centros ambulatorios participantes	150
III.3. Información de la Sociedad Española de Fertilidad	152
III.4. Comité de expertos	152
III.5. Responsables del estudio	153

INTRODUCCIÓN

Esta XI edición del Estudio RESA afianza la apuesta de la Fundación IDIS y de sus patronos por la transparencia y la calidad asistencial. A través de la medición de indicadores asistenciales de los actores de la sanidad privada, podemos conocer y compartir los aspectos positivos, pero también identificar áreas de mejora, razón por la cual llevamos ya desde 2011 trabajando en esta dirección.

El informe proporciona un análisis exhaustivo de la calidad asistencial y de su impacto en los pacientes, facilita datos sobre los estándares de los centros asistenciales y pone en valor la contribución de la sanidad privada en el ámbito sanitario de nuestro país.

Mantenemos nuestro propósito de que el Estudio RESA sirva como herramienta para identificar oportunidades de mejora continua y para promover la excelencia en la atención sanitaria a través de datos concretos y comparables, con el fin de garantizar una atención de calidad y centrada en el paciente en todos los niveles asistenciales.

La incorporación de nuevos indicadores de procesos, la revisión de la metodología de los ya existentes, junto con la robustez de los datos aportados, refuerzan el valor de este informe para todos los participantes en el sistema de salud. Así, el Estudio RESA se está consolidando como uno de los informes de referencia sobre la sanidad privada. En esta edición, el estudio ha alcanzado un récord de participación, con 624 centros (148 hospitales, 140 centros de día y 336 centros de fertilidad), lo que refleja el esfuerzo por mejorar la calidad de los datos que se presentan año tras año.

Se han recopilado datos detallados de la sanidad privada a nivel nacional, entre ellos más de 1,3 millones de altas de hospitalización y cirugía mayor ambulatoria, 6,5 millones de visitas a urgencias, 6 millones de consultas externas y 20 millones de pruebas de laboratorio, entre otros. En conjunto, se han analizado 40 millones de registros que ofrecen una visión integral de la actividad asistencial en la sanidad privada.

Como resultado del trabajo de los centros, se presentan 146 indicadores organizados según el área de la sanidad privada de la que informan: accesibilidad, eficiencia, seguridad del paciente, resolución asistencial, fertilidad, diálisis, productividad, procesos clínicos específicos, cronicidad y atención a los tumores malignos.

En cada nueva edición, el Estudio RESA evoluciona para ofrecer una visión más completa y enriquecedora de la sanidad privada. En este sentido, se han incorporado dos nuevos módulos: el módulo de Cronicidad y el módulo de Atención a los tumores malignos.

Asimismo, se ha incluido también un módulo de Productividad para proporcionar una visión objetiva de la gestión de los servicios, porque evaluar la eficiencia es fundamental para garantizar la calidad de la atención médica y el uso óptimo de los recursos disponibles. Esto se debe a que, en la sanidad privada, la productividad constituye un pilar para ofrecer una atención rápida, eficiente y precisa a los pacientes. A este respecto, se incluyen indicadores relacionados con la gestión de camas, como el índice de rotación de camas –con una media global de 56 altas por cama al año–, y también se reflejan indicadores sobre pruebas de radiodiagnóstico realizadas por cada máquina en funcionamiento. Como ejemplo, las máquinas con un número mayor de pruebas realizadas son las de resonancia magnética, con 16,5 pruebas diarias realizadas.

Los indicadores que nos muestra el Estudio RESA permiten transformar los datos en conocimiento y el conocimiento en mejoras tangibles. Junto con la innovación y la excelencia, esta capacidad de mejora está generando unos resultados excelentes en todas las áreas de la sanidad privada que se han analizado, incluso aunque el volumen de pacientes atendidos crezca cada año.

Quiero destacar que este informe es ya una referencia en nuestro país que permite comprender el esfuerzo del sector sanitario privado por la mejora continua, su

compromiso con el paciente y su aportación al sistema sanitario.

Os invito a revisar este Estudio RESA 2025: pone de relieve la relevante contribución de una sanidad privada que está evolucionando para ofrecer asistencia sanitaria de amplio

espectro, que incluya no solo la curación, sino también la prevención, la atención a la cronicidad y el bienestar físico y mental.

Iñaki Peralta

Presidente de la Fundación IDIS

RESUMEN EJECUTIVO

El Estudio RESA se consolida como una herramienta de referencia en el análisis de la sanidad privada, demostrando año tras año su compromiso con la transparencia y la calidad. En esta edición 2025, el estudio alcanza un récord de **participación con 624 centros** (148 hospitales, 140 centros ambulatorios y 336 centros de fertilidad), lo que refleja la confianza y el esfuerzo continuo por mejorar los resultados presentados.

El incremento en la participación ha permitido un notable crecimiento en la muestra de datos analizada, con un aumento del 125 % respecto a la edición anterior. Se han recopilado datos detallados de la sanidad privada a nivel estatal, incluyendo más de 1,3 millones de altas de hospitalización y cirugía mayor ambulatoria, 6,5 millones de visitas a urgencias, 6 millones de consultas externas, 20 millones de pruebas de laboratorio, 3 millones de pruebas de radiodiagnóstico y más de 100.000 ciclos de fertilidad. En total, se han analizado **40 millones de registros** que ofrecen una visión integral de la actividad asistencial en la sanidad privada.

Medir es el primer paso hacia la mejora, y el Estudio RESA es un claro ejemplo de esta premisa. Cada nueva edición del informe evoluciona para ofrecer una visión más completa y enriquecedora de la sanidad privada. En este sentido, se trabaja hacia la excelencia, la cooperación y la mejora del sistema sanitario en su conjunto, alineando sus indicadores con los estándares utilizados en la sanidad pública, especialmente los definidos por los **observatorios de salud**. Por ello, varios de los indicadores se han adaptado metodológicamente para lograr una comparabilidad real.

El Estudio RESA 2025 apuesta por una cultura de evaluación rigurosa, que permite identificar oportunidades de transformación y avanzar hacia una atención más centrada en el paciente. Para ello, se incorporan dos nuevos módulos: el módulo de **Cronicidad**, que expone diversos indicadores relativos a pacientes con enfermedades crónicas, y el módulo de **Atención a los tumores malignos**, que incluye un conjunto de indicadores centrados en los pacientes con tumores malignos.

Evaluar la eficiencia en la sanidad privada es fundamental para garantizar la calidad de la atención médica y el uso óptimo de los recursos disponibles. Esta edición 2025 incluye un nuevo módulo de **Productividad**, que proporciona una visión objetiva de la gestión de los servicios de salud, permitiendo identificar áreas de mejora, optimizar procesos y promover la eficacia para alcanzar una atención más efectiva, eficiente y sostenible, tanto para los profesionales de salud como para los pacientes.

Este año el Estudio RESA 2025 incorpora, además, un análisis de **significancia estadística** que permite obtener con precisión las diferencias entre los resultados de la presente edición y la anterior. La aplicación de este análisis contribuye a una evaluación más profunda y fidedigna de las variaciones y mejoras en los indicadores.

En total, **se presentan 146 indicadores** organizados según el área de la sanidad privada de la que informan: accesibilidad, eficiencia, seguridad del paciente, resolución asistencial, fertilidad, diálisis, productividad, procesos clínicos específicos, cronicidad y atención a los tumores malignos. Estos indicadores permiten evaluar de manera integral el desempeño de la sanidad privada en diversos aspectos clave. A continuación se detalla el análisis de cada uno de estos ámbitos.

Dentro del ámbito de la atención médica, la **accesibilidad** es un factor esencial que influye directamente en la calidad y prontitud con la que los pacientes acceden a los servicios médicos. En este contexto, se observa un ligero aumento en el tiempo de espera para la citación de pruebas de imagen, aunque se mantiene en línea con los resultados observados en pasadas ediciones. En cuanto al tiempo de espera para pruebas de laboratorio, se mantiene en todos los tipos de pruebas por debajo de 2 días. En ambos tipos de pruebas los pacientes disponen de los informes de resultados con brevedad, a menudo, en 1 día o menos.

Se observa una tendencia estable en los tiempos de espera para consultas externas con un especialista, que oscilan entre 10 y 20 días. Destaca la dermatología, una

especialidad que tradicionalmente se ha caracterizado por largos periodos de espera, y que ha disminuido prácticamente 4 días respecto al año pasado. En el informe se explican en detalle los tiempos de espera según la modalidad de consulta realizada, así como el impacto de las consultas semipresenciales en ellos.

El tiempo medio de espera en intervenciones quirúrgicas programadas presenta un notable descenso respecto al año pasado, de casi 10 días, y se sitúa en 15,5 días de media. Estos resultados reflejan una atención más oportuna y efectiva para los pacientes.

El rápido acceso a la atención urgente es crucial para garantizar una buena atención médica en pacientes especialmente vulnerables. Los datos muestran un descenso en los tiempos medios de espera para triaje y asistencia en urgencias, siendo de 6 y 18 minutos, respectivamente.

Siguiendo en los resultados de urgencias, esta edición 2025 presenta dos indicadores nuevos: presión de urgencias y urgencias ingresadas. El número de hospitalizaciones con admisión urgente es del 46,9 %, y la tasa de urgencias ingresadas es del 5,4 %.

Además de accesible, la sanidad privada destaca por su **eficiencia asistencial**. La estancia media en hospitalización se mantiene muy estable respecto a ediciones anteriores, por debajo de los 3 días de media.

Si vamos un paso más allá y analizamos la eficiencia de la sanidad en cuanto a **bienestar del paciente y recursos del hospital**, se observa que la estancia media prequirúrgica es aún menor, de 0,3 días. Además, la tasa de ambulatorización aumenta hasta el 54,4 %, lo que significa que más de la mitad de los pacientes que han requerido de intervención quirúrgica no han tenido que pernoctar en el hospital.

En la sanidad privada la capacidad de **resolución asistencial** ha sido un atributo distintivo y de constante mejora a lo largo de los últimos años. Al final, el objetivo de toda asistencia sanitaria es la obtención de unos resultados óptimos para los pacientes, y uno de los indicadores más explicativos de ello es la tasa de reingresos.

Se ha evaluado la tasa de reingresos en distintos contextos, y en todos ellos se observan unos resultados positivos. La tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta es del 5,0 %, la tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días es del 1,3 %, la tasa de reingresos postcirugía ambulatoria a los 30 días es del 0,5 % y la tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta es del 3,1 %.

La **seguridad y calidad** en la atención médica son pilares fundamentales para resguardar la integridad de los pacientes y garantizar un servicio adecuado. Por ello, el Estudio RESA evalúa minuciosamente estos aspectos a través de indicadores como la acreditación y certificación de unidades hospitalarias. Estos indicadores certifican el cumplimiento de estrictos estándares de calidad, asegurando una atención segura que se ve reflejada en los resultados obtenidos en este informe.

El informe también abarca indicadores relativos a los PSI (*Patient Safety Indicators*) establecidos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), que sirven para identificar y medir la incidencia de complicaciones prevenibles con el fin de mejorar la seguridad y efectividad de la atención médica. Los resultados obtenidos en todos ellos muestran una baja incidencia, en su mayoría por debajo del 1 %, que demuestran el desempeño en la implementación de buenas prácticas en la sanidad privada.

El *checklist* quirúrgico es una herramienta crucial en el ámbito de la cirugía, diseñada para garantizar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos y que ha demostrado ser una práctica eficaz para alcanzar estándares de seguridad en el quirófano. En la sanidad privada prácticamente el 95 % de las cirugías tienen un *checklist* quirúrgico realizado, evidencia de los estándares de calidad en los que trabaja.

En la sanidad privada la **productividad** se erige como un pilar fundamental en la búsqueda constante de la mejora y el beneficio para el paciente. A través de una gestión eficiente de los recursos y procesos, se ofrece una atención médica de calidad, ágil y personalizada que responda de manera efectiva a las necesidades de cada paciente.

El Estudio RESA 2025 incluye indicadores relacionados con la gestión de camas, como el índice de rotación de camas, con una media global de 56 altas por cama al año. Este dato se traduce en una tasa de ocupación de camas del 55,4 %, reflejando que más de la mitad de los días estas camas se encuentran ocupadas.

También se incluyen indicadores referentes a las pruebas de radiodiagnóstico realizadas por cada máquina en funcionamiento. Las máquinas con un número mayor de pruebas realizadas son las de resonancia magnética, con 16,5 pruebas diarias realizadas, seguidas de las tomografías computarizadas, con 14,6, y las mamografías, con 10,3. Estos resultados subrayan el compromiso de la sanidad privada en ofrecer una atención eficiente, rápida y precisa a los pacientes.

En el manejo de la **cronicidad**, es fundamental garantizar la prestación de servicios sanitarios promoviendo la colaboración de equipos interdisciplinarios. El Estudio RESA 2025, que busca potenciar la atención médica centrada en el paciente, incorpora un nuevo módulo que se enfoca en aquellos pacientes que acuden al hospital por enfermedades crónicas.

Los pacientes con enfermedades crónicas representan aproximadamente uno de cada tres ingresos hospitalarios, y uno de cada cinco en cirugía mayor ambulatoria. Son pacientes que, por su condición, necesitan de estancias hospitalarias más largas, alrededor de los 4,6 días. Su tasa de reingresos a hospitalización a los 30 días del alta se sitúa en un 6 %, y su mortalidad intrahospitalaria es del 2,7 %.

La nueva edición del Estudio RESA incorpora, por primera vez, un análisis sobre la **atención a los tumores malignos**, fundamentada en la necesidad de ofrecer una visión integral que busque optimizar la calidad de la atención recibida en pacientes con una alta carga de morbilidad, como son los pacientes con tumores malignos.

En este módulo se han analizado alrededor de 54.000 episodios de hospitalización y cirugía mayor ambulatoria. La mayoría de ellos, un 73,9 %, son de hospitalización. Para poner en contexto, el 4,8 % del total de hospitalizaciones son debidas a algún tumor maligno. Este valor adquiere especial relevancia si tenemos en consideración el tipo de pacientes tan complejos a los que se refiere.

Los tipos de tumores atendidos en la sanidad privada son muy diversos y variados, destacando entre ellos los tumores de vejiga, mama, próstata, bronquio y pulmón y colon.

En el informe se muestra en detalle un descriptivo de estos pacientes y episodios hospitalarios, en los que queda de manifiesto la capacidad de la sanidad privada en el cuidado de pacientes con tumores malignos y en el manejo de la complejidad asociada a su tratamiento.

El informe presenta, de nuevo, los resultados globales de los centros privados de **fertilidad** de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), que incluyen el porcentaje de gestaciones y partos según su tipología.

Los resultados siguen una tendencia similar a la observada en años anteriores: las gestaciones y partos con ovocitos frescos disminuye, tanto donados como propios, mientras que aumenta el número en los propios congelados. Por primera vez en los últimos años se estabilizan los donados congelados.

Además, el Estudio RESA presenta resultados asistenciales relacionados con pacientes en tratamiento de **hemodiálisis**. Los resultados sobre la efectividad del tratamiento recibido (fístula arteriovenosa autóloga, niveles de albúmina y el Kt/V objetivo) mantienen unos valores parecidos a la edición pasada, que ya de por sí evidenciaban un cumplimiento de los estándares recomendados por la Sociedad Española de Nefrología. Cabe destacar el notable descenso de 3 puntos porcentuales en la mortalidad observada, que ha pasado del 10,4 % al 7,3 %.

El estudio RESA no solo examina la sanidad privada desde una perspectiva global, sino que también se enfoca en nueve procesos clínicos clave en la atención sanitaria. Los procesos analizados incluyen el cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de próstata y cáncer de colon, así como partos, fractura de cadera, infarto agudo de miocardio, cataratas e hipertrofia benigna de próstata.

Los resultados obtenidos en estos procesos clínicos son muy estables en comparación con ediciones anteriores y muestran poca variación en los indicadores, que ya de por sí reflejaban un buen desempeño de la sanidad privada.

01

OBJETIVOS DEL ESTUDIO



Este año, el Estudio RESA se ha propuesto varios objetivos principales: fortalecer la transparencia en la sanidad privada mediante un aumento significativo en la participación de centros, implementar nuevos módulos especializados que ofrezcan una visión detallada y completa del sistema de salud, y renovar el enfoque en la atención centrada en el paciente.

El informe proporciona un análisis exhaustivo de la calidad asistencial y su impacto en los pacientes, destacando la importancia de la contribución de la sanidad privada en el ámbito sanitario. Su propósito es servir como una herramienta para identificar

oportunidades de mejora continua y promover la excelencia en la atención sanitaria a través de datos concretos y comparables con el sector público, con el fin de garantizar una atención de calidad y centrada en el paciente en todos los niveles asistenciales.

En resumen, el objetivo primordial del Estudio RESA es posicionarse como un referente clave en la evaluación y mejora del sistema de salud privado, trabajando para asegurar estándares de calidad y excelencia en la atención médica brindada a los pacientes.

METODOLOGÍA



2.1. Participantes

En el Estudio RESA 2025 han participado, en total, 624 centros:

- 148 hospitales.
- 140 centros ambulatorios.
- 336 centros de fertilidad.

En el **anexo III** se incluye el listado detallado de los participantes.

2.2. Periodo de datos

En el informe se analizan los datos del año 2024, excepto en los indicadores de fertilidad,

en los que se analiza la información más reciente disponible, correspondiente al año 2022.

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 neurología, cardiología, oftalmología, dermatología, traumatología, ginecología y obstetricia.
- Pruebas complementarias de diagnóstico por imagen, que incluye la información de las siguientes pruebas de diagnóstico: mamografías, tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética (RM) osteomuscular.
- 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 incluye información de las certificaciones otorgadas por los principales organismos internacionales de reconocida solvencia:
 - International Organization for Standardization (ISO).
 - European Federation of Quality Management (EFQM).
 - Hospital Accreditation of The Joint Commission.

2.4. Datos recibidos

La alta participación en esta edición se traduce en una extensa recopilación de información que nos permite obtener resultados representativos y llevar a cabo uno de los análisis sobre la calidad de la atención sanitaria en la sanidad privada más destacados del país.

Los participantes han facilitado la siguiente información:

- 849.549 altas de hospitalización.
- 512.789 altas de cirugía mayor ambulatoria.
- 557.614 intervenciones quirúrgicas.
- 7.181.980 visitas de urgencias.
- 6.590.437 consultas de especialista.
- 3.734.433 pruebas de diagnóstico por la imagen.
- 30.012.982 pruebas complementarias de laboratorio.
- 1.344 auditorías y certificaciones.
- 5.455 pacientes atendidos en hemodiálisis.
- 105.681 ciclos de tratamiento de fertilidad.

2.5. Datos analizados

Antes de calcular los indicadores, se ha realizado un análisis detallado de los datos recibidos con el objetivo de identificar posibles errores o deficiencias en la información, garantizando así que los resultados presentados en este informe reflejen de manera imparcial la realidad de la sanidad privada.

Para lograr esto, se ha llevado a cabo una exhaustiva verificación de la información proporcionada por los centros, incluyendo la identificación de registros duplicados y la validación de la información contenida en cada una de las bases de datos.

Además, se ha realizado una exploración minuciosa de los datos para asegurar la coherencia y precisión de la información utilizada en el cálculo de los indicadores.

Tras este proceso, la información que finalmente ha sido analizada es la siguiente:

- 849.549 altas de hospitalización.
- 512.789 altas de cirugía mayor ambulatoria.
- 409.070 intervenciones quirúrgicas.
- 6.599.964 visitas de urgencias.
- 5.947.410 consultas de especialista:
 - 760.421 de oftalmología.
 - 787.232 de dermatología.
 - 2.040.195 de traumatología.
 - 1.265.087 de ginecología y obstetricia.
 - 705.229 de cardiología.
 - 389.246 de neurología.
- 3.236.425 pruebas de diagnóstico por la imagen:
 - 625.362 mamografías.
 - 885.849 tomografías axiales computarizadas (TAC).
 - 1.725.214 resonancias magnéticas (RM).
- 23.421.307 pruebas complementarias de laboratorio:
 - 22.288.436 de bioquímica y hematología.
 - 1.132.871 de microbiología, genética e inmunología.

- 1.344 auditorías y certificaciones.
- 5.320 pacientes atendidos en hemodiálisis.
- 105.681 ciclos de tratamiento de fertilidad.

En la **figura 1** se muestra el total de registros analizados en cada base de datos en comparación con la pasada edición. En total, se han analizado alrededor de 40 millones de registros, un 125,4 % más que la edición pasada.

Destaca especialmente el crecimiento en la base de datos de laboratorio, que aumenta alrededor de un 800 %. En las demás, el aumento es de entre el 5 % y el 25 %, a excepción de las bases de datos de pacientes en hemodiálisis y ciclos de fertilidad, que se mantienen constantes respecto a los datos analizados de 2023.

El aumento generalizado en los datos analizados se atribuye principalmente al crecimiento en la cantidad de participantes y a la mejora en la calidad de la información proporcionada por los centros.

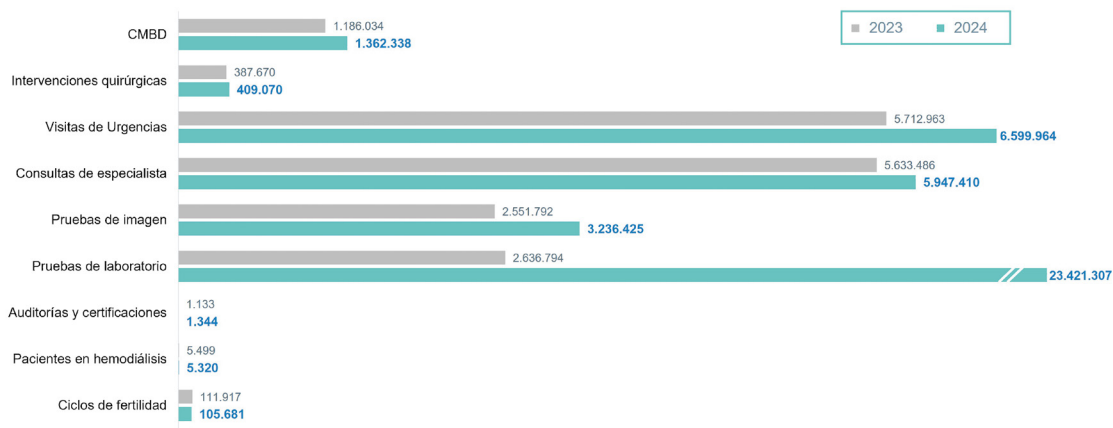


FIGURA 1. Registros analizados del año 2024 versus año 2023.

2.6. Depuración de datos

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

Este método consiste en la eliminación de aquellas observaciones que se encuentran excepcionalmente alejadas del resto de registros. Estas 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: $P25 - 1,5 \times IQR$
- Límite superior: $P75 + 1,5 \times IQR$

Donde $P25$ = percentil 25; $P75$ = percentil 75; IQR = rango intercuartílico ($P75 - P25$).

2.7. Actualizaciones metodológicas

2.7.1. Actualización de indicadores

El Estudio RESA 2025 mantiene la metodología utilizada en la pasada edición, basada en la publicada por los observatorios de salud, con el objetivo de facilitar la comparabilidad con los resultados de la sanidad pública. Además, incorpora 18 nuevos indicadores basados, principalmente, en dicha metodología. En la tabla de indicadores de la **figura 2** se marcan con un asterisco (*) aquellos que son comparables con los resultados publicados por los observatorios.

Los nuevos indicadores y módulos son los siguientes:

- Dos indicadores en el módulo de **Accesibilidad**: "*Presión de urgencias*" y "*Tasa de urgencias ingresadas*". Ambos basados en la metodología de los observatorios de salud públicos.
- Un indicador en el módulo de **Seguridad del paciente**: "*Tasa de infecciones nosocomiales*", un indicador no contemplado en la AHRQ y que complementa perfectamente este módulo. También está basado en la metodología de los observatorios.
- Seis indicadores en el módulo de **Productividad**: nuevo módulo que incluye los indicadores de "*Índice de rotación de camas*", "*Tasa de ocupación de camas*" y "*Pruebas diagnósticas por máquina*". Este último se desagrega en cuatro indicadores, según si el cálculo es para el global de máquinas, TAC, mamografías o resonancias magnéticas. Excepto los indicadores de pruebas por máquina, el resto se calculan según la metodología de los observatorios de salud.
- Cuatro indicadores en el módulo de **Cronicidad**: nuevo módulo de esta edición que está formado por cuatro indicadores: "*Estancia media de las enfermedades crónicas*", "*Porcentaje de estancias hospitalarias debidas enfermedades crónicas*", "*Tasa de reingresos a los 30 días del alta en pacientes con enfermedades crónicas*" y "*Tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con enfermedades crónicas*". A excepción del último indicador, todos ellos se basan en metodología de los observatorios.
- Cinco indicadores en el módulo de **Atención a los tumores malignos**: nuevo módulo que pone el foco en pacientes con tumores malignos a través de los indicadores "*Estancia media en tumores malignos*", "*Tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con tumores malignos*", "*Tasa de mortalidad intrahospitalaria por tumor*", "*Tumores malignos más frecuentes*" y "*Frecuentación hospitalaria*". También incluye un análisis descriptivo de los pacientes y una caracterización y cuantificación de los episodios. El módulo está basado en uno publicado por el Ministerio de Sanidad, aunque solamente son directamente comparables los indicadores de "*Estancia media*" y "*Caracterización de pacientes*".

En la **figura 2** se presenta el detalle de las áreas de análisis y los indicadores analizados. Y en el **anexo II** se define cada uno de los indicadores.

Área de análisis	Indicador	N.º indicadores
Accesibilidad en la atención sanitaria	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (mamografías, TAC y resonancias magnéticas)	3
	Tiempo medio de entrega del informe de pruebas complementarias (mamografías, TAC y resonancias magnéticas)	3
	Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio (bioquímica y hematología, y microbiología, inmunología y genética)	2
	Tiempo medio de entrega del informe de laboratorio (bioquímica y hematología, y microbiología, inmunología y genética)	2
	Tiempo medio de espera para citación de primera consulta de especialista (oftalmología, dermatología, traumatología, ginecología y obstetricia, neurología y cardiología)*	24
	Espera media quirúrgica	1
	Tiempo medio de asistencia en triaje en urgencias	1
	Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias	1
	Presión de urgencias*	1
	Tasa de urgencias ingresadas*	1
Atención a los tumores malignos	Frecuentación hospitalaria	1
	Tumores malignos más frecuentes en hospitalización	1
	Estancia media*	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	2
Calidad y seguridad	Tasa de mortalidad en grupos de diagnósticos relacionados (GRD) de baja mortalidad*	1
	Úlcera por presión *	1
	Tasa de mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables	1
	Neumotórax iatrogénico	1
	Infección sanguínea relacionada con catéter venoso central	1
	Fractura de cadera intrahospitalaria	1
	Hematoma o hemorragia postoperatoria	1
	Daño agudo renal postoperatorio que requiere diálisis	1
	Fallo respiratorio postoperatorio	1
	Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda perioperatoria*	1
	Sepsis postoperatoria*	1
	Dehiscencia de herida quirúrgica postoperatoria	1
	Punción o laceración accidental abdominopélvica	1
	Traumatismo obstétrico – Parto vaginal instrumentado	1
	Traumatismo obstétrico – Parto vaginal no instrumentado (obstétrica)	1
	Tasa de infecciones nosocomiales*	1
	Tasa de intervenciones de cirugía segura (checklist quirúrgico)	1
Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	8	
Cronicidad	Estancia media*	1
	Porcentaje de estancias hospitalarias debidas a enfermedades crónicas*	1
	Tasa de reingresos a los 30 días del alta*	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	1

Área de análisis	Indicador	N.º indicadores
Eficiencia	Estancia media*	1
	Estancia media prequirúrgica*	3
	Tasa de ambulatorización*	3
Fertilidad	Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos sobre número de ciclos realizados	2
	Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados sobre número de ciclos realizados	2
	Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos sobre número de ciclos realizados	2
	Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados sobre número de ciclos realizados	2
Diálisis	Tasa mortalidad en hemodiálisis	1
	Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo	1
	Porcentaje de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl	1
	Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga	1
Procesos clínicos: Cáncer de colon	Estancia media	1
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	1
Procesos clínicos: Cáncer de mama	Estancia media	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	1
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	1
	Tasa de ambulatorización	1
Procesos clínicos: Cáncer de próstata	Estancia media	1
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	1
Procesos clínicos: Cáncer de pulmón	Estancia media	1
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	1
Procesos clínicos: Cataratas	Tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía	1
Procesos clínicos: Fractura de cadera	Estancia media	1
	Episodios con más de 20 días de estancia*	1
	Episodios intervenidos en menos de 48 horas desde el ingreso*	1
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria*	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera pertrocantérea	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cuello de fémur	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria en fractura de cadera con/sin prótesis	2
Procesos clínicos: Hipertrofia benigna de próstata	Estancia media	1
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	1
	Tasa de ambulatorización	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	1

Área de análisis	Indicador	N.º indicadores
Procesos clínicos: Infarto agudo de miocardio	Estancia media	1
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria*	1
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria con/sin elevación del segmento ST	2
	Tasa de angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria	1
Procesos clínicos: Partos	Estancia media	1
	Tasa de partos por cesárea*	1
	Tasa de partos por cesárea en partos de bajo riesgo*	1
	Tasa de partos vaginales con cesárea previa	1
	Ingresos preparto (falso trabajo de parto)	1
Productividad	Índice de rotación de camas*	1
	Tasa de ocupación de camas*	1
	Pruebas diagnósticas por máquina (global, TAC, resonancias magnéticas, mamografías)	4
Resolución asistencial	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	3
	Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días	3
	Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días	3
	Tasa de retorno a Urgencias a las 72 horas del alta	1

FIGURA 2. Indicadores analizados en el Estudio RESA 2025.

2.8. Interpretación de gráficos de variabilidad

De forma complementaria a los resultados globales, se presentan en cada uno de los indicadores un gráfico de cajas (o *boxplot*) para ilustrar la variabilidad por centro en cada uno de ellos.

Para evitar incluir en los gráficos resultados distorsionados debidos al reducido número de casos por centro, se han excluido de la representación los centros que tenían una muestra insuficiente. Se ha considerado como muestra insuficiente aquella que representaba menos del 0,1 % de los registros totales analizados en el indicador, o que contaba con menos de 10 casos en el denominador.

Los gráficos de variabilidad o *boxplot* son herramientas visuales que permiten representar la distribución de un conjunto de

datos y resumir su variabilidad.

En un *boxplot*, la caja central representa el rango intercuartílico, que abarca el 50 % de los datos, mientras que los "bigotes" muestran la extensión de los valores observados. Los puntos atípicos, que se ubican fuera de los bigotes, pueden indicar valores extremos o anómalos en los datos.

Al interpretar un *boxplot* se pueden identificar rápidamente la dispersión, la mediana y posibles valores atípicos en un conjunto de datos, lo que facilita la comparación y el análisis de la variabilidad de diferentes grupos de datos.

2.9. Análisis comparativo de resultados

Desde la edición anterior, y con el objetivo de ampliar el alcance del estudio, se incorpora un análisis de significación estadística que permite identificar con precisión las diferencias entre los resultados de la presente edición y la anterior. La aplicación de este análisis contribuye a una evaluación más profunda y fidedigna de las variaciones y mejoras en los indicadores. Quedan excluidos de este análisis aquellos indicadores que no son comparables con los de la pasada edición.

Previamente a la comparación, se ha realizado un análisis exploratorio de los datos, y al observar que estos no cumplían con los

supuestos de normalidad y homocedasticidad, se ha aplicado el test estadístico no paramétrico de Wilcoxon a cada uno de los indicadores. Se considera que existen diferencias significativas entre los resultados de ambos periodos cuando el nivel de significancia (*p-valor*) es inferior a 0,05.

Como novedad de esta edición 2025, los resultados del análisis comparativo se especifican en el apartado de resultados, en la explicación de cada indicador.

03

RESULTADOS



3.1. Accesibilidad en la atención sanitaria

La accesibilidad en la atención médica es un elemento esencial que influye de manera significativa en la calidad de los servicios de salud brindados a los pacientes. Facilitar un acceso oportuno a la atención, agilizar el proceso de programación de citas, realizar pruebas diagnósticas de manera eficaz y entregar resultados en tiempo adecuado son aspectos fundamentales para asegurar una atención sanitaria efectiva y satisfactoria.

La accesibilidad en la atención médica no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también tiene un papel importante en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, promoviendo la salud y el bienestar de la comunidad.

3.1.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

El indicador más representativo de la accesibilidad a la asistencia sanitaria es el tiempo medio de espera para la citación. En este caso, analizamos el tiempo desde que el paciente solicita una prueba complementaria hasta su realización.

El tiempo medio de espera para la citación de pruebas complementarias ha experimentado un ligero aumento respecto a la edición anterior, siendo de 12,1 días en las mamografías, de 4,4 días en las TAC y de 8,1 días en las resonancias magnéticas (**Figura 3**). Mediante la realización de un

test estadístico para estudiar las diferencias entre los resultados de esta edición y la pasada, se detecta que en el caso de las TAC y resonancias magnéticas existen diferencias estadísticamente significativas.

En la **figura 4** se observa la variabilidad de cada tipo de prueba por centro. Las mamografías son las que presentan mayor variabilidad, con tiempos promedio de 0 a 30 días según el centro. Las TAC y las resonancias magnéticas tienen menos variabilidad y, por ende, tiempos promedio por centro más bajos.

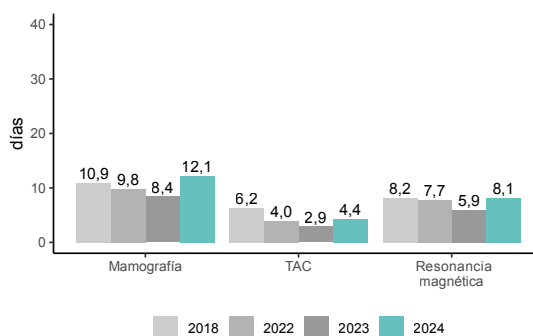


FIGURA 3. Comparativa del tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias con las ediciones anteriores. Pruebas analizadas del año 2024: 556.379 mamografías, 770.556 TAC y 1.567.830 resonancias magnéticas.

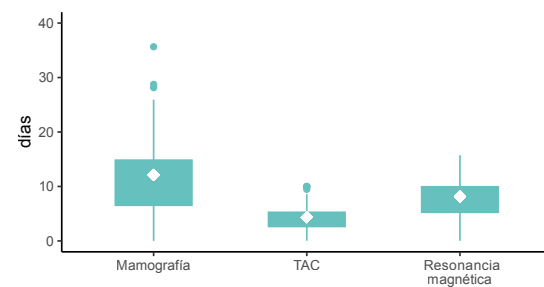


FIGURA 4. Variabilidad por centro en el tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias. Centros incluidos: 137, 133 y 138, respectivamente.

3.1.2. Tiempo medio de entrega del informe de pruebas complementarias

La accesibilidad a la atención sanitaria depende, también, del tiempo de espera hasta la recepción del informe de resultados. Este indicador evalúa el promedio de días desde la realización de una prueba complementaria hasta la entrega del informe al facultativo.

Los resultados de este indicador muestran que los tiempos de espera se han estabilizado, o incluso reducido, respecto a años atrás (**Figura 5**). Las mamografías tienen un tiempo de espera menor a 1 día, de 0,8 días. Las TAC

tienen un tiempo de espera de 2,1 días y las resonancias magnéticas de 3,4 días. En estos resultados podemos ver reflejada la labor de digitalización de los procesos por parte de los centros privados, que resulta en unos tiempos medios de espera de unos pocos días.

En cuanto a la variabilidad por centro, el tipo de pruebas que presenta mayor variabilidad es el de resonancias magnéticas, de entre 0 y 8 días (**Figura 6**).

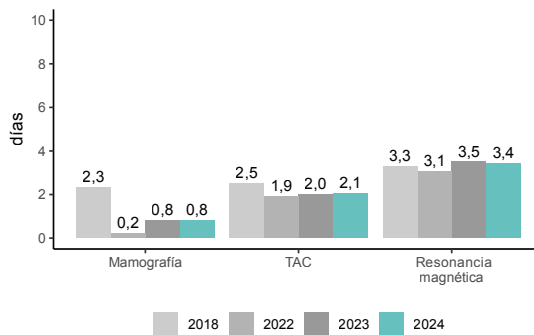


FIGURA 5. Comparativa del tiempo medio de entrega del informe de pruebas complementarias con las ediciones anteriores. Pruebas analizadas: 498.656 mamografías, 783.793 TAC y 1.545.253 resonancias magnéticas.

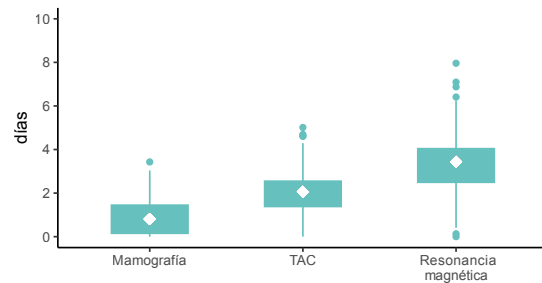


FIGURA 6. Variabilidad por centro en el tiempo medio de entrega del informe de pruebas complementarias. Centros incluidos: 135, 133 y 138, respectivamente.

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

El promedio de días de espera desde la solicitud de una prueba de laboratorio hasta su realización es menor de 2 días en todos los tipos de pruebas. En las pruebas de bioquímica y hematología se sitúa en 0,2 días, y en las pruebas de microbiología, inmunología y genética es de 1,7 días. Los resultados son muy parecidos a la edición pasada (**Figura 7**).

La variabilidad por centro es muy pequeña en el caso de las pruebas de bioquímica y hematología, prácticamente en todos los centros es menor a 1 día. En el caso de las pruebas de microbiología, inmunología y genética, la variabilidad es un poco mayor, llegando hasta los 5 días, aunque la mayor parte de los centros tienen un tiempo medio de espera de entre 1 y 4 días (**Figura 8**).

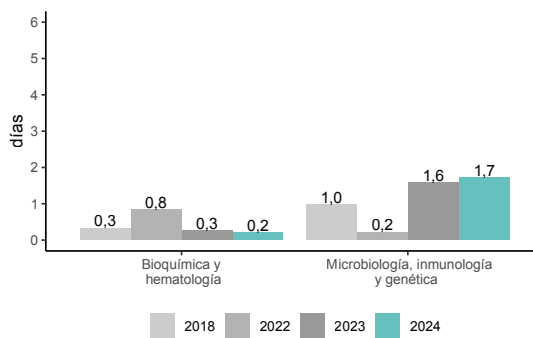


FIGURA 7. Comparativa del tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio con las ediciones anteriores. Pruebas analizadas del año 2024: 20.008.670 en bioquímica y hematología, y 1.037.510 en microbiología, inmunología y genética.

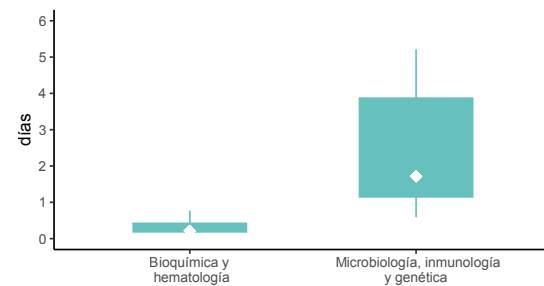


FIGURA 8. Variabilidad por centro en el tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio. Centros incluidos: 41 y 32, respectivamente.

3.1.4. Tiempo medio de entrega del informe de laboratorio

De igual forma que en las pruebas complementarias se analizan los tiempos de espera para la obtención del informe de resultados, en las pruebas de laboratorio también se incluye este análisis.

Los tiempos medios de espera en todos los tipos de pruebas de laboratorio son menores de 1 día (**Figura 9**). Las pruebas de bioquímica y hematología tienen un tiempo medio de 0,8 días, detectándose diferencias estadísticamente significativas respecto a la edición pasada.

Esta es una muestra clara de que, en la sanidad privada, los informes de las pruebas de laboratorio se reciben prácticamente siempre el mismo día de realización de la prueba.

En cuanto a los tiempos de espera por centro, la **figura 10** muestra que no hay gran variabilidad entre centros, sino que todos tienen unos tiempos promedios bajos, la mayoría de ellos por debajo de los 2 días.

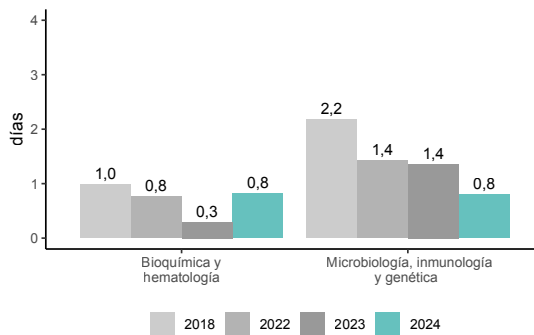


FIGURA 9. Comparativa del tiempo medio de entrega de informe de laboratorio con las ediciones anteriores. Pruebas analizadas en el año 2024: 2.542.140 en bioquímica y hematología, y 755.485 en microbiología, inmunología y genética.

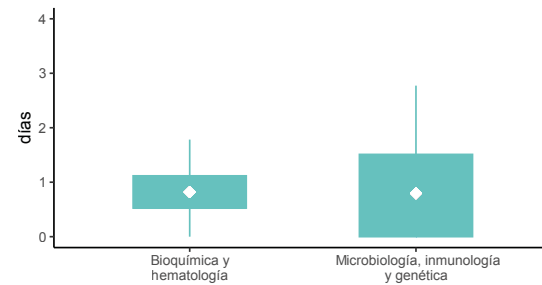


FIGURA 10. Variabilidad por centro en el tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio. Centros incluidos: 32 y 25, respectivamente.

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

La sanidad privada desempeña un papel fundamental en la accesibilidad a las pruebas con especialistas al ofrecer una alternativa complementaria al sistema público de salud. Gracias a su capacidad para agilizar los tiempos de espera y proporcionar un acceso más rápido a consultas y pruebas diagnósticas, la sanidad privada contribuye significativamente a mejorar la accesibilidad y la prontitud en la atención médica especializada. Esto permite a los pacientes recibir un diagnóstico y tratamiento de manera más rápida y eficiente, optimizando así la calidad de la atención sanitaria recibida.

Los resultados muestran variabilidad en los tiempos medios de espera (**Figura 11**), aunque siguen dentro de unos valores parecidos a otras ediciones. La oftalmología aumenta ligeramente y se sitúa en 11 días de promedio. La dermatología, una especialidad que tradicionalmente tiene tiempos de espera elevados, disminuye 4 días y se sitúa en 18,5 días. La traumatología se mantiene en 12 días. La ginecología y obstetricia disminuye hasta los 14,7 días. La cardiología se estabiliza en 12,3 días. Finalmente, la neurología aumenta hasta los 19,1 días.

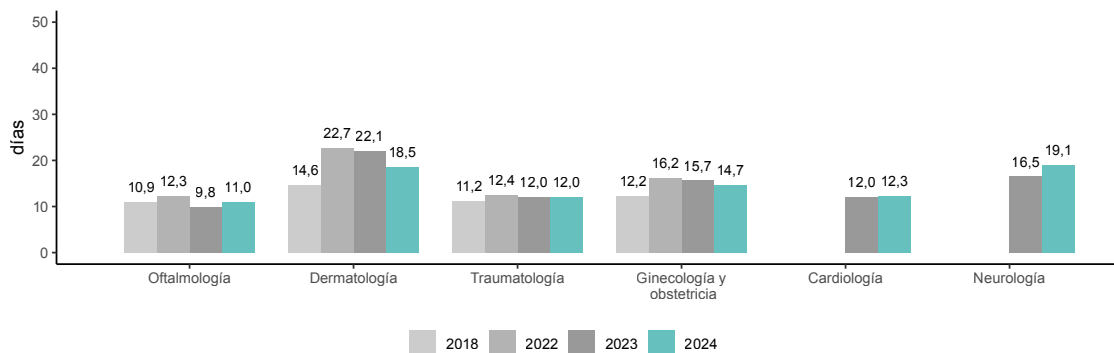


FIGURA 11. Comparativa del tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista con las ediciones anteriores. Consultas analizadas del año 2024: 771.641 de oftalmología, 823.294 de dermatología, 2.011.735 de traumatología, 1.305.506 de ginecología y obstetricia, 725.487 de cardiología y 396.663 de neurología.

En todas las especialidades se observa una amplia variabilidad por centro en los tiempos medios de espera de citación (**Figura 12**). La mayor parte de los centros, tienen valores

de entre 10 y 20 días, pudiendo llegar hasta los 50 días en especialidades como la dermatología y la neurología.

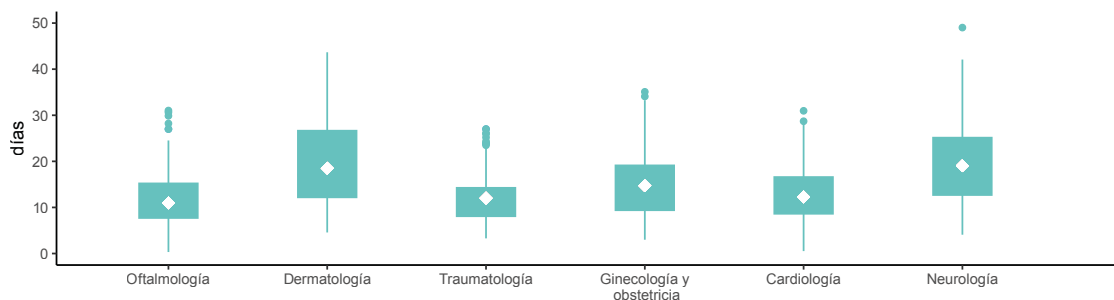


FIGURA 12. Variabilidad por centro del tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista. Centros incluidos: 135, 149, 163, 149, 154 y 136, respectivamente.

3.1.5.1. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista por tipo de consulta

En la sanidad privada, las modalidades de consulta con especialistas ofrecen a los pacientes diversas opciones para acceder a la atención médica especializada de forma personalizada y eficiente, ya sea de manera presencial, telefónica o a través de videollamadas.

Estas modalidades flexibles brindan comodidad y adaptabilidad a los pacientes, reflejando el compromiso de la sanidad privada en ofrecer una atención de calidad y centrada en las necesidades individuales de cada persona.

En la **figura 13** se muestra la distribución por modalidad en las consultas con especialista, así como la diferencia respecto a la pasada edición.

Se observa que la modalidad más frecuente es la presencial, seguida de la telefónica y, por último, la videollamada. Destaca la ginecología y obstetricia, que es la especialidad que realiza más consultas de forma telemática, principalmente de forma telefónica. La especialidad que menos consultas telemáticas realiza es la oftalmología, con casi un 98,4 %.

Las diferencias respecto a la edición anterior muestran un claro aumento de las consultas presenciales en todas las especialidades. Este comportamiento puede ser explicado, en parte, por el aumento de las consultas semipresenciales. Este tipo de modalidad se clasifica en presencial y probablemente está sesgando los resultados obtenidos en la comparativa.

Especialista	Distribución por modalidad			Diferencia respecto a la edición anterior		
	P	T	V	P	T	V
Oftalmología	98,4 %	0,8 %	0,8 %	+0,6 %	-0,4 %	-0,2 %
Dermatología	95,0 %	2,7 %	2,3 %	+1,6 %	-0,7 %	-0,8 %
Traumatología	98,5 %	1,2 %	0,2 %	+1,1 %	-0,7 %	-0,4 %
Ginecología y Obstetricia	88,5 %	11,0 %	0,5 %	+6,4 %	-5,4 %	-1,0 %
Cardiología	95,3 %	4,1 %	0,6 %	+2,3 %	-1,9 %	-0,4 %
Neurología	94,6 %	4,2 %	1,2 %	+4,0 %	-3,0 %	-1,0 %

FIGURA 13. Distribución de las consultas a especialista por modalidad y diferencia respecto a la pasada edición. P: presencial; T: telefónica; V: videollamada.

Se ha realizado un análisis de los tiempos medios de espera por especialidad y modalidad. Los resultados obtenidos se muestran en la **figura 14**. Por lo general, se observa que el tiempo medio global y el presencial son prácticamente el mismo a causa de la alta frecuencia de esta

modalidad. Por otro lado, se aprecia una notable diferencia en los tiempos medios de espera en las modalidades telefónicas y de videollamada en todas las especialidades, siendo considerablemente menores que en las consultas presenciales.

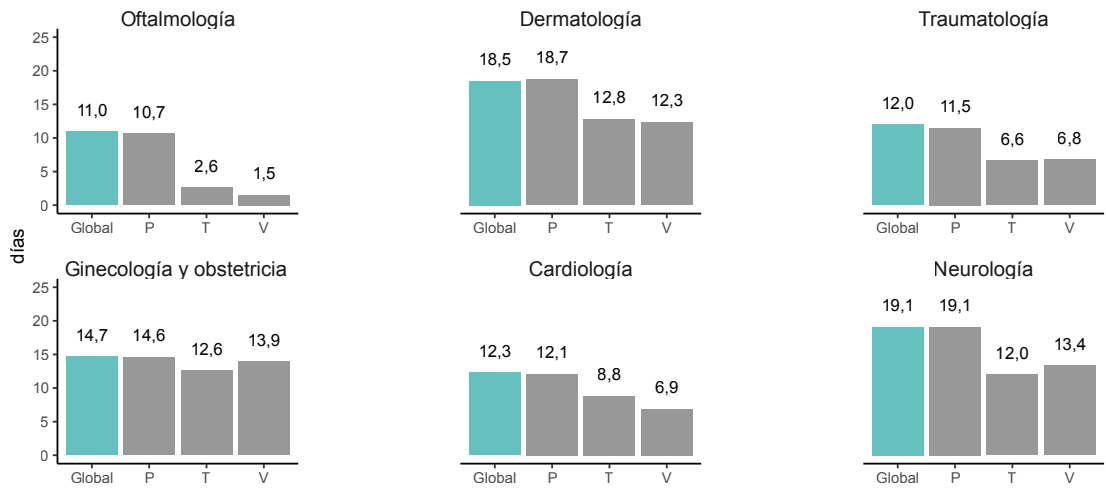


FIGURA 14. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista según la modalidad de consulta. P: presencial; T: telefónica; V: videollamada.

3.1.6. Tiempo medio de espera quirúrgica

El tiempo medio de espera quirúrgica se refiere al tiempo de espera entre la consulta preanestésica y la fecha de realización de la cirugía. Siguiendo la metodología de las pasadas ediciones, y para la correcta interpretación del indicador, tan solo se consideran los episodios quirúrgicos programados.

El tiempo medio de espera quirúrgica ha bajado notablemente desde la pasada edición, situándose en 15,6 días, con un descenso de aproximadamente 9 días. Esta diferencia

es estadísticamente significativa. Sigue la tendencia descendente observada en las pasadas ediciones (**Figura 15**).

En cuanto a la variabilidad, se observa que existen tiempos medios de espera de hasta 70 días, aunque la mayoría de los centros se sitúan entre los 10 y 25 días. Por lo tanto, la mayor parte de los centros de la sanidad privada tienen un tiempo de espera quirúrgica menor de 1 mes (**Figura 16**).

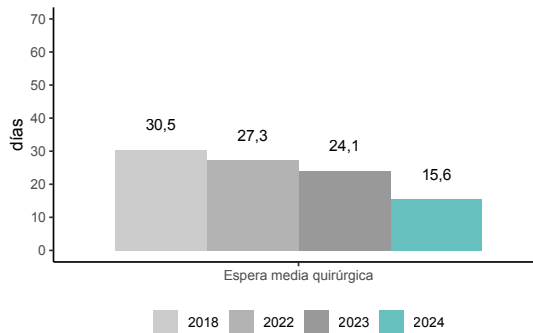


FIGURA 15. Comparativa del tiempo medio de espera quirúrgica con las ediciones anteriores. Cirugías analizadas en el año 2024: 198.197.

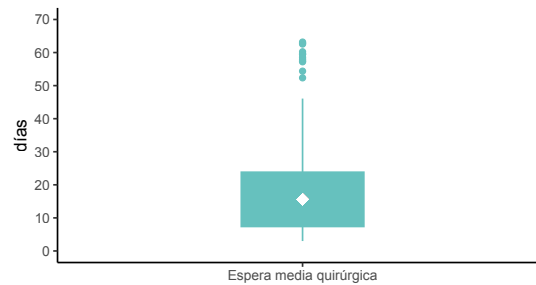


FIGURA 16. Variabilidad por centro en el tiempo medio de espera quirúrgica. Centros incluidos: 123.

3.1.7. Tiempo medio de asistencia en urgencias

El tiempo medio de espera en urgencias es un factor crucial en la accesibilidad a la atención médica en el ámbito de la sanidad privada. Reducir los tiempos de espera en urgencias garantiza una atención más rápida y eficiente para los pacientes, permitiéndoles recibir cuidados médicos de forma oportuna y sin demoras innecesarias. La mejora en la accesibilidad a los servicios de urgencias en la sanidad privada contribuye a una atención más ágil y personalizada, priorizando la prontitud y la calidad en la atención de los pacientes.

En este apartado se analizan dos indicadores relativos a los tiempos de espera en urgencias, cuyos resultados se presentan en la **figura 17**.

El primer indicador corresponde al tiempo de espera desde la entrada en urgencias del paciente hasta que se realiza su clasificación por triaje. Se observa que la tendencia de los últimos años ha sido la disminución de los tiempos de espera, siendo de 6,0 minutos en 2024.

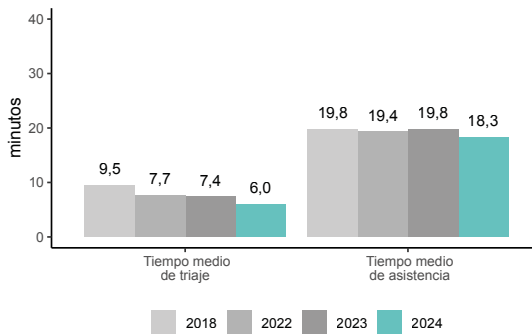


FIGURA 17. Comparativa con las ediciones anteriores del tiempo medio de espera transcurrido desde el registro de entrada en urgencias hasta el triaje, y del tiempo medio desde el triaje hasta la asistencia médica. Urgencias analizadas en el año 2024: 5.762.280 y 5.588.881, respectivamente.

El segundo indicador es el relativo al tiempo de espera desde que se realiza el triaje hasta que el paciente recibe asistencia sanitaria. En este caso, aunque el descenso no es tan marcado respecto a las pasadas ediciones, el tiempo medio disminuye hasta los 18,3 minutos.

En resumen, ambos indicadores disminuyen respecto a la pasada edición; de hecho, el test de diferencias determina que la disminución en ellos es estadísticamente significativa.

En la **figura 18** se muestra la variabilidad de los tiempos de espera en urgencias por centro. El tiempo medio de triaje no presenta gran variabilidad, siendo de entre 0 y 10 minutos. En cuanto al tiempo medio de asistencia, hay mayor variación según el centro, observándose un rango de entre 0 y 30 minutos, aunque un tercio de los hospitales tiene un tiempo medio de asistencia de menos de 20 minutos.

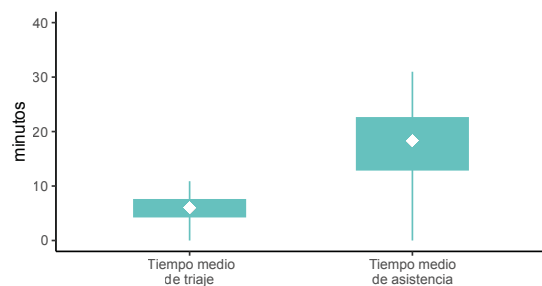


FIGURA 18. Variabilidad por centro del tiempo medio desde el registro de entrada en urgencias hasta el triaje, y del tiempo desde el triaje hasta la asistencia médica. Centros incluidos: 118.

3.1.8. Presión de urgencias

Como novedad en esta edición se ha incorporado el indicador "Presión de urgencias", calculado como el porcentaje de ingresos en hospitalización con circunstancia de admisión urgente sobre el total de hospitalizaciones. Es una medida importante para evaluar la demanda y la carga de trabajo en los servicios de urgencias de un centro médico, ya que puede impactar en los tiempos de espera, la disponibilidad de camas y recursos, y la calidad de la atención brindada a los pacientes.

Por tanto, el seguimiento y el análisis de este indicador son fundamentales para gestionar de manera eficaz la demanda y garantizar una atención de urgencias oportuna y adecuada.

La presión de urgencias media en la sanidad privada es del 46,9 %, lo que significa que prácticamente la mitad de los ingresos a hospitalización provienen del servicio de urgencias (**Figura 19**).

En cuanto a la variabilidad por centro, en la **figura 20** observamos que el rango de este indicador oscila entre el 0 % y el 100 %, aunque la mayoría de los centros tienen una presión de urgencias de entre el 30 % y el 50 %. Esta información sugiere que, si bien existen diferencias en la presión de urgencias entre los centros, la mayoría se encuentran dentro de un rango similar, lo que puede indicar cierta homogeneidad en la demanda de atención médica urgente en la mayoría de las instalaciones sanitarias evaluadas.

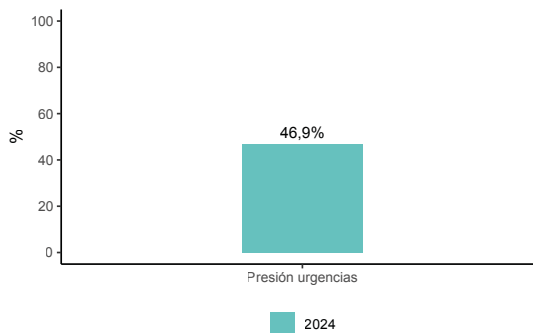


FIGURA 19. Presión de urgencias. Episodios analizados en 2024: 832.612.

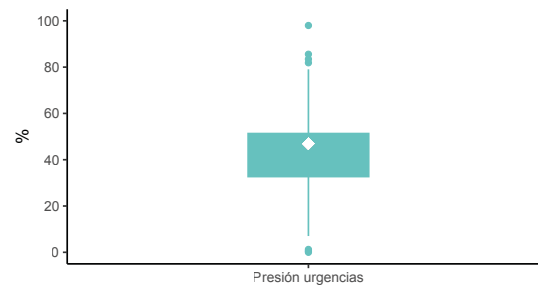


FIGURA 20. Variabilidad por centro de la presión de urgencias. Centros incluidos: 123.

3.1.9. Tasa de urgencias ingresadas

Otra de las novedades del módulo de Accesibilidad es la inclusión del indicador "Tasa de urgencias ingresadas", calculada como el número de ingresos a hospitalización urgentes sobre el total de urgencias atendidas. Es un indicador clave en la evaluación de la presión y la eficacia de los servicios de urgencias en la sanidad privada. Este indicador proporciona información sobre la proporción de pacientes que requieren ser hospitalizados de manera urgente tras acudir a los servicios de urgencias, lo que refleja la gravedad de los casos tratados y la capacidad de respuesta del sistema de atención de urgencias.

Según los resultados de la **figura 21**, la tasa de urgencias ingresadas en la sanidad privada

es del 5,4 %, que indica que una proporción relativamente baja de pacientes atendidos en urgencias necesitan ser ingresados de forma inmediata, lo que puede reflejar una gestión efectiva de la atención de urgencias y una adecuada respuesta a las necesidades de los pacientes en el ámbito de la sanidad privada.

Si observamos la variabilidad por centro en la **figura 22**, vemos que la tasa tiene un rango de entre el 0 % y el 10 %, si bien la mayoría de los centros presentan una tasa de entre el 4 % y el 6 %. Esta información sugiere que, aunque existe variabilidad en las tasas de urgencias ingresadas entre los distintos centros, la mayoría se sitúa en un rango relativamente estrecho.

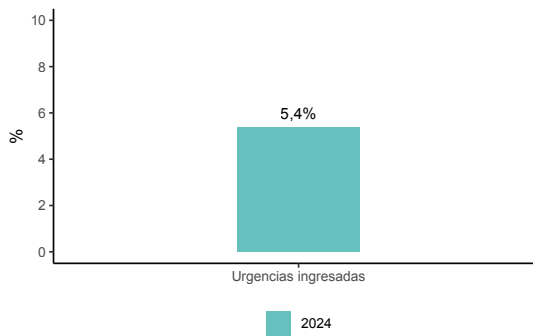


FIGURA 21. Tasa de urgencias ingresadas. Visitas a urgencias analizadas: 6.528.221.

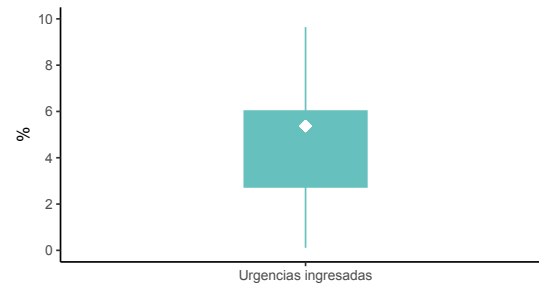


FIGURA 22. Variabilidad por centro de la tasa de urgencias ingresadas. Centros incluidos: 112.

3.2. Eficiencia

En la sanidad privada, la eficiencia se traduce en una gestión efectiva de los procesos clínicos y administrativos, una distribución óptima de recursos, una atención oportuna y de calidad para los pacientes, y la optimización de costes operativos. Es fundamental para garantizar una atención de calidad, mejorar la experiencia del paciente y obtener resultados en salud óptimos. Una atención eficiente contribuye a una prestación efectiva y duradera de servicios de salud privados.

Este módulo del Estudio RESA presenta varios indicadores para evaluar los aspectos más relevantes de la eficiencia en la sanidad privada.

3.2.1. Estancia media

La estancia media en hospitalización es el tiempo promedio que un paciente pasa ingresado en el hospital. Este indicador es importante en la sanidad privada, ya que refleja la eficiencia en la gestión de los recursos hospitalarios, la calidad de la atención brindada y la recuperación de los pacientes. Una estancia media más corta puede indicar una atención más eficiente y efectiva.

Es importante monitorear y evaluar la estancia media en hospitalización para garantizar una atención óptima y una gestión eficiente de los servicios de salud en el ámbito privado. Tal y como se observa en la **figura 23**, la estancia media bruta es de 3,7 días y la

estancia media depurada (tras la eliminación de *outliers*) es de 2,8 días, permaneciendo prácticamente sin cambios respecto a la edición anterior.

No se observa una gran variabilidad por centros en la estancia media depurada de la **figura 24**, sino que la mayoría de ellos tienen estancias de entre 2 y 4 días. Esta homogeneidad en los tiempos de hospitalización sugiere una cierta consistencia en la gestión de los recursos y la atención médica en los diferentes centros de la sanidad privada, lo que puede indicar una eficiencia y calidad en la prestación de servicios hospitalarios en este ámbito.

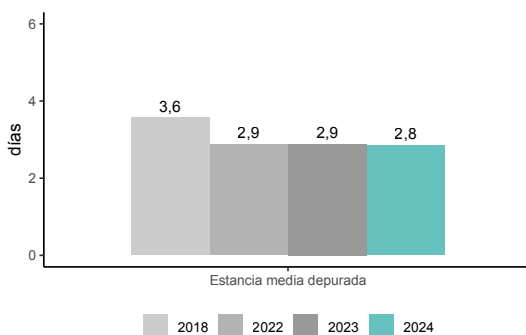


FIGURA 23. Comparativa de la estancia media depurada en episodios de hospitalización. Episodios analizados: 786.869.

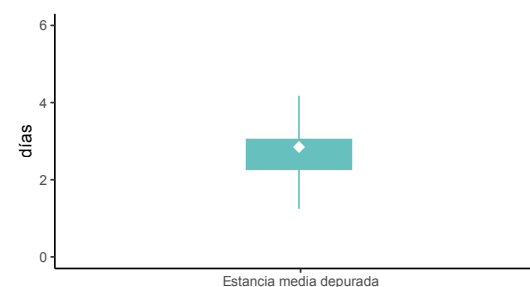


FIGURA 24. Variabilidad por centro de la estancia media depurada en episodios de hospitalización. Centros incluidos: 127.

Con el objetivo de acotar el análisis de la estancia media, se ha realizado un análisis desglosando la estancia según el servicio hospitalario, marcando con una línea vertical azul la estancia media global (**Figura 25**). Se observa que psiquiatría es el servicio con

estancias medias más altas, con 5,4 días. Le siguen geriatría, neumología y oncología. Por contrapartida, los servicios con estancias medias más bajas son oftalmología, dermatología y cirugía maxilofacial, con estancias medias inferiores a los 2 días.

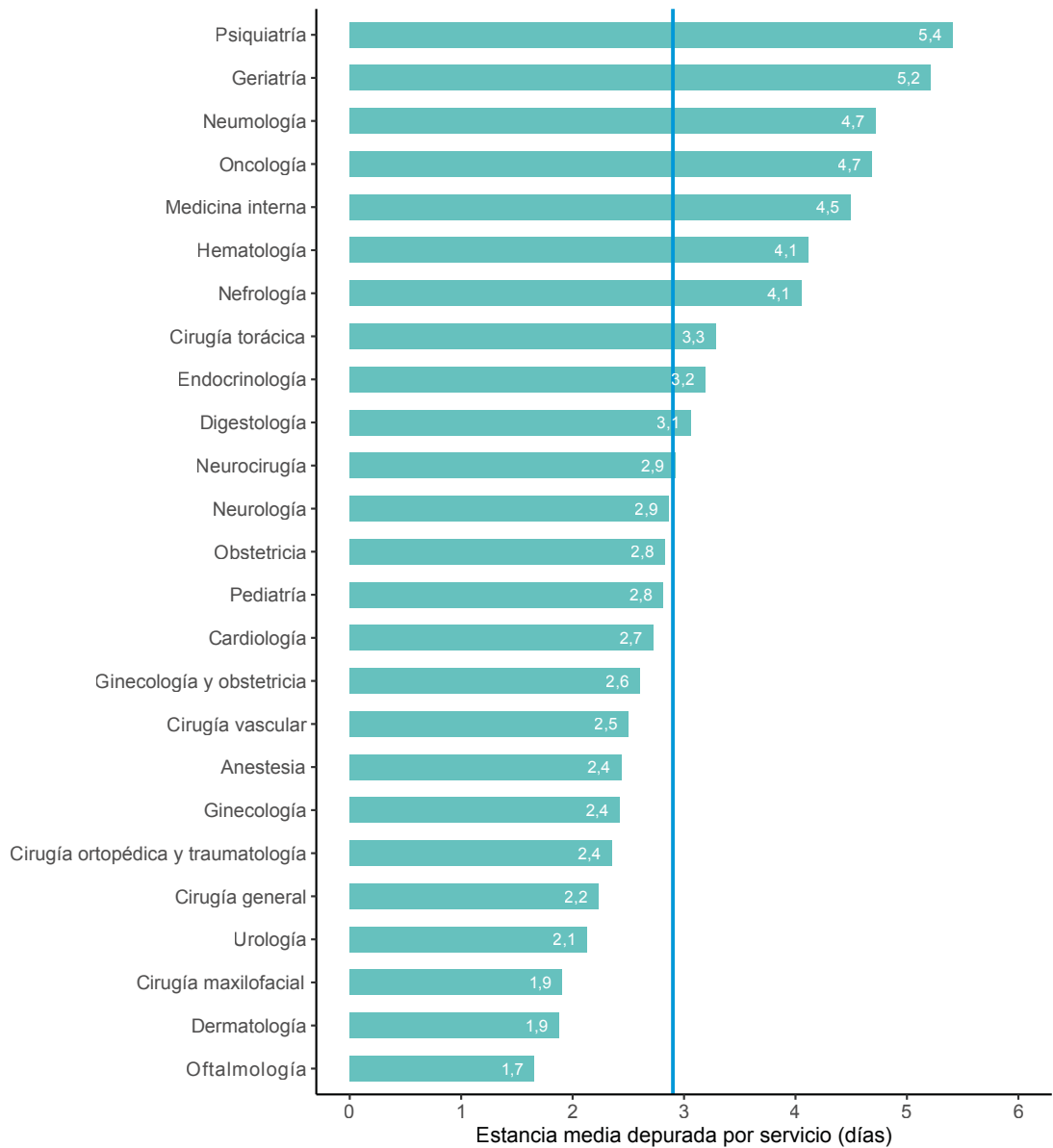


FIGURA 25. Estancia media depurada en episodios de hospitalización por servicio de alta. La línea vertical azul marca la estancia media global.

3.2.2. Estancia media prequirúrgica

La estancia media prequirúrgica se refiere al tiempo promedio que un paciente pasa hospitalizado antes de someterse a una intervención quirúrgica. Este indicador es importante en la sanidad privada, ya que puede influir en la planificación de los procedimientos quirúrgicos, la preparación del paciente, la eficiencia en el uso de los recursos hospitalarios y la satisfacción del paciente.

La estancia media prequirúrgica global es de 0,31 días, un valor prácticamente idéntico al de las pasadas ediciones. Desagregando este resultado según el tipo de cirugía, se observa que la estancia media preoperatoria en cirugías urgentes es de 1,6 días, frente a los 0,06 días de las cirugías programadas (Figura 26).

La variabilidad por centro es generalmente baja en el indicador global y el de cirugías programadas. En cambio, en las cirugías urgentes la estancia preoperatoria tiene un rango de entre 0 y 4 días, aunque lo más común es que se sitúe alrededor de los 2 días (Figura 27).

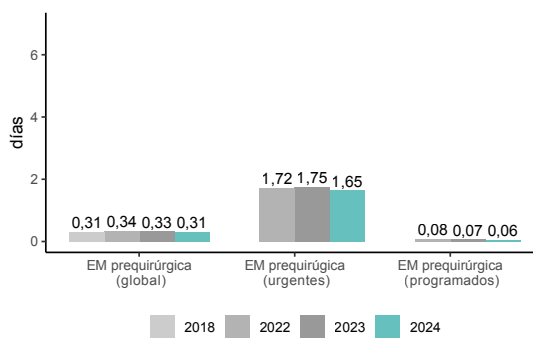


FIGURA 26. Comparativa con las ediciones anteriores de la estancia media prequirúrgica en episodios de hospitalización. Episodios analizados en 2024: 424.194 en el global, 66.403 en episodios urgentes y 357.791 en episodios programados.

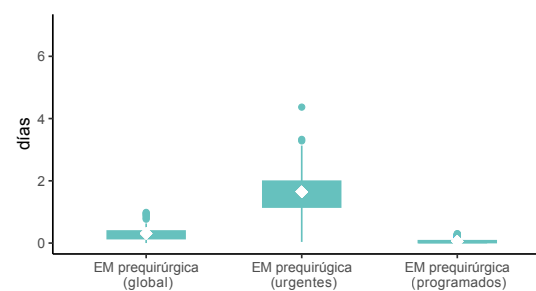


FIGURA 27. Variabilidad por centro de la estancia media prequirúrgica en episodios de hospitalización global, en episodios urgentes y en episodios programados. Centros incluidos: 131, 127 y 131, respectivamente.

3.2.3. Tasa de ambulatorización

El indicador de tasa de ambulatorización es un parámetro utilizado en el área de la sanidad para medir la proporción de procedimientos médicos o quirúrgicos que se realizan de forma ambulatoria, es decir, sin requerir hospitalización. Esta tasa refleja la capacidad de los servicios de salud para ofrecer atención ambulatoria eficiente y segura, permitiendo a los pacientes recibir tratamiento médico sin necesidad de permanecer ingresados en un hospital.

Según los resultados observados en la **figura 28**, la tasa de ambulatorización global es del 54,4 %, en pacientes menores de edad

es del 57,9 % y en pacientes adultos es del 53,2 %. Los resultados son prácticamente iguales a los de la edición pasada y dejan en evidencia la capacidad de la sanidad privada de ofrecer una atención ambulatoria eficiente, ya que más de la mitad de las cirugías realizadas no requieren hospitalización.

Las tasas de ambulatorización son variables entre centros (**Figura 29**), seguramente a causa de la gestión propia de cada centro y la casuística de los pacientes intervenidos.

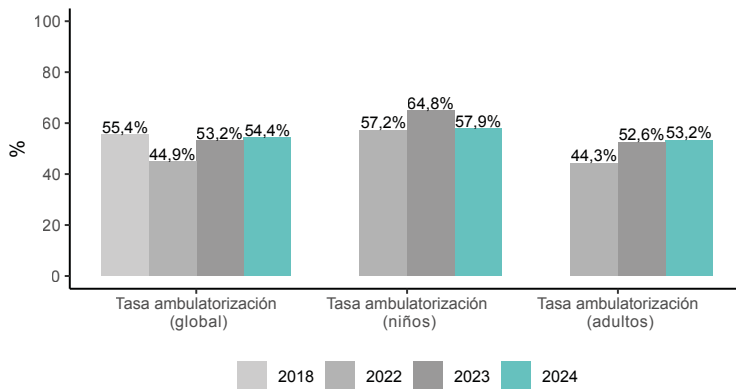


FIGURA 28. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de ambulatorización, diferenciando entre pacientes menores de edad y adultos. Episodios analizados en 2024: 816.845, 38.745 y 778.102, respectivamente.

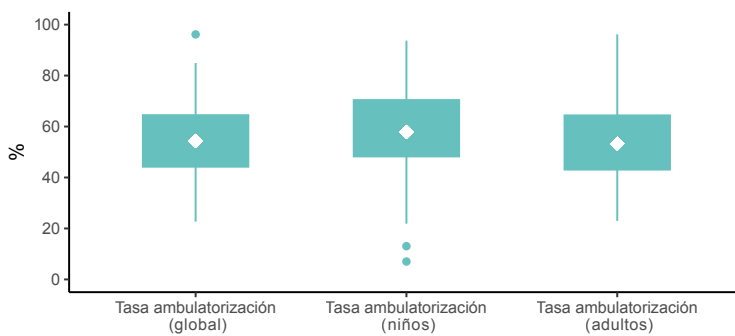


FIGURA 29. Variabilidad por centro en la tasa de ambulatorización, diferenciando entre pacientes menores de edad y adultos. Centros incluidos: 127.

3.3. Resolución asistencial

La resolución asistencial se refiere a la capacidad para abordar y resolver eficazmente las necesidades de atención médica de los pacientes, y se relaciona con la capacidad de los profesionales de la salud y los servicios médicos para diagnosticar, tratar y gestionar los problemas de salud de manera efectiva y oportuna.

Los reingresos hospitalarios son un indicador importante de la calidad de la atención médica, ya que pueden reflejar la capacidad de resolución asistencial. Esta sección del Estudio RESA evalúa diferentes tasas de reingresos en el ámbito de la hospitalización, las urgencias y la cirugía ambulatoria.

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

Mediante este indicador se analizan aquellos pacientes que reingresan al hospital tras 30 días desde su última alta en hospitalización. Como se observa en la **figura 30**, la tasa global es del 5,0 %, idéntica a la de la pasada edición. Siguen el mismo patrón las tasas en menores de edad (2,6 %) y adultos (5,1 %), que no presentan prácticamente variación.

Los gráficos de variabilidad por centro (**Figura 31**) muestran la existencia de una variabilidad moderada, con rangos que oscilan entre el 0 % y el 12 % en la tasa global y de adultos, y entre el 0 % y el 6 % en pacientes menores de edad.

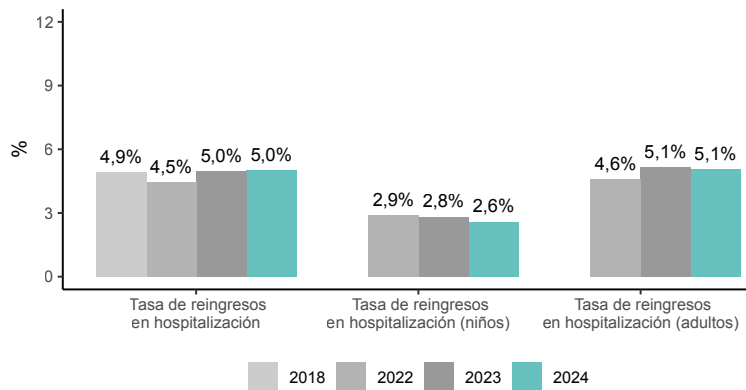


FIGURA 30. Comparativa con las ediciones pasadas de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta, desagregada en pacientes menores de edad y adultos. Hospitalizaciones analizadas en 2024: 744.160, 55.880 y 688.256, respectivamente.

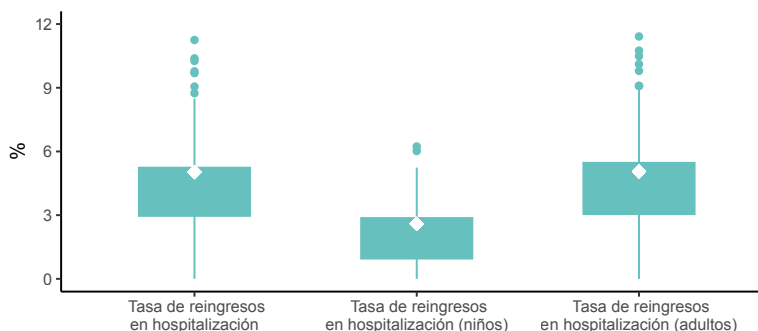


FIGURA 31. Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta, desagregada en pacientes menores de edad y adultos. Centros incluidos: 127.

3.3.2. Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días

La tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 mide la proporción de pacientes que requieren ser hospitalizados nuevamente dentro de los 7 días posteriores a una cirugía. Esta métrica es importante porque puede reflejar la efectividad de la intervención quirúrgica inicial, la calidad de los cuidados postoperatorios y la prevención de complicaciones.

La variabilidad por centro es, en general, baja en la tasa global y de adultos, con unos rangos de entre el 0 % y el 2 %. Se observa mayor variabilidad en la tasa en pacientes menores de edad, que oscila entre el 0 % y el 6 % (Figura 33).

La tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días se mantiene muy estable respecto a las pasadas ediciones, siendo del 1,3 % (Figura 32).

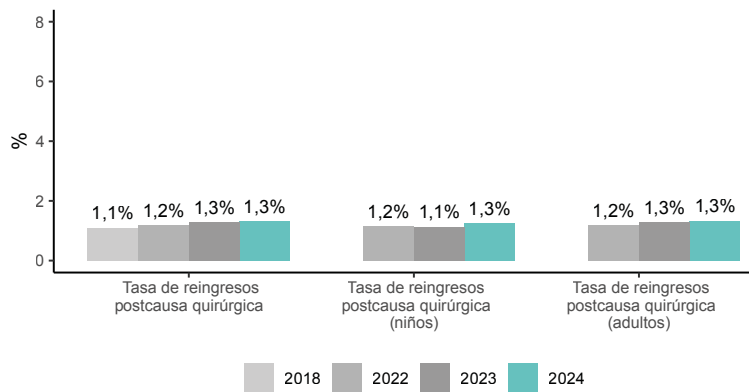


FIGURA 32. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días del alta, desagregada en pacientes menores de edad y adultos. Episodios analizados en 2024: 410.533, 16.941 y 393.580, respectivamente.

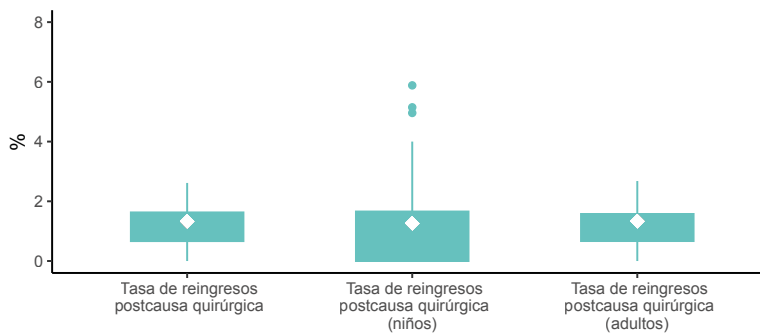


FIGURA 33. Variabilidad por centro de la tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días del alta, desagregada en pacientes menores de edad y adultos. Centros analizados: 127.

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

La tasa de retorno a urgencias a las 72 horas es un indicador que mide la proporción de pacientes que regresan al servicio de urgencias dentro de las 72 horas posteriores a su atención inicial. Este indicador puede señalar la necesidad de una reevaluación médica o la falta de resolución del problema de salud en la primera visita.

unos valores estables en los últimos años, lo que demuestra que la atención en el servicio de urgencias de la sanidad privada es efectiva y de calidad.

Respecto a la variabilidad de este indicador por centro, se observa que el rango de las tasas no es excesivamente ancho, oscilando entre el 2 % y el 4 % (**Figura 35**).

La tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta es del 3,1 % (**Figura 34**), manteniendo

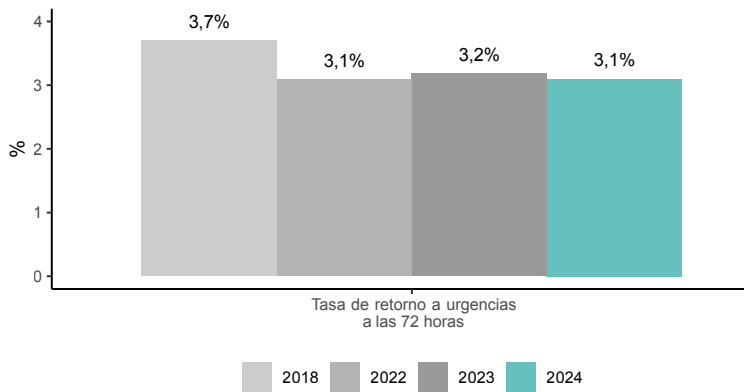


FIGURA 34. Comparativa de la tasa de retorno a urgencias a las 72 horas con las ediciones anteriores. Urgencias analizadas en 2024: 7.122.361.

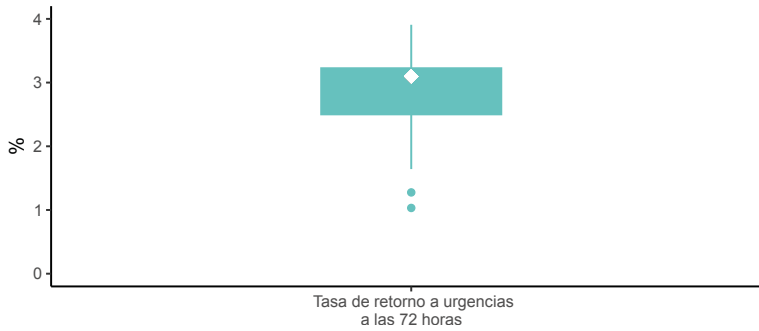


FIGURA 35. Variabilidad por centro de la tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta. Centros incluidos: 136.

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

La tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días es un indicador que evalúa la proporción de pacientes que requieren ser hospitalizados nuevamente dentro de los 30 días posteriores a una cirugía ambulatoria. Este indicador es importante para medir la efectividad de la cirugía ambulatoria, la calidad de los cuidados postoperatorios y la prevención de complicaciones que puedan requerir una atención adicional en la sanidad privada.

La tasa de reingresos a los 30 días tras una cirugía ambulatoria sigue en valores muy bajos (0,5 %), mejorando aún más respecto al resultado de la pasada edición (Figura 36). No se observan diferencias en el cálculo desagregado por edad.

La variabilidad por centro es baja (Figura 37), con rangos que oscilan entre el 0 % y el 2 %, aunque la mayoría de los centros obtienen tasas menores del 1 %.

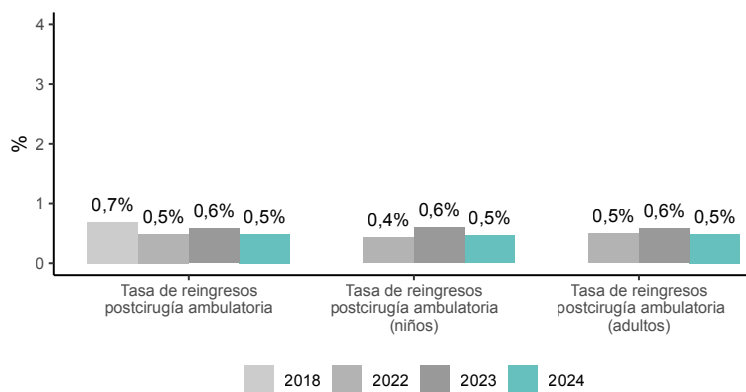


FIGURA 36. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días del alta, desagregada en menores de edad y adultos. Cirugías ambulatorias analizadas: 414.996, 22.488 y 392.508, respectivamente.

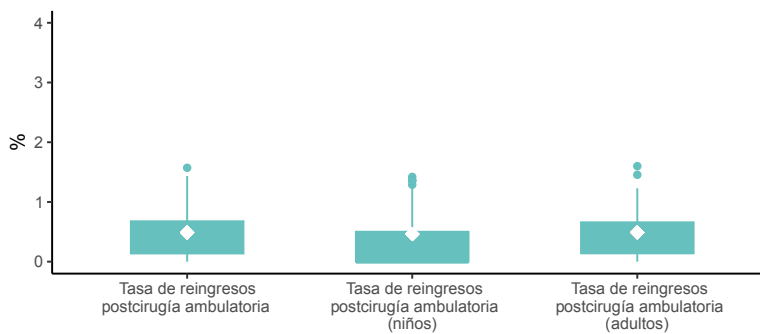


FIGURA 37. Variabilidad por centro de la tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días del alta, desagregada en menores de edad y adultos. Centros analizados: 127, 126 y 127, respectivamente.

3.4. Calidad y seguridad

La calidad y seguridad durante la asistencia médica son pilares fundamentales para salvaguardar la salud y bienestar de los pacientes, evitando posibles daños derivados de errores médicos, infecciones nosocomiales y otros riesgos. El Estudio RESA evalúa estos aspectos mediante indicadores significativos, como la acreditación de unidades

hospitalarias, los indicadores de seguridad del paciente (PSI) de la AHRQ y la tasa de intervenciones quirúrgicas seguras. Estas medidas son esenciales para garantizar una atención médica efectiva, segura y de calidad en el ámbito de la sanidad privada.

3.4.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

La acreditación y certificación son procedimientos que aseguran el cumplimiento de estándares de calidad establecidos en las unidades y servicios hospitalarios. Estos estándares requieren que las organizaciones cumplan con criterios específicos, lo que estimula la identificación de áreas de mejora y fomenta el progreso en su desarrollo.

observa en la **figura 38**, la sanidad privada mantiene unos resultados óptimos en todas las áreas: hospitalización (94,3 %), hospital de día (91,9 %), consultas externas y servicios ambulatorios (91,8 %), bloque quirúrgico y obstétrico (94,7 %), urgencias (91,0 %), servicios centrales de diagnóstico y terapéutico (92,2 %), gestión del paciente (86,9 %) y servicios generales de soporte (87,7 %).

Las acreditaciones garantizan la atención segura y de calidad para el paciente. Como se

Área	2018	2022	2023	2024
Hospitalización	86,0 %	83,6 %	92,7 %	94,3 %
Hospital de día	98,0 %	97,6 %	91,3 %	91,9 %
Consultas externas y servicios ambulatorios	85,0 %	91,1 %	92,0 %	91,8 %
Bloque quirúrgico y obstétrico	75,0 %	82,4 %	92,7 %	94,7 %
Urgencias	93,0 %	88,8 %	91,9 %	91,0 %
Servicios centrales de diagnóstico y terapéutico	95,5 %	85,1 %	93,0 %	92,2 %
Gestión del paciente	89,0 %	63,0 %	91,2 %	86,9 %
Servicios generales de soporte	74,0 %	80,7 %	91,2 %	87,7 %

FIGURA 38. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de centros que disponen de auditorías y certificaciones, por unidad hospitalaria. Centros incluidos en 2024: 137.

3.4.2. Indicadores de seguridad del paciente

El Estudio RESA evalúa la seguridad del paciente mediante el análisis de indicadores de calidad de la AHRQ, con el fin de establecer unos criterios objetivos y estandarizados. La AHRQ es una agencia federal estadounidense que genera indicadores de calidad asistencial para establecer un estándar internacional. En concreto, se han calculado los *AHRQ QI Patient Safety Indicators*.

Uno de los indicadores analizados es la tasa de mortalidad en grupo de diagnósticos relacionados (GRD) de baja mortalidad, en el que se analiza el porcentaje de episodios que acaban en *exitus*, a pesar de ser catalogados dentro de un GRD de baja mortalidad.

Como se muestra en la **figura 39**, la mortalidad en GRD de baja mortalidad ha subido ligeramente respecto a las ediciones pasadas, pero continúa en unos valores muy bajos (0,32 %).

También se ha evaluado la tasa de mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables. En este indicador se consideran los pacientes que han sido sometidos a alguna cirugía y que presentan una complicación seria tratable. El total de episodios analizados es de 732 y, de estos, un 13,86 % acaba en *exitus*. El resultado del indicador baja respecto a la edición pasada, y se detecta que la variación es estadísticamente significativa.

Indicador	N	2022	2023	2024
Mortalidad en GRD de baja mortalidad	137.642	0,12 %	0,16 %	0,32 %
Mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables	833	20,36 %	19,40 %	13,86 %

FIGURA 39. Comparativa con las ediciones anteriores de los resultados de seguridad del paciente.

En la **figura 40** se desglosa la tasa de mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables según la complicación ocurrida: trombosis venosa profunda (0,36 %), neumonía (1,58 %), sepsis

(6,20 %), shock séptico (5,11 %) y hemorragia gastrointestinal (0,61 %). La disminución en la tasa de mortalidad por sepsis se detecta como estadísticamente significativa mediante un test estadístico de comparación de medias.

Indicador	2022	2023	2024
Mortalidad por trombosis venosa profunda	1,12 %	0,82 %	0,36 %
Mortalidad por neumonía	2,73 %	3,01 %	1,58 %
Mortalidad por sepsis	9,97 %	7,65 %	6,20 %
Mortalidad por shock séptico	5,46 %	7,24 %	5,11 %
Mortalidad por hemorragia gastrointestinal	0,96 %	0,68 %	0,61 %

FIGURA 40. Comparativa con las ediciones anteriores de los resultados de seguridad del paciente.

El resto de los indicadores de la AHRQ que han sido analizados se presentan en la **figura 41**. En general, se obtienen unas tasas bajas en todas las complicaciones evitables estudiadas, a menudo, por debajo del 1%. La tasa de traumatismo obstétrico en parto vaginal instrumentado es la que obtiene una tasa mayor, con un 3,52%.

Como novedad de esta edición, se ha incorporado el cálculo de la tasa de infecciones nosocomiales, incluida también en la **figura 41**. Este indicador no está definido por la AQHR, sino que se basa en una metodología publicada por los observatorios de salud. Se obtiene un resultado del 0,29 %.

Indicador	N	2022	2023	2024
Úlcera por presión	399.487	0,04 %	0,03 %	0,05 %
Neumotórax iatrogénico	699.248	0,01 %	0,01 %	0,01 %
Infección sanguínea relacionada con catéter venoso central	403.439	0,02 %	0,02 %	0,02 %
Fractura de cadera intrahospitalaria	718.183	0,00 %	0,01 %	0,00 %
Hematoma o hemorragia postoperatoria	397.346	0,13 %	0,14 %	0,13 %
Daño agudo renal postoperatorio que requiere diálisis	336.714	0,02 %	0,02 %	0,01 %
Fallo respiratorio postoperatorio	339.023	0,02 %	0,02 %	0,01 %
Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda perioperatoria	406.189	0,04 %	0,03 %	0,04 %
Sepsis postoperatoria	338.240	0,06 %	0,05 %	0,05 %
Dehiscencia de herida quirúrgica postoperatoria	56.678	0,12 %	0,11 %	0,13 %
Punción o laceración accidental abdominopélvica	188.199	0,26 %	0,33 %	0,32 %
Traumatismo obstétrico – Parto vaginal instrumentado	8.009	2,90 %	2,74 %	3,52 %
Traumatismo obstétrico – Parto vaginal no instrumentado	26.571	0,49 %	0,59 %	0,65 %
Tasa de infecciones nosocomiales	349.690	-	-	0,29 %

FIGURA 41. Comparativa con las ediciones anteriores de los resultados de seguridad del paciente.

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

Este indicador se fundamenta en un procedimiento establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se apoya en la revisión sistemática de parámetros antes, durante y después de la operación para garantizar la seguridad óptima del paciente en cada intervención quirúrgica.

En la **figura 42** se muestra la tasa de intervenciones de cirugía segura obtenida, del

94,3 %. Presenta una leve variación respecto a la pasada edición, pero, aun así, muestra unos procedimientos óptimos en materia de seguridad del paciente.

La variabilidad por centro muestra que la gran mayoría de ellos tienen unas tasas muy cercanas al 100 %, y solamente unos pocos centros obtienen porcentajes menores (**Figura 43**).

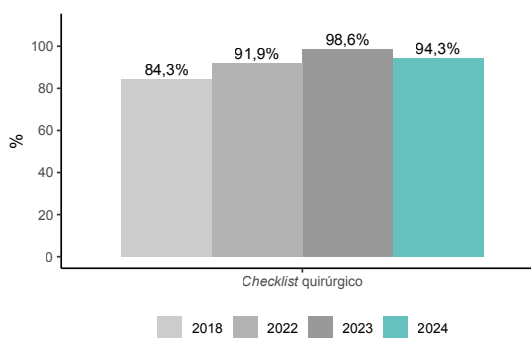


FIGURA 42. Comparativa de la tasa de intervenciones de cirugía segura con las pasadas ediciones. Cirugías analizadas en 2024: 145.755.

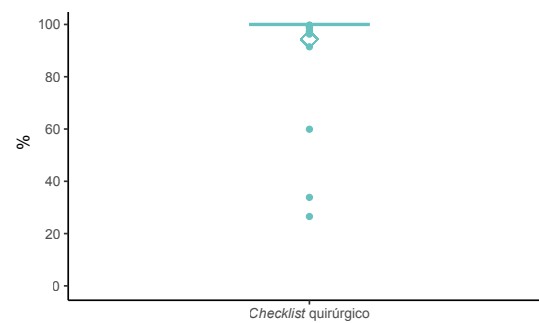


FIGURA 43. Variabilidad por centro de la tasa de intervenciones de cirugía segura. Centros incluidos: 94.

3.5. Productividad

La productividad en la sanidad privada es un factor clave que influye en la eficiencia y calidad de la atención médica. Mejorar la productividad en los servicios de salud privados implica utilizar de manera efectiva los recursos disponibles, optimizar los procesos clínicos y administrativos, y garantizar una atención oportuna y de calidad para los pacientes.

El Estudio RESA 2025 incorpora por primera vez un conjunto de indicadores para evaluar la productividad de la sanidad privada.

3.5.1. Índice de rotación de camas

El índice de rotación de camas es un indicador utilizado para evaluar el uso de las camas hospitalarias en un determinado periodo de tiempo en la sanidad privada. Este índice proporciona información sobre la eficiencia en la gestión de recursos y la capacidad de los hospitales para atender a los pacientes de manera oportuna y efectiva.

de camas en funcionamiento. El resultado obtenido es de 56,1, que indica que en cada una de las camas del hospital pasan, de media, 56 pacientes al año (**Figura 44**).

Este indicador se calcula dividiendo el número total de altas hospitalarias entre el número

Este indicador presenta una amplia variabilidad por centro (**Figura 45**), ya que los rangos oscilan entre los 10 y los 110 pacientes/cama al año. Aun así, se observa que la mayoría de ellos tienen un índice que oscila entre los 40 y los 70 pacientes por cama y año.

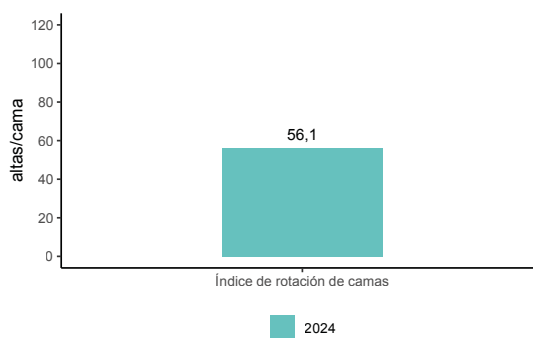


FIGURA 44. Índice de rotación de camas. Número de camas analizadas: 12.879.

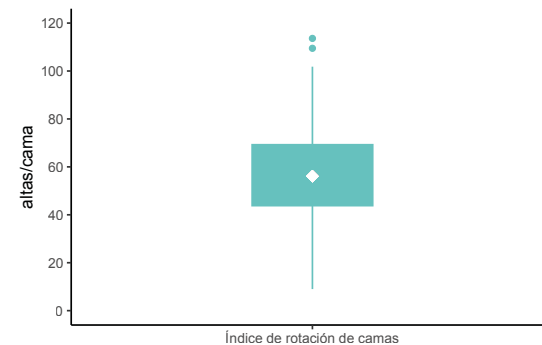


FIGURA 45. Variabilidad por centro del índice de rotación de camas. Centros incluidos: 122.

3.5.2. Tasa de ocupación de camas

La tasa de ocupación de camas es un indicador que mide el porcentaje de camas hospitalarias ocupadas en un periodo determinado. Esta métrica es esencial para evaluar la capacidad de los hospitales para atender a los pacientes, la eficiencia en la gestión de camas y recursos, y la planificación de la capacidad hospitalaria.

Como se refleja en la **figura 46**, la tasa de ocupación de camas en la sanidad privada es del 55,4 %. Esto significa que, durante más de la mitad de los días, cada cama del hospital está ocupada por algún paciente, lo que demuestra una utilización eficiente de los recursos disponibles.

La variabilidad de la tasa de ocupación de camas por centro es significativa, como se observa en la **figura 47**. Según el centro analizado, la tasa oscila entre el 10 % y el 100 %, con la mayoría de los centros concentrados en el rango del 40 % al 60 %. Esta variabilidad refleja la capacidad de la sanidad privada para adaptarse a las necesidades específicas de los pacientes tratados en cada centro, garantizando una atención personalizada y eficiente.

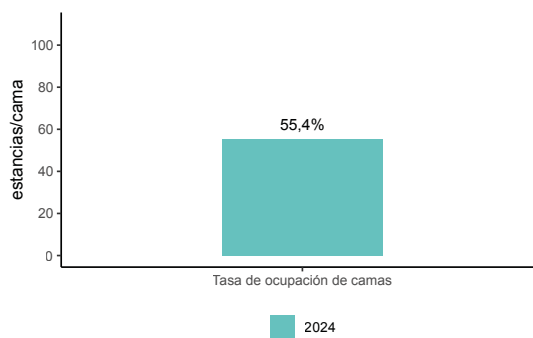


FIGURA 46. Tasa de ocupación de camas. Número de camas analizadas: 12.879.

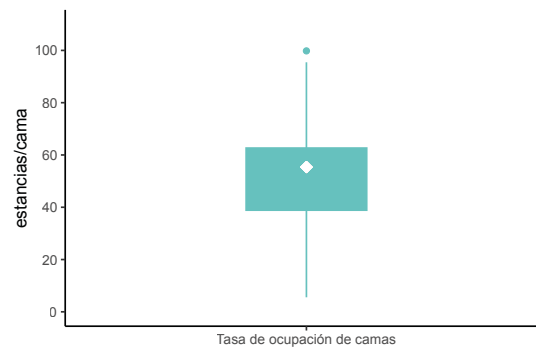


FIGURA 47. Variabilidad por centro de la tasa de ocupación de camas. Centros incluidos: 122.

3.5.3. Pruebas diagnósticas de imagen por máquina

El análisis del número de pruebas diagnósticas por máquina en funcionamiento es esencial para evaluar la eficiencia y productividad de los centros de salud. Estos resultados proporcionan información clave sobre la capacidad de los centros para atender a sus pacientes de manera oportuna y efectiva.

La tasa global de pruebas diagnósticas por máquina es de 14,2 pruebas diarias en promedio (**Figura 48**). Al desglosar los resultados por tipo de máquina, se observa que

las resonancias magnéticas lideran el grupo, con una tasa de 16,5 pruebas diarias, seguidas de las TAC con 14,6 y las mamografías con 10,3.

La variabilidad entre centros es moderada (**Figura 49**), aunque la mayoría de los centros presentan tasas que oscilan entre 10 y 20 pruebas diarias por máquina. Estos resultados destacan la capacidad de la sanidad privada para mantener una alta eficiencia y productividad en el uso de sus recursos diagnósticos.

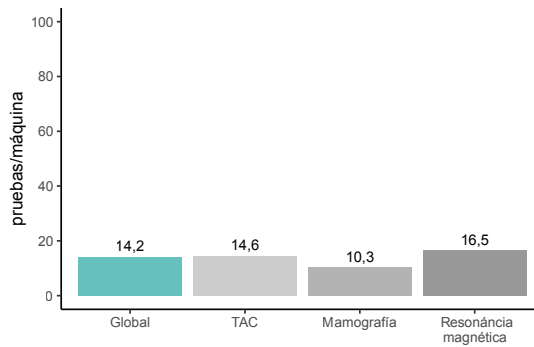


FIGURA 48. Resultados de las pruebas diagnósticas de imagen por máquina, desglosados por tipo de máquina. Número de pruebas analizadas: 2.372.609, 661.889, 500.859 y 1.209.861, respectivamente.

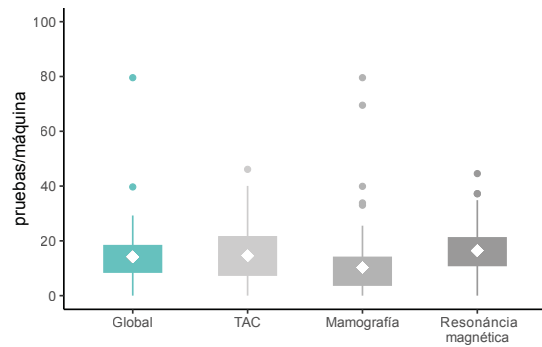


FIGURA 49. Variabilidad por centro de las pruebas diagnósticas de imagen por máquina, desglosadas por tipo de máquina. Número de centros incluidos: 110, 103, 102 y 104, respectivamente.

3.6. Cronicidad

El estudio de las enfermedades crónicas y sus indicadores hospitalarios es de suma importancia, debido a la necesidad de proporcionar una atención especializada y continua a estos pacientes. Analizar estos indicadores es esencial para mejorar la calidad asistencial, optimizar la gestión de recursos y garantizar la eficiencia en la prestación de servicios de salud privados. Por esta razón, el Estudio RESA 2025 incluye un módulo específico dedicado a los pacientes con enfermedades crónicas.

Esta dimensión abarca una amplia gama de afecciones crónicas, que incluyen trastornos respiratorios como el asma, cardiopatías, artrosis, diabetes, osteoporosis y enfermedades de salud mental. Para obtener una descripción detallada, se puede consultar la definición completa en el **anexo I.1** de este informe.

3.6.1. Porcentaje de estancias hospitalarias debidas a enfermedades crónicas

Se han analizado un total de 329.836 episodios de hospitalización y cirugía mayor ambulatoria (CMA) en los que el motivo de ingreso es alguna enfermedad crónica. Al contextualizar estos números, se observa que el 28,3 % del total de altas de hospitalización y el 18,5 % del total de altas de CMA se deben a enfermedades crónicas. Por lo tanto, es de especial relevancia abordar adecuadamente la asistencia a estos pacientes en la sanidad privada.

Si interpretamos estos números desde su impacto en las estancias hospitalarias, se observa que el 35,1 % del total de estancias hospitalarias se debe a enfermedades crónicas (**Figura 50**). De hecho, el impacto en las estancias varía según el centro, llegando incluso a ser de hasta el 60 % (**Figura 51**).

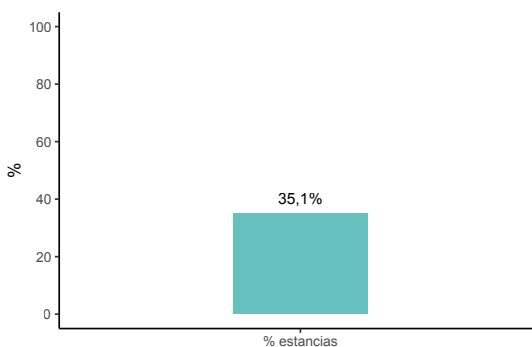


FIGURA 50. Porcentaje de estancias hospitalarias debidas a enfermedades crónicas respecto del total de estancias hospitalarias. Número de episodios analizados: 237.003.

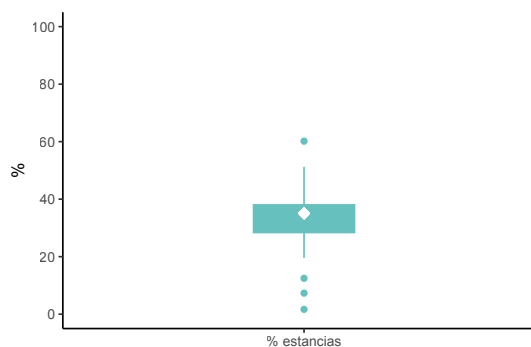


FIGURA 51. Variabilidad por centro del porcentaje de estancias hospitalarias debidas a enfermedades crónicas. Centros incluidos: 127.

3.6.2. Estancia media hospitalaria de las enfermedades crónicas

Los pacientes con enfermedades crónicas, caracterizados por su complejidad y la presencia de comorbilidades, presentan una estancia media en hospitalización de 4,6 días (**Figura 52**), aproximadamente 1 día más que la estancia media global analizada en el módulo de Eficiencia.

La variabilidad entre centros muestra que las estancias medias oscilan entre 2 y 7 días, aunque la mayoría de los centros registran una estancia media de entre 3 y 5 días (**Figura 53**).

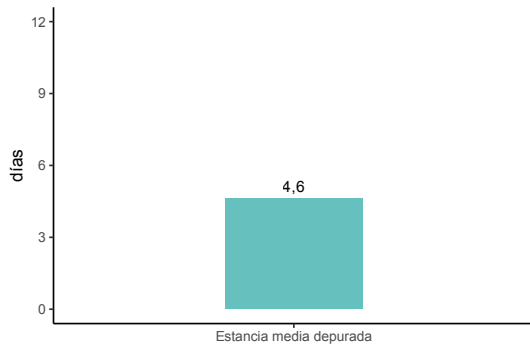


FIGURA 52. Estancia media hospitalaria de los episodios debidos a enfermedades crónicas. Episodios de hospitalización analizados: 237.003.

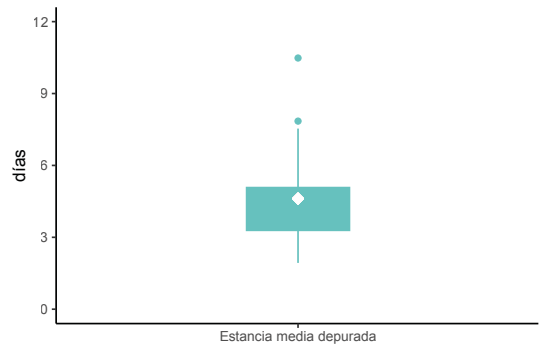


FIGURA 53. Variabilidad por centro de la estancia media hospitalaria de los episodios debidos a enfermedades crónicas. Centros incluidos: 127.

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

El análisis de los reingresos hospitalarios en pacientes con enfermedades crónicas es fundamental para identificar factores de riesgo y mejorar las estrategias de manejo clínico, con el objetivo de prevenir hospitalizaciones adicionales.

Según se muestra en la **figura 54**, la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con enfermedades crónicas es del 6,0 %. Existe una variabilidad entre centros, con tasas que oscilan entre el 0 % y el 12 %, aunque en la mayoría de los casos no superan el 7 % (**Figura 55**).

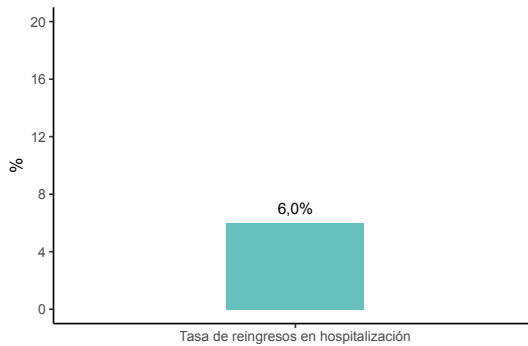


FIGURA 54. Tasa de reingresos a los 30 días del alta en pacientes con enfermedades crónicas. Episodios de hospitalización analizados: 209.151.

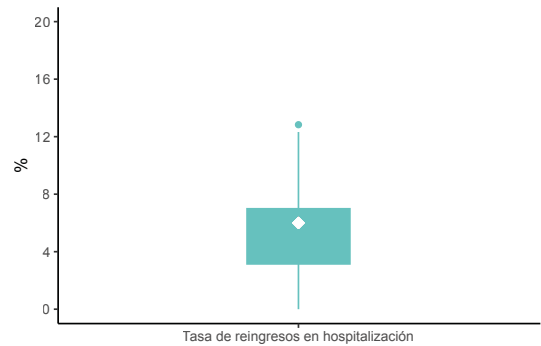


FIGURA 55. Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con enfermedades crónicas. Centros incluidos: 127.

3.6.4. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

Para finalizar el módulo de Cronicidad, se ha llevado a cabo un análisis de la mortalidad intrahospitalaria en pacientes ingresados por enfermedades crónicas. Los resultados muestran que la tasa de mortalidad es del 2,7 % (Figura 56).

Esta tasa varía entre los centros, ya que está fuertemente influida por la complejidad de los pacientes atendidos. Sin embargo, la mayoría de los centros presentan tasas de mortalidad que oscilan entre el 0 % y el 4 % (Figura 57).

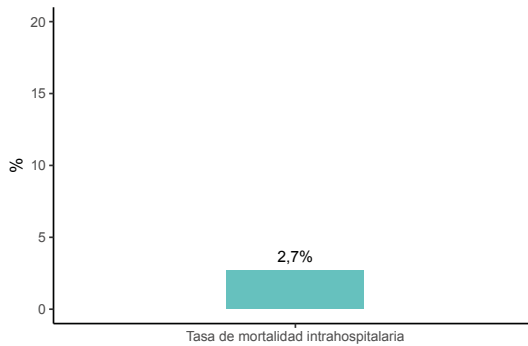


FIGURA 56. Tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con enfermedades crónicas. Episodios de hospitalización analizados: 221.832.

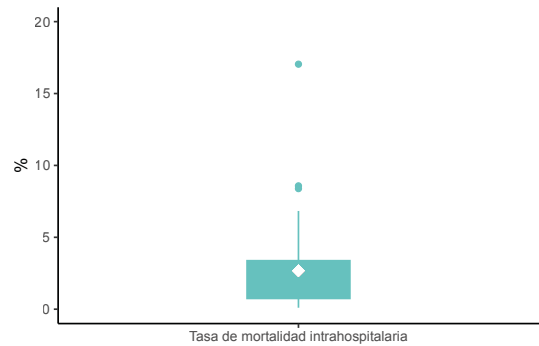


FIGURA 57. Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con enfermedades crónicas. Centros incluidos: 127.

3.7. Atención a los tumores malignos

La incorporación de un análisis detallado de los pacientes con tumores malignos en el Estudio RESA 2025 es fundamental para comprender la complejidad de su atención y la calidad de los servicios sanitarios ofrecidos. Evaluar a estos pacientes, que

presentan una alta carga de morbilidad, permite identificar los principales desafíos en la gestión clínica. Este enfoque integral es esencial para garantizar una atención óptima y personalizada a esta población en el ámbito de la sanidad privada.

3.7.1. Frecuentación hospitalaria

En el nuevo módulo de Atención a los tumores malignos se han analizado todos los episodios cuyo motivo de ingreso es un tumor maligno. La definición clínica de *tumor maligno* puede consultarse en el **anexo I.2**.

Este módulo lo conforman 53.881 episodios de hospitalización y CMA, de los cuales el 73,9 % corresponde a hospitalización (39.795) y el 26,1 % restante a CMA (14.086).

Cabe destacar que, de los 39.795 episodios de hospitalización, el 2,6 % son episodios de cuidados paliativos, que no se incluyen en el análisis de los indicadores ya que requieren de un enfoque diferenciado debido a la naturaleza de la atención recibida en este tipo de episodios.

El análisis de la frecuentación hospitalaria, es decir, la tasa de episodios por paciente, muestra que en hospitalización es de 1,14 y en CMA es de 1,07. La variabilidad entre centros no es muy marcada, ya que en ambos casos la frecuencia oscila entre 1 y 1,3 (**Figura 58**).

Estos datos ponen de manifiesto la capacidad de la sanidad privada para tratar a pacientes con tumores malignos, quienes a menudo presentan una alta complejidad y requieren una atención especializada y continua.

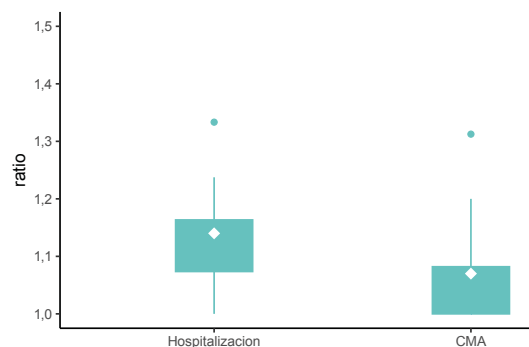


FIGURA 58. Variabilidad por centro de la frecuentación hospitalaria desglosada en hospitalización y CMA. Pacientes analizados: 32.359 y 12.509, respectivamente.

3.7.2. Tumores malignos más frecuentes en hospitalización

En la sanidad privada se atienden todo tipo de tumores malignos. En la **figura 59** se muestra el listado. La lista está encabezada por el tumor maligno de vejiga con un 15,2 %,

seguido del de mama con un 14,2 %, próstata con un 10,6 %, bronquio y pulmón con un 8,1 % y colon con un 7,9 %.

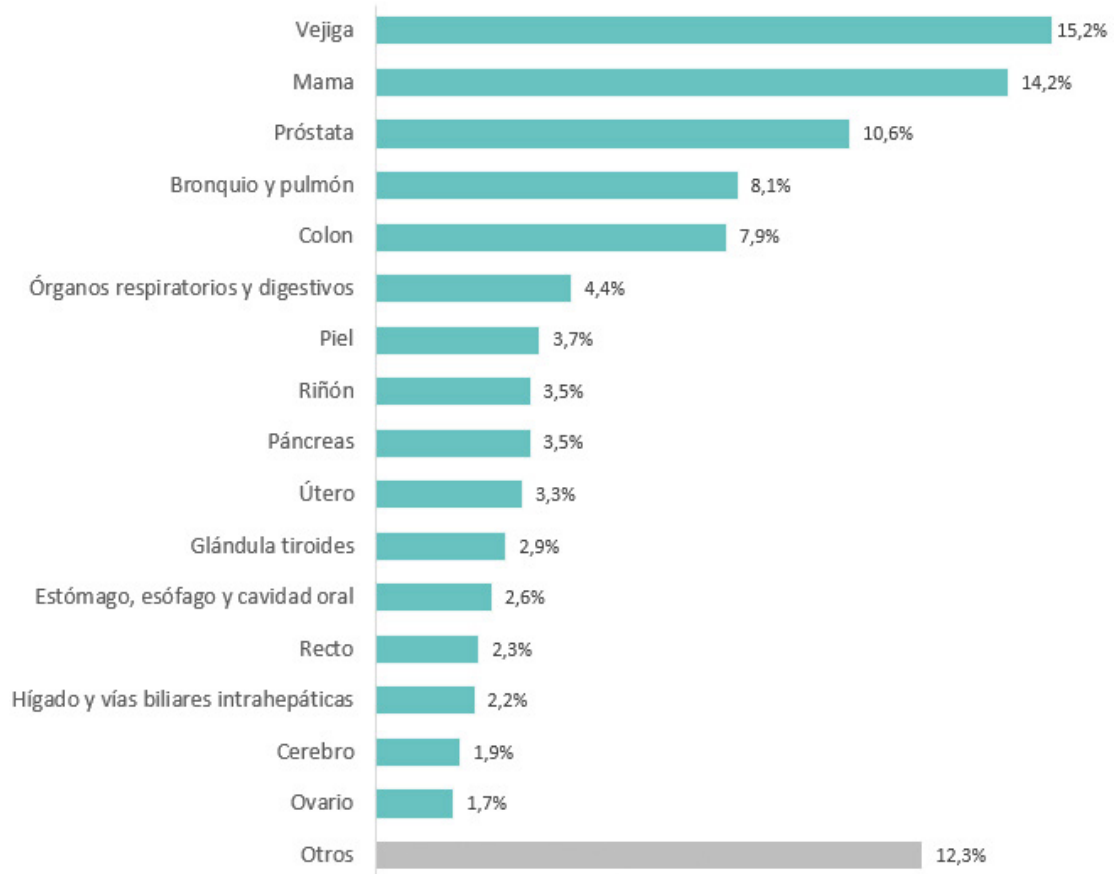


FIGURA 59. Listado de los tumores malignos más frecuentes en hospitalización.

3.7.3. Estancia media en hospitalización

La estancia media en hospitalización de episodios debidos a tumores malignos es de 5,3 días (**Figura 60**). En la **figura 61** se muestra la variabilidad por centro en las estancias medias. Se observa que las estancias medias van desde los 2 hasta los 9 días dependiendo del centro. De todas formas, la mayoría presenta una estancia media de alrededor de 4 o 5 días.

Las estancias medias en este tipo de episodios son más prolongadas que la estancia media global calculada en el módulo de Eficiencia, lo cual se puede atribuir a la alta carga de morbilidad que presentan este tipo de pacientes, además de una edad promedio de 68,6 años en hombres y 63,6 años en mujeres.

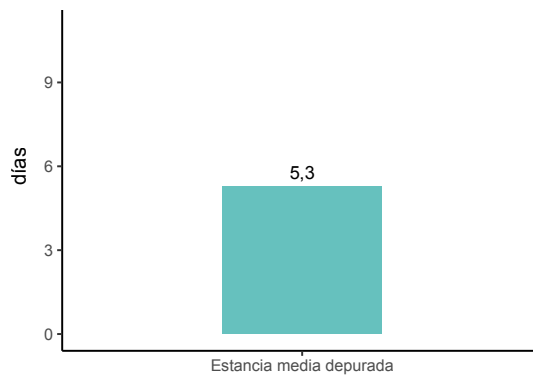


FIGURA 60. Estancia media en hospitalización de episodios debidos a tumores malignos. Episodios analizados: 38.779.

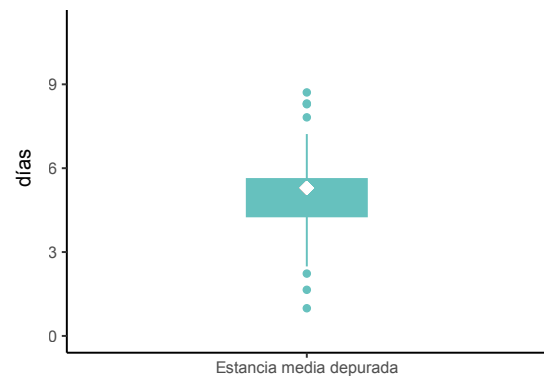


FIGURA 61. Variabilidad por centro de la estancia media en hospitalización de episodios debidos a tumores malignos. Centros incluidos: 126.

3.7.4. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

Para cerrar el módulo de Atención a los tumores malignos se ha analizado la mortalidad intrahospitalaria observada.

La tasa de mortalidad intrahospitalaria media es del 4,6 % (**Figura 62**), aunque se observa variabilidad entre los centros, con rangos que oscilan entre el 0 % y el 5 % principalmente (**Figura 63**).

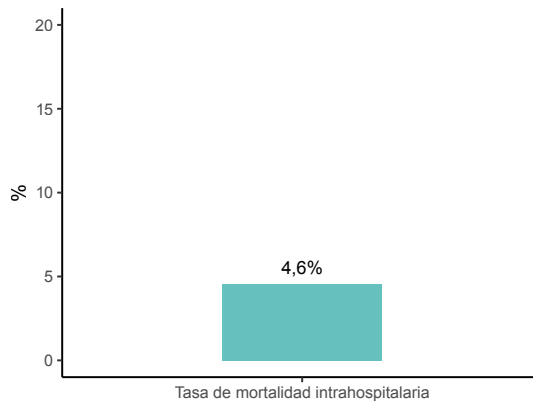


FIGURA 62. Tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con tumores malignos. Episodios analizados: 33.796.

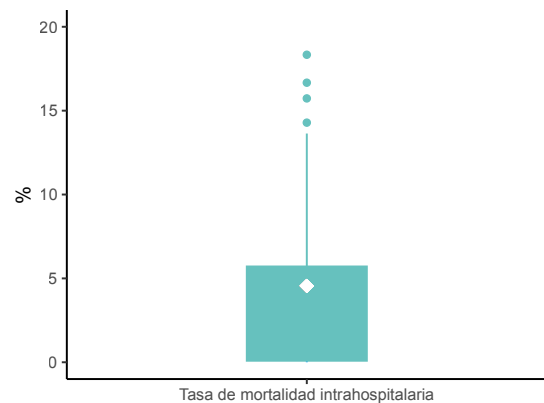


FIGURA 63. Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con tumores malignos. Centros incluidos: 126.

Se ha realizado un análisis adicional, desglosando la tasa de mortalidad intrahospitalaria por tipo de tumor. En la **figura 64** se puede observar la lista completa. La lista está encabezada por tumores como el de páncreas, esófago, bronquio y pulmón, hígado y vías biliares

y estómago, que presentan unas tasas de mortalidad intrahospitalaria de más del 10 %, seguramente a causa de la agresividad y rápida progresión de estas neoplasias. En contraste, tumores comunes como el de próstata o mama presentan una tasa de mortalidad intrahospitalaria inferior al 1 %.

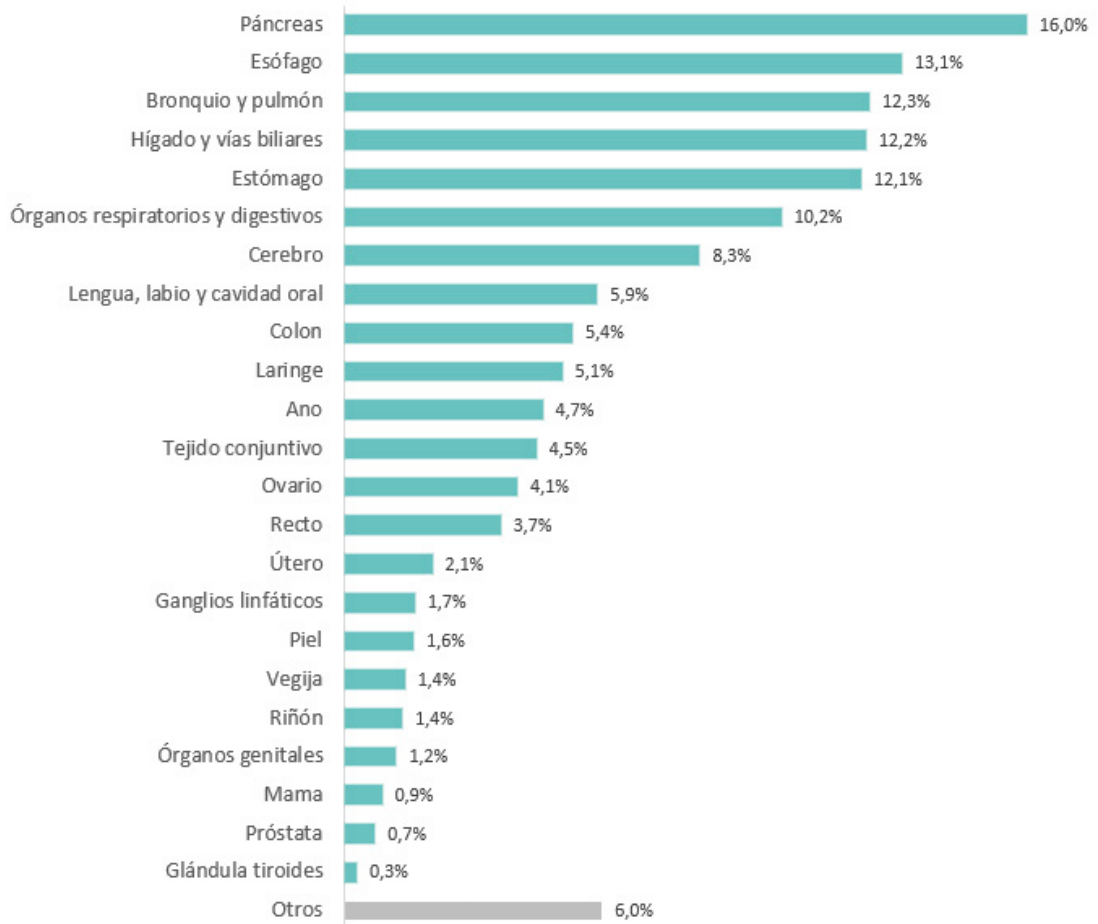


FIGURA 64. Tasa de mortalidad intrahospitalaria desglosada por tipo de tumor.

3.8. Procesos clínicos

Siguiendo el mismo patrón que en las dos últimas ediciones del Estudio RESA, se presenta un análisis por proceso clínico que ofrece una perspectiva detallada y específica de varias enfermedades. Este enfoque permite una comprensión más profunda de las necesidades y características de cada una de ellas.

Al desglosar los datos por proceso clínico, se pueden identificar patrones, tendencias y áreas de mejora en la atención sanitaria. Esto facilita la toma de decisiones y el diseño de

estrategias terapéuticas personalizadas para optimizar la calidad de la atención brindada. Este enfoque por proceso clínico proporciona una visión integral y especializada para abordar eficazmente una variedad de patologías y mejorar los resultados de salud de los pacientes. Los procesos clínicos estudiados incluyen cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer de colon, partos, hipertrofia benigna de próstata, fractura de cadera, infarto agudo de miocardio y cataratas. Las definiciones de todos los procesos clínicos pueden consultarse en el **anexo I**.

3.8.1. Fractura de cadera

3.8.1.1. Gestión de estancias

En este apartado se evalúa la gestión de estancias de las fracturas de cadera, ya que son un proceso clínico que tiende a presentar un alto consumo de recursos y estancias más prolongadas.

La estancia media bruta es de 8,5 días, mientras que la estancia media tras la depuración de *outliers* es de 7,7 días (**Figura 65**). Como muestra la **figura 66**, la variabilidad de la estancia media depurada entre centros va desde los 5 hasta los 12 días.

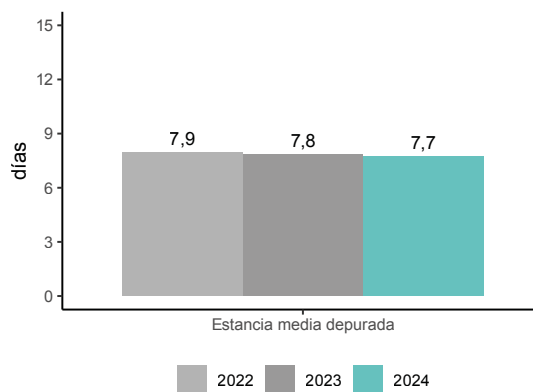


FIGURA 65. Estancia media depurada en los episodios de hospitalización de fractura de cadera. Episodios analizados de 2024: 4.565.

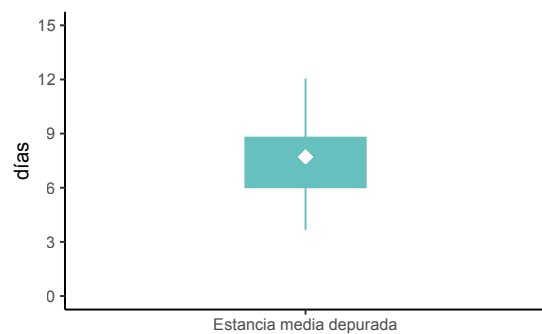


FIGURA 66. Variabilidad por centro de la estancia media depurada en fractura de cadera. Centros incluidos: 117.

Además, los resultados muestran que tan solo el 4,1 % de los episodios hospitalizados tienen una estancia superior a los 20 días y que prácticamente el 70 % de los episodios

son intervenidos en menos de 48 horas desde el ingreso (**Figura 67**). La variabilidad por centros se muestra en la **figura 68**.

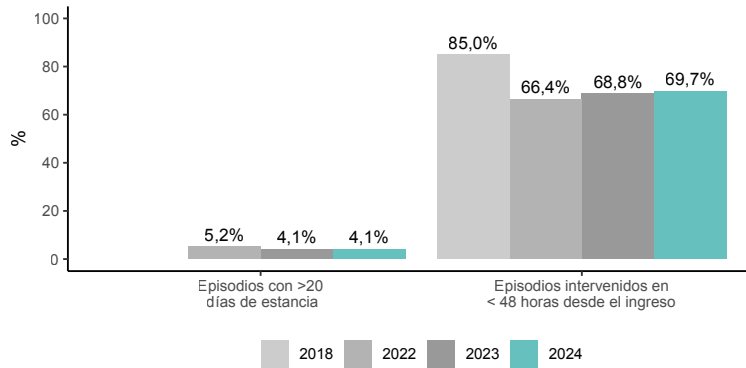


FIGURA 67. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de episodios con fractura de cadera con más de 20 días de estancia, y episodios intervenidos en menos de 48 horas desde el ingreso. Episodios de hospitalización analizados de 2024: 4.668.

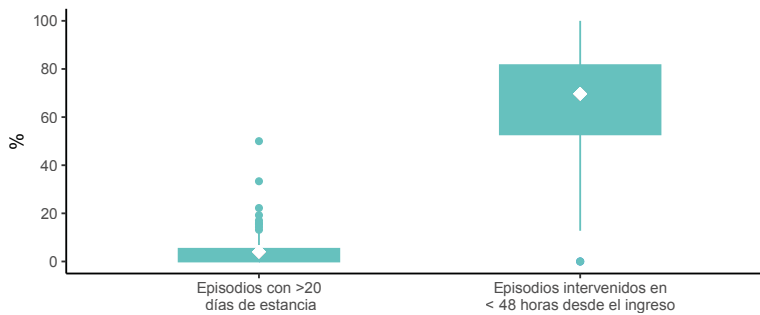


FIGURA 68. Variabilidad por centro de la tasa de episodios con fractura de cadera con más de 20 días de estancia, y episodios intervenidos en menos de 48 horas desde el ingreso. Centros incluidos: 117.

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

La tasa de reingresos es un indicador que ofrece una visión detallada de la capacidad de resolución de la sanidad. En el caso de la fractura de cadera, se observa que la tasa de reingresos es del 8,0 %, un resultado que se mantiene muy estable desde ediciones anteriores (**Figura 69**).

La variabilidad por centro oscila entre el 0 % y el 25 %. Esta amplitud podría deberse a la complejidad y casuística de los pacientes tratados en cada centro (**Figura 70**).

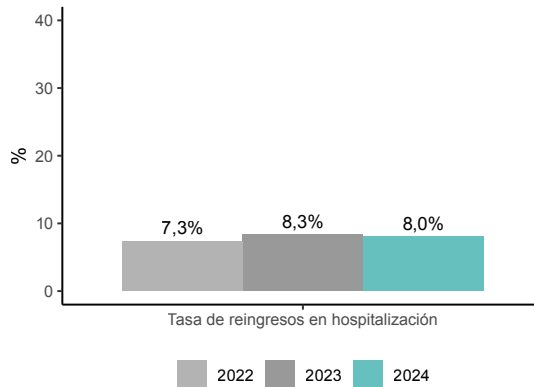


FIGURA 69. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de fractura de cadera. Episodios analizados de 2024: 4.071.

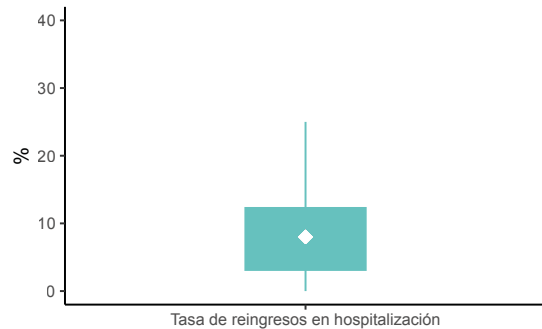


FIGURA 70. Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de fractura de cadera. Centros incluidos: 115.

3.8.1.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

La tasa de mortalidad intrahospitalaria ha experimentado un descenso de un 1 %, situándose en un 2,4 % (Figura 71).

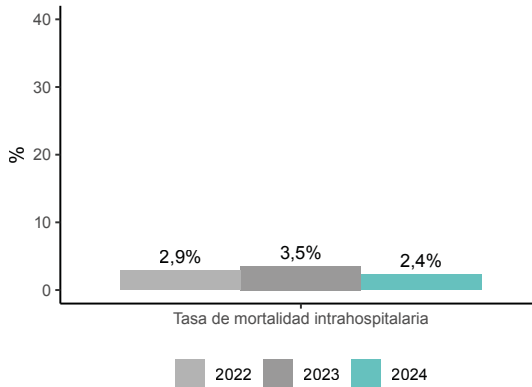


FIGURA 71. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en fractura de cadera. Episodios analizados de 2024: 4.670.

La variabilidad por centro en la tasa de mortalidad intrahospitalaria se muestra en la figura 72. Se observa que la mayoría de los centros tienen una tasa menor del 5 %.

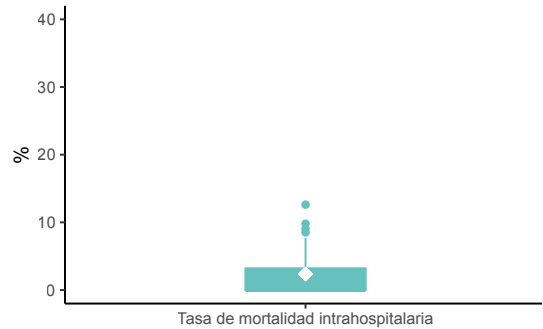


FIGURA 72. Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en fractura de cadera. Centros incluidos: 117.

También se ha analizado la tasa de mortalidad intrahospitalaria desglosada por tipo de fractura, ya sea por fractura de cadera pertrocanterea o fractura de cuello de fémur. Ambas tasas siguen el mismo patrón que

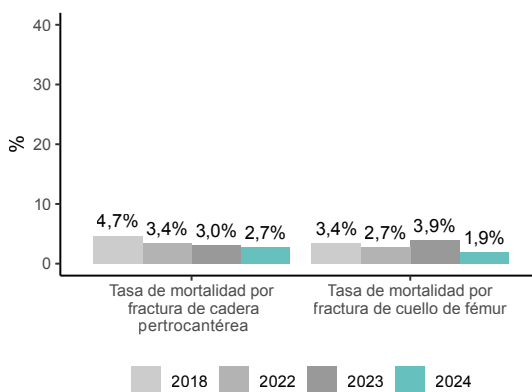


FIGURA 73. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera pertrocanterea y fractura de cuello de fémur. Episodios de hospitalización analizados de 2024: 1.506 y 2.843, respectivamente.

la tasa de mortalidad global y descienden respecto el año pasado hasta el 2,7 % en la fractura de cadera pertrocanterea y el 1,9 % en la fractura de cuello de fémur (Figuras 73 y 74).

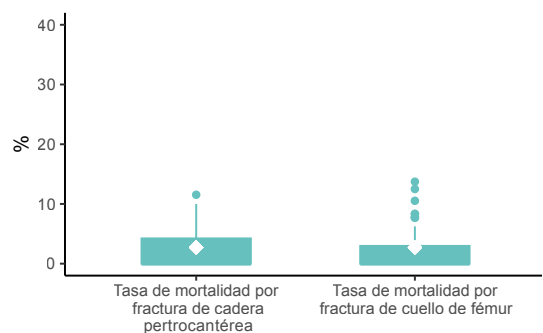


FIGURA 74. Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera pertrocanterea y fractura de cuello de fémur. Centros incluidos: 113 y 144, respectivamente.

Para profundizar aún más en los resultados de mortalidad intrahospitalaria, se han calculado las tasas de mortalidad intrahospitalaria según si la fractura de cadera requería de

prótesis sintética o no. En ambos casos la mortalidad desciende, con un 2,2 % en las fracturas con prótesis y un 2,4 % en las fracturas sin prótesis (**Figuras 75 y 76**).

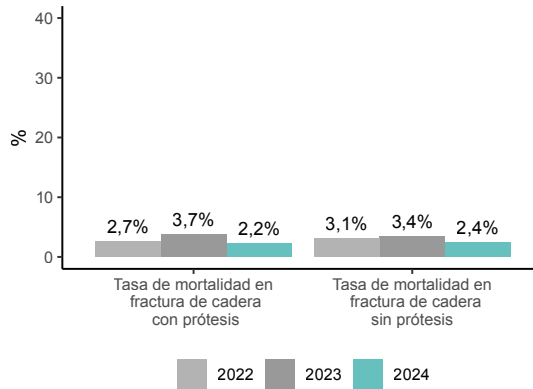


FIGURA 75. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de mortalidad intrahospitalaria según si la fractura de cadera requería de prótesis sintética o no. Episodios de hospitalización analizados de 2024: 2.014 y 2.656, respectivamente.

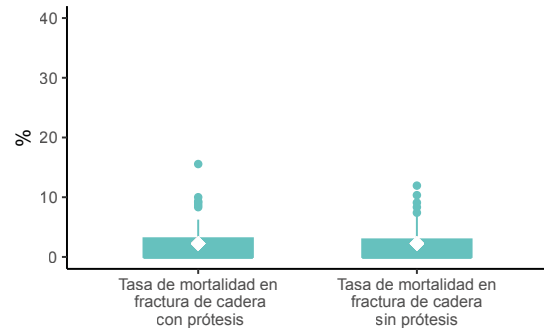


FIGURA 76. Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria según si la fractura de cadera requería de prótesis sintética o no. Centros incluidos: 111 y 115, respectivamente.

3.8.2. Partos

3.8.2.1. Estancia media

La estancia media bruta en los episodios de parto es de 3,0 días, y la estancia media depurada es de 2,8 días (**Figura 77**). Apenas

se observa variabilidad entre los centros analizados (**Figura 78**).

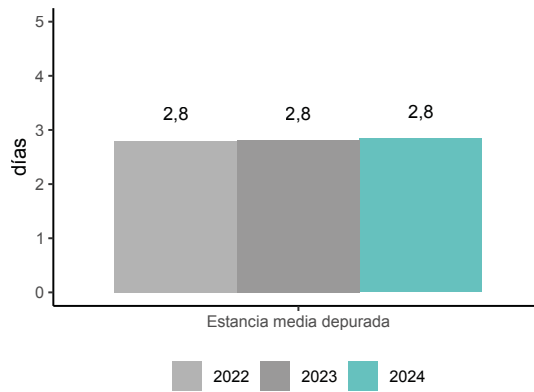


FIGURA 77. Comparativa con las ediciones anteriores de la estancia media depurada en partos. Episodios analizados de 2024: 50.255.

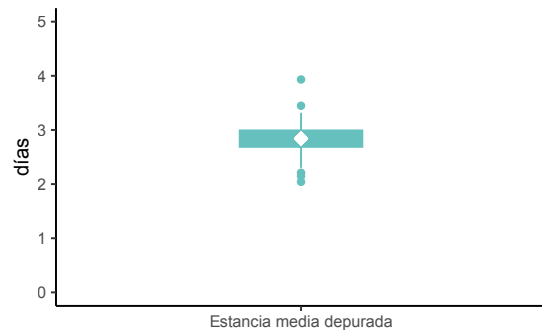


FIGURA 78. Variabilidad por centro de la estancia media depurada en partos. Centros incluidos: 77.

3.8.2.2. Tasa de partos por cesárea

La tasa de partos por cesárea en la sanidad privada es del 33,3 % (**Figura 79**), un valor que se ha estabilizado desde la pasada edición.

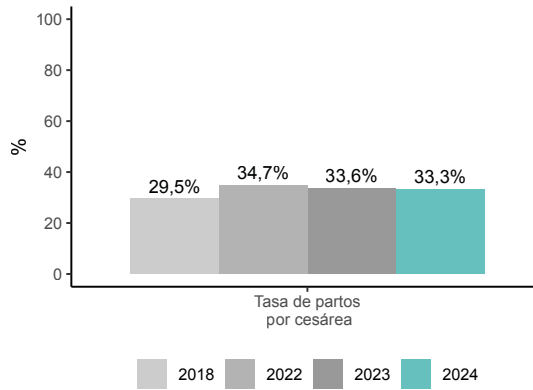


FIGURA 79. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de partos por cesárea. Episodios analizados de 2024: 54.551.

Se observa una variabilidad por centro moderada, con tasas de entre el 30 % y el 40 % (**Figura 80**).

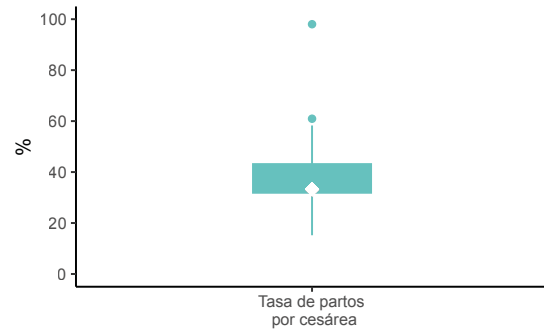


FIGURA 80. Variabilidad por centro de la tasa de partos por cesárea. Centros incluidos: 77.

La posibilidad de optar a un parto natural dependerá de distintos factores, entre ellos la edad gestacional y el riesgo durante el parto. Para contextualizar el indicador anterior, se ha calculado la tasa de partos por cesárea en partos de bajo riesgo. La definición clínica de parto de bajo riesgo está en el **anexo I.5.2**.

La tasa de partos por cesárea en partos de bajo riesgo es del 21,3 %, menor a la observada en la pasada edición (**Figura 81**) y notablemente más baja que la tasa de cesáreas global.

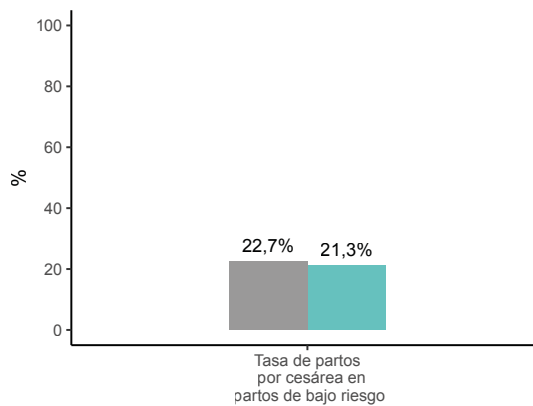


FIGURA 81. Comparativa con la edición anterior de la tasa de partos por cesárea en partos de bajo riesgo. Episodios analizados de 2024: 15.633.

La tasa de cesáreas en partos de bajo riesgo presenta una gran variabilidad por centro (**Figura 82**), pero la mayoría de los centros tienen una tasa de entre el 20 % y el 30 %.

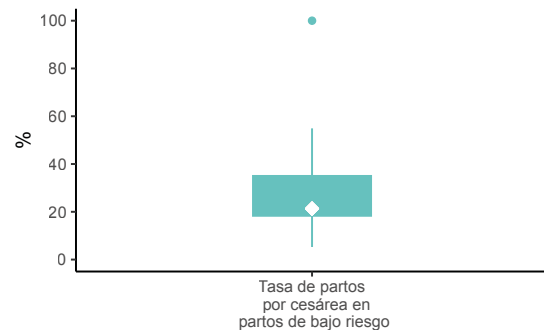


FIGURA 82. Variabilidad por centro de la tasa de partos por cesárea en partos de bajo riesgo. Centros incluidos: 76.

3.8.2.3. Tasa de partos vaginales con cesárea previa

La probabilidad de un parto vaginal después de una cesárea previa suele verse limitada por el riesgo de complicaciones durante el trabajo de parto que podrían poner en peligro la vida de la madre o del bebé. La viabilidad de esta opción está condicionada por diversos factores, como el tipo de incisión uterina realizada en la cesárea previa o la historia obstétrica de la mujer. Por tanto, la viabilidad de esta elección estará estrechamente vinculada a las circunstancias particulares de cada paciente.

Este indicador evalúa la tasa de partos que se han realizado de forma vaginal tras haber tenido una cesárea en un anterior embarazo.

Se han analizado un total de 2.350 episodios, y los resultados indican que el 30,0 % de estos partos son vaginales a pesar de la cesárea previa (**Figura 83**).

La variabilidad de la tasa por centro dependerá de la casuística de las pacientes atendidas; esto explicaría el amplio rango de tasas observadas (**Figura 84**).

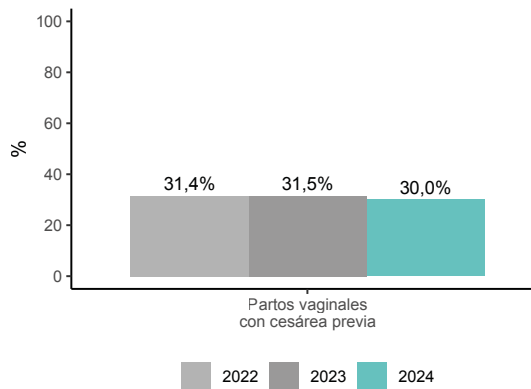


FIGURA 83. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de partos vaginales con cesárea previa. Episodios analizados: 2.350.

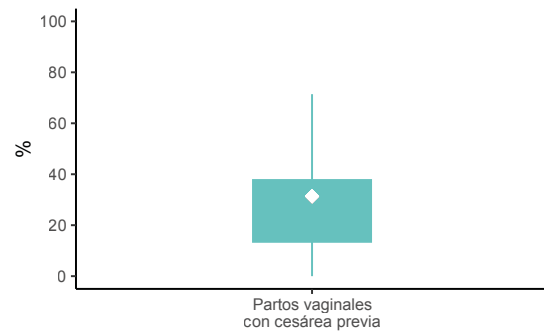


FIGURA 84. Variabilidad por centro de la tasa de partos vaginales con cesárea previa. Centros incluidos: 68.

3.8.2.4. Ingresos preparto

Para cerrar el análisis de Partos, se calcula el porcentaje de ingresos en el hospital a causa de un falso trabajo de parto.

La tasa de ingresos preparto aumenta ligeramente respecto a las ediciones pasadas y se sitúa en un 6,3 % (Figura 85). No se observa una destacable variabilidad por centro, ya que la mayoría tienen tasas de entre el 5 % y el 7 % (Figura 86).

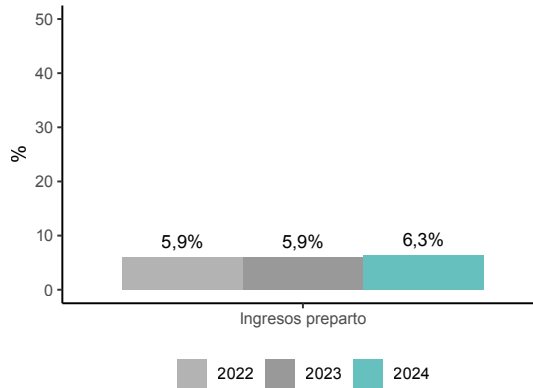


FIGURA 85. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de ingresos preparto. Episodios analizados de 2024: 54.551.

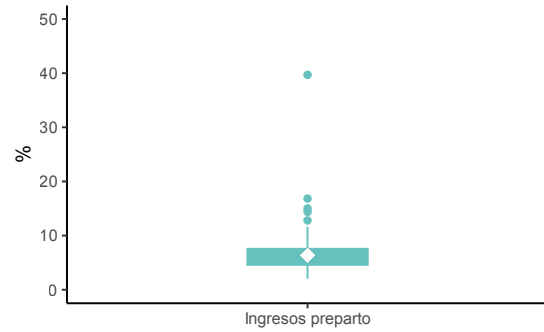


FIGURA 86. Variabilidad por centro de la tasa de ingresos preparto. Centros incluidos: 92.

3.8.3. Cáncer de mama

3.8.3.1. Estancia media

La estancia media bruta en hospitalización de las pacientes ingresadas por cáncer de mama es de 2,1 días. La estancia media depurada, tras la eliminación de *outliers*, es de 1,6 días (**Figura 87**). Los resultados de las últimas

ediciones son prácticamente idénticos. La estancia media depurada es poco variable por centro, con estancias de entre 1 y 3 días (**Figura 88**).

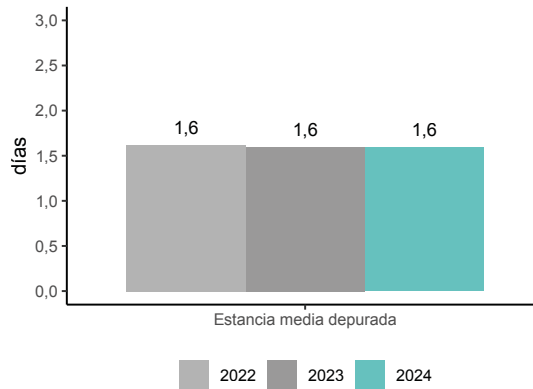


FIGURA 87. Comparativa con las ediciones anteriores de la estancia media depurada en cáncer de mama. Episodios de hospitalización analizados de 2024: 5.455.

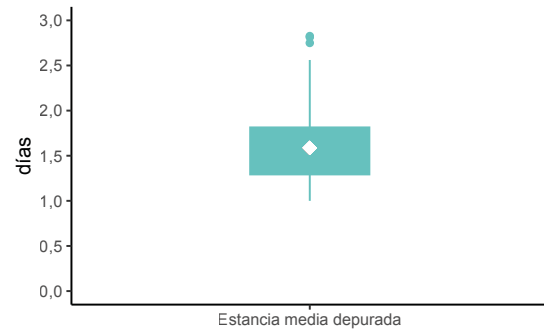


FIGURA 88. Variabilidad por centro de la estancia media depurada en cáncer de mama. Centros incluidos: 105.

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

Como se observa en la **figura 89**, solamente un 2,6 % de las pacientes con cáncer de mama requieren de un reingreso en el hospital a los 30 días posteriores al alta. Este resultado es parecido a los de las últimas ediciones.

El porcentaje de reingresos no supera el 4 % en prácticamente la mayoría de los centros analizados (**Figura 90**).

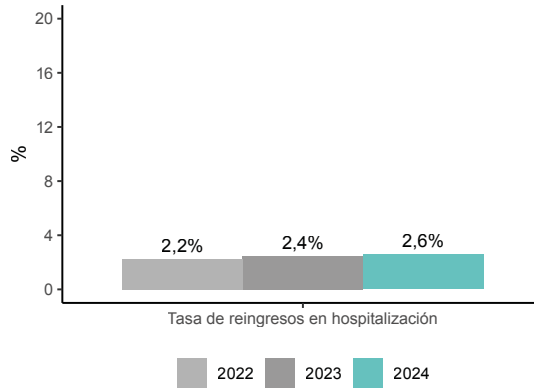


FIGURA 89. Comparación con las ediciones anteriores de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en cáncer de mama. Episodios analizados de 2024: 5.298.

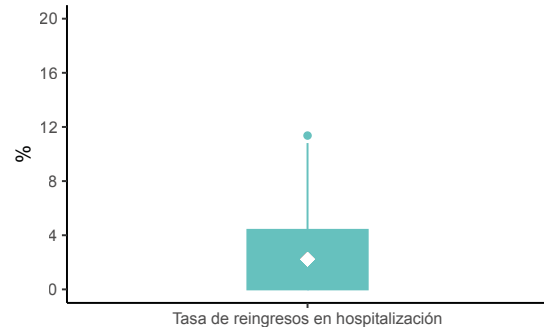


FIGURA 90. Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en cáncer de mama. Centros incluidos: 104.

3.8.3.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

La tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cáncer de mama representa un 1 % del total de las pacientes ingresadas en el hospital (**Figura 91**). Los resultados por centro

muestran que al menos el 75 % de los centros analizados tienen una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 3 % (**Figura 92**).

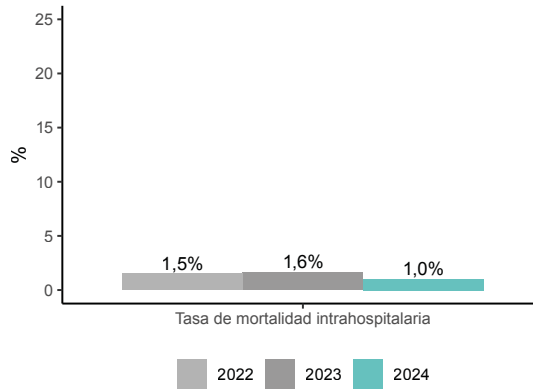


FIGURA 91. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en cáncer de mama. Episodios analizados de 2024: 5.399.

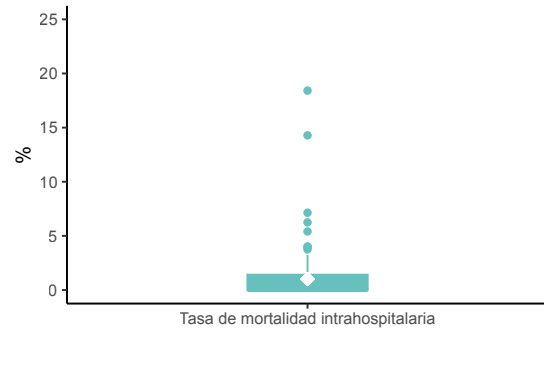


FIGURA 92. Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en cáncer de mama. Centros incluidos: 105.

3.8.3.4. Tasa de ambulatorización

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

La tasa de ambulatorización asciende hasta el 26,1 % (Figura 93), confirmando la tendencia al aumento que se venía observando en las pasadas ediciones.

La variabilidad por centro es amplia, llegando hasta el 80 %. Cabe destacar que la gran mayoría de los hospitales tienen tasas de ambulatorización de menos del 50 % (Figura 94), pero, tal y como comentamos anteriormente, estos resultados pueden estar directamente influidos por la casuística y complejidad de las pacientes analizadas.

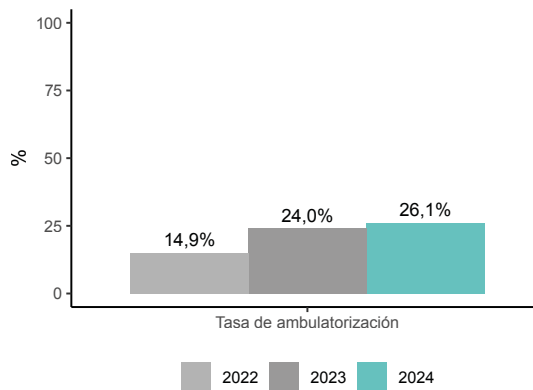


FIGURA 93. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de ambulatorización en cáncer de mama.

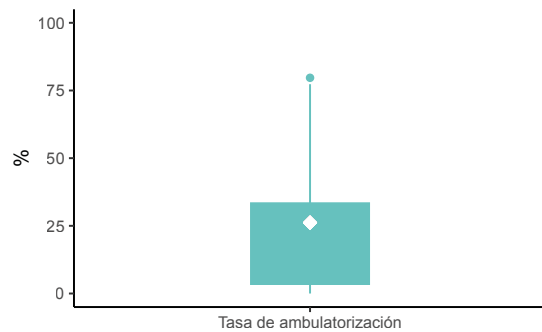


FIGURA 94. Variabilidad por centro de la tasa de ambulatorización en cáncer de mama. Centros incluidos: 101.

3.8.4. Cáncer de pulmón

3.8.4.1. Estancia media

Los pacientes ingresados en el hospital por cáncer de pulmón tienen una estancia media bruta de 7,5 días y una estancia media depurada de 6,3 días (**Figura 95**). Este último valor se ha mantenido constante a lo largo de los últimos años estudiados.

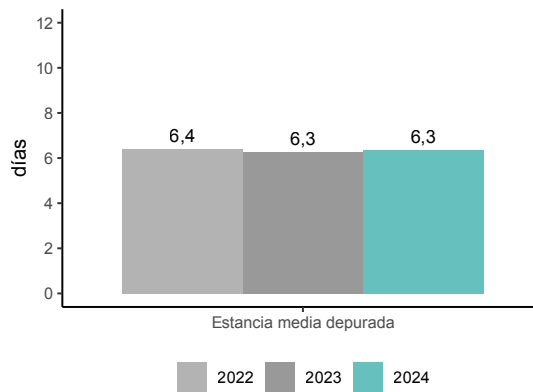


FIGURA 95. Comparativa con las ediciones anteriores de la estancia media depurada en cáncer de pulmón. Episodios analizados de 2024: 3.408.

La variabilidad por centro es amplia, con estancias medias que van desde los 3 hasta los 10 días (**Figura 96**).

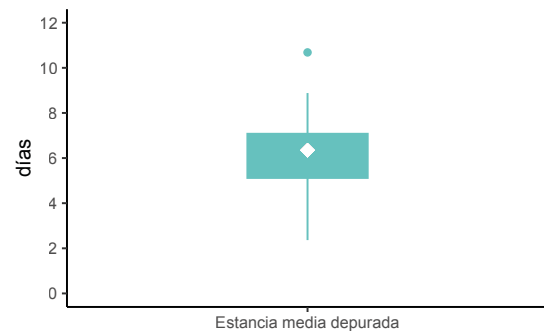


FIGURA 96. Variabilidad por centro de la estancia media depurada en cáncer de pulmón. Centros incluidos: 113.

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

La tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en cáncer de pulmón es del 17,0 % (**Figura 97**), una variación estadísticamente significativa respecto al resultado de la edición anterior (16,4 %).

Los pacientes con cáncer de pulmón se caracterizan por tener una alta complejidad y múltiples comorbilidades, y según su casuística es probable que requieran reingresar con más asiduidad. Esto se refleja en la gran variabilidad por centro, con rangos que oscilan entre el 0 % y el 40 % (**Figura 98**).

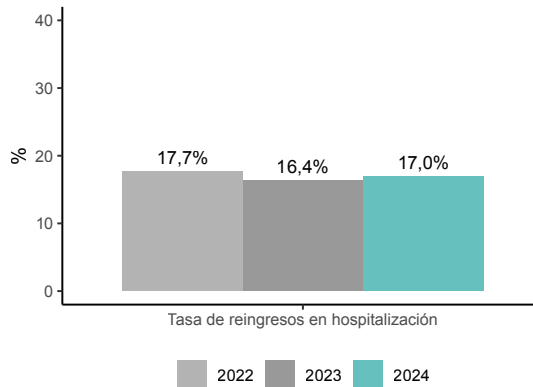


FIGURA 97. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en cáncer de pulmón. Episodios analizados de 2024: 2.843.

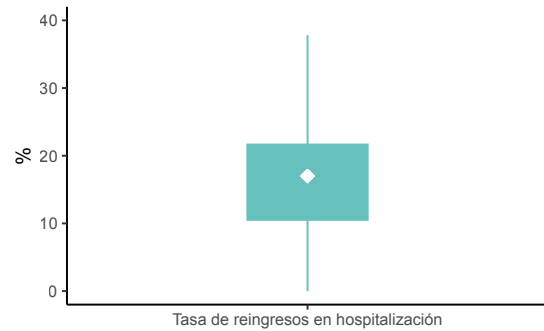


FIGURA 98. Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en cáncer de pulmón. Centros incluidos: 104.

3.8.4.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

El cáncer de pulmón es uno de los tumores más letales. Tras analizar más de 3.500 episodios de hospitalización de cáncer de pulmón, se observa que la tasa de mortalidad intrahospitalaria es del 10,1 % (**Figura 99**). A pesar de obtener valores relativamente altos en comparación con el resto de los procesos clínicos oncológicos analizados, se observa

una tendencia a la baja, lo que puede reflejar una buena gestión por parte de la sanidad privada en este tipo de proceso clínico.

La variabilidad por centro alcanza hasta el 30 % (**Figura 100**), seguramente a causa de las diferencias en la casuística de los pacientes atendidos.

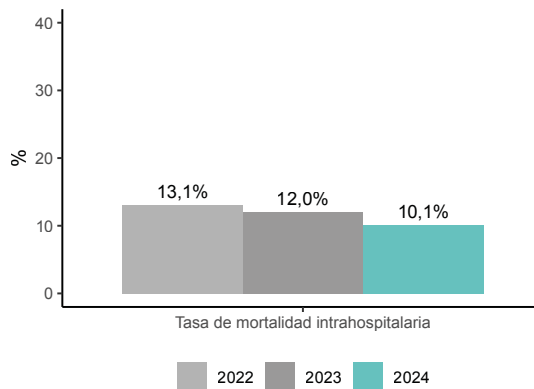


FIGURA 99. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en cáncer de pulmón. Episodios analizados de 2024: 3.533.



FIGURA 100. Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en cáncer de pulmón. Centros incluidos: 114.

3.8.5. Cáncer de próstata

3.8.5.1. Estancia media

Los episodios de hospitalización de cáncer de próstata tienen una estancia media bruta de 3,3 días y una estancia media depurada de 2,6 días (**Figura 101**). De la misma forma que ocurre con el cáncer de mama, este tipo de tumor normalmente se diagnostica de forma temprana gracias a los programas de cribado y detección. Por ello, las estancias medias en hospitalización tienden a ser más cortas que en otros procesos clínicos oncológicos.

De hecho, no se observa una gran variabilidad por centro (**Figura 102**), sino que la mayoría de ellos tienen una estancia media depurada de entre 2 y 3 días, reflejando la buena gestión de este proceso clínico por parte de la sanidad privada.

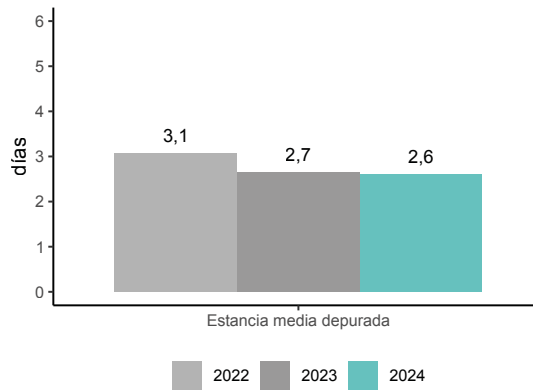


FIGURA 101. Comparativa con las ediciones anteriores de la estancia media depurada en cáncer de próstata. Episodios analizados de 2024: 3.848.

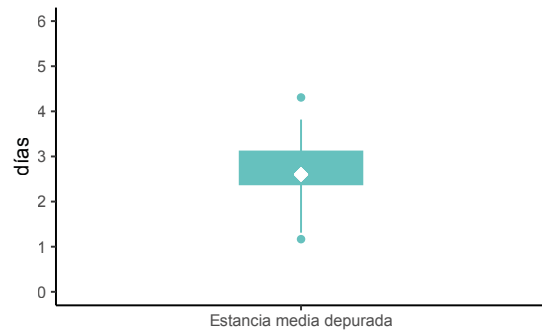


FIGURA 102. Variabilidad por centro de la estancia media depurada en cáncer de próstata. Centros incluidos: 107.

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

La tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en cáncer de próstata se sitúa en un 6,0 %, ligeramente superior a la de la pasada edición (**Figura 103**), variación que se detecta como estadísticamente significativa mediante un test de comparación de medias.

Existe variabilidad por centro, aunque el 75 % de ellos no tienen tasas superiores al 10 % (**Figura 104**).

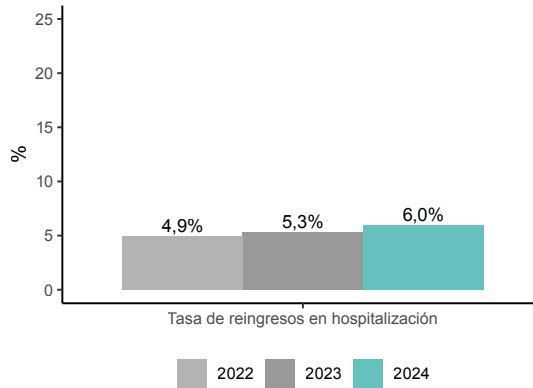


FIGURA 103. Comparación con las ediciones anteriores de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en cáncer de próstata. Episodios analizados en 2024: 3.758.

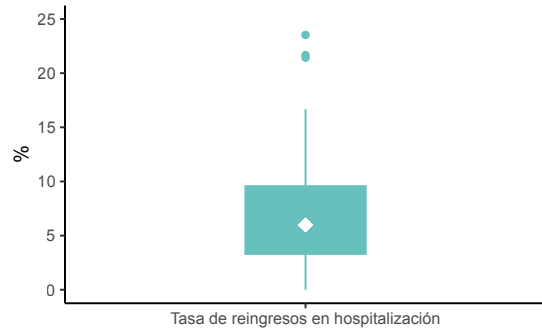


FIGURA 104. Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en cáncer de próstata. Centros incluidos: 107.

3.8.5.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

Tras analizar 4.000 episodios de hospitalización cuyo motivo de ingreso es el cáncer de próstata, se obtiene una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 0,9 % (Figura 105), considerablemente inferior al 1,5 % obtenido en la pasada edición.

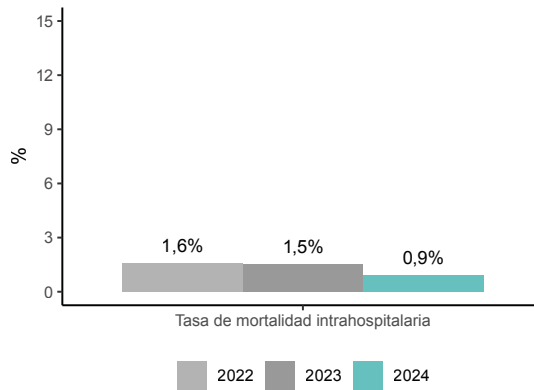


FIGURA 105. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en cáncer de próstata. Episodios analizados de 2024: 4.000.

La variabilidad por centro de la figura 106 muestra que la mayoría de los centros tienen una tasa de mortalidad intrahospitalaria inferior al 1,5 % en este tipo de pacientes.

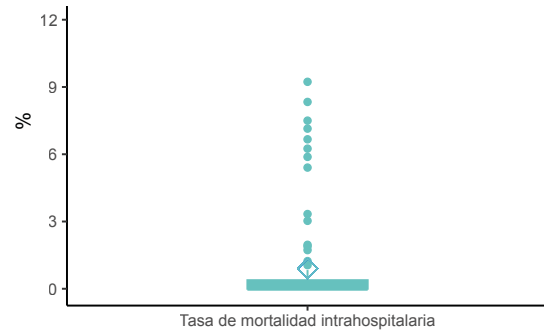


FIGURA 106. Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en cáncer de próstata. Centros incluidos: 108.

3.8.6. Cáncer de colon

3.8.6.1. Estancia media

La estancia media bruta de los episodios de cáncer de colon es de 8,5 días, mientras que la estancia media depurada es de 6,9 días. Como se observa en la **figura 107**, la estancia media depurada ha experimentado un descenso respecto al año anterior, una diferencia detectada como estadísticamente significativa según el test de comparación de medias realizado.

La variabilidad por centro no es muy amplia, y el 75 % de ellos no muestran estancias mayores de los 7 días (**Figura 108**).

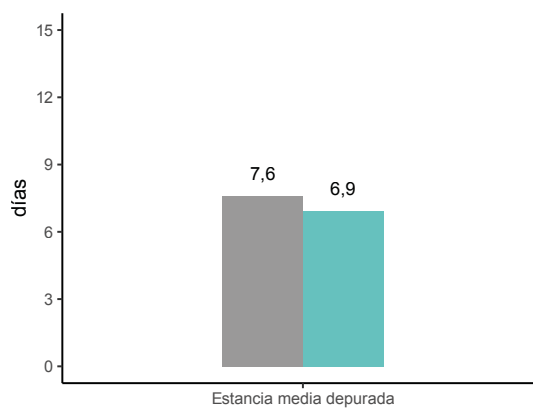


FIGURA 107. Comparativa con la edición anterior de la estancia media depurada cáncer de colon. Episodios analizados de 2024: 3.260.

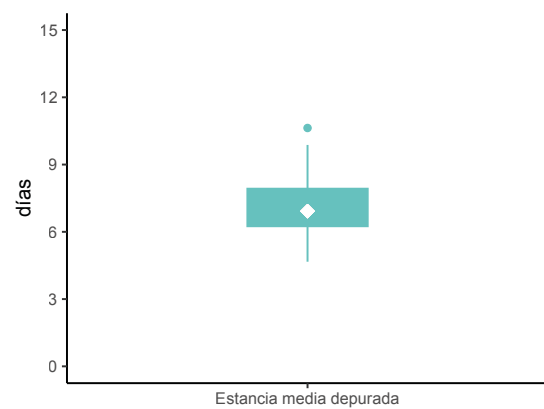


FIGURA 108. Variabilidad por centro de la estancia media depurada en cáncer de colon. Centros incluidos: 113.

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

La tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de colon experimenta un descenso estadísticamente significativo respecto a la edición anterior, situándose en un 11,1 % respecto al 11,4 % del año anterior (**Figura 109**).

Este indicador presenta una variabilidad por centro considerable, con rangos que oscilan entre el 0 % y el 30 %. Aun así, la mayoría de ellos no superan el 15 % (**Figura 110**).

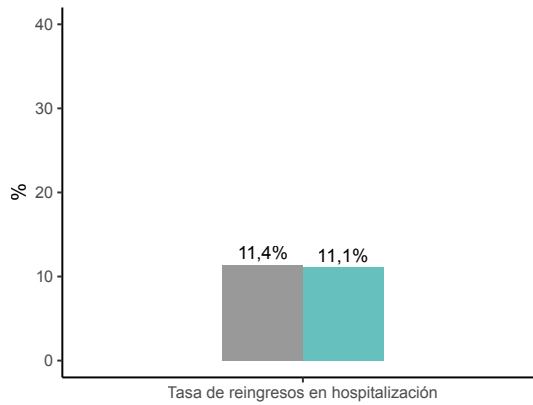


FIGURA 109. Comparativa con la edición anterior de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en cáncer de colon. Episodios analizados: 2.952.

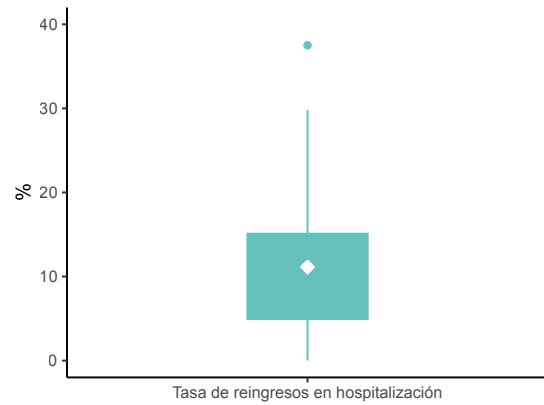


FIGURA 110. Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en cáncer de colon. Centros incluidos: 112.

3.8.6.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

La tasa de mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con cáncer de colon es del 4,6 %, con un descenso del 1,1 % respecto a la edición anterior, detectado como estadísticamente significativo (**Figura 111**).

La tasa de mortalidad intrahospitalaria en cáncer de colon es muy variable por centro, como se observa en la **figura 112**. La tasa por centro llega hasta el 17 %, aunque el 75 % de los centros no obtienen tasas superiores al 7 %.

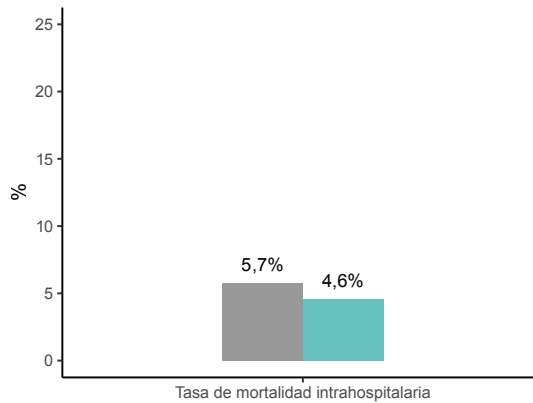


FIGURA 111. Comparativa con la edición anterior de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en cáncer de colon. Episodios analizados de 2024: 3.429.

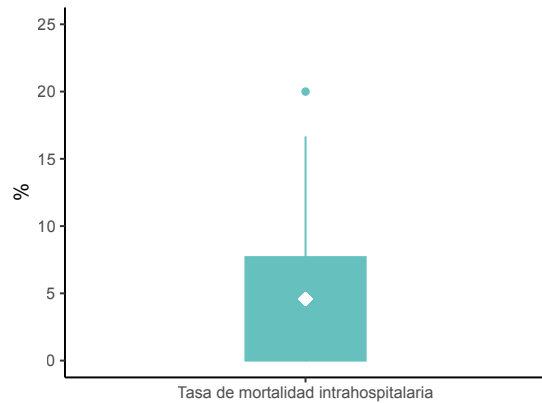


FIGURA 112. Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en cáncer de colon. Centros incluidos: 113.

3.8.7. Infarto agudo de miocardio

3.8.7.1. Estancia media

La estancia media bruta de los pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio es de 5,8 días. La estancia media depurada es de 5,0 días, un valor muy similar al obtenido en las últimas ediciones (**Figura 113**).

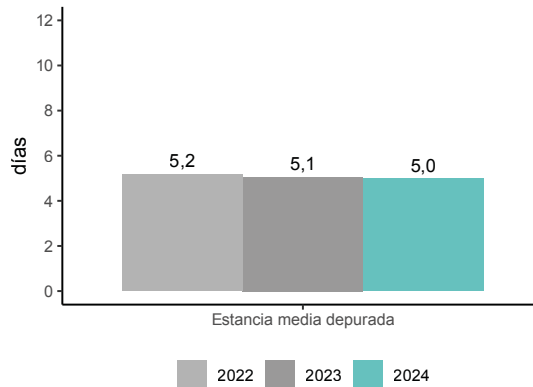


FIGURA 113. Comparativa con las ediciones anteriores de la estancia media depurada en infarto agudo de miocardio. Episodios analizados de 2024: 3.801.

En la **figura 114** se observa que existe una variabilidad por centro moderada, con rangos que van desde los 3 días hasta los 8 días. El 75 % de ellos tiene estancias medias depuradas de menos de 5 días.

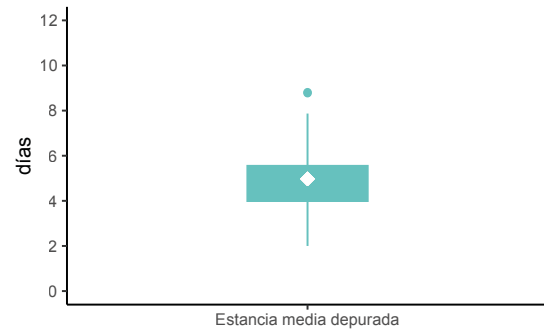


FIGURA 114. Variabilidad por centro de la estancia media depurada en infarto agudo de miocardio. Centros incluidos: 107.

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

Los pacientes que han sido hospitalizados por un infarto agudo de miocardio a menudo necesitan reingresar si no se ha eliminado por completo la obstrucción coronaria.

La tasa de reingresos en hospitalización durante los 30 días posteriores al alta en infarto agudo de miocardio es del 6,7 %, un valor ligeramente menor al 7,3 % obtenido la edición anterior, que confirma la tendencia al descenso observado en el histórico de años analizado (Figura 115).

La tasa de reingresos en hospitalización presenta variabilidad por centro, llegando incluso a ser del 20 %. Este valor está estrechamente relacionado con la casuística y complejidad de los pacientes tratados en cada centro. La mayoría de los centros no tiene tasas mayores del 10 % (Figura 116).

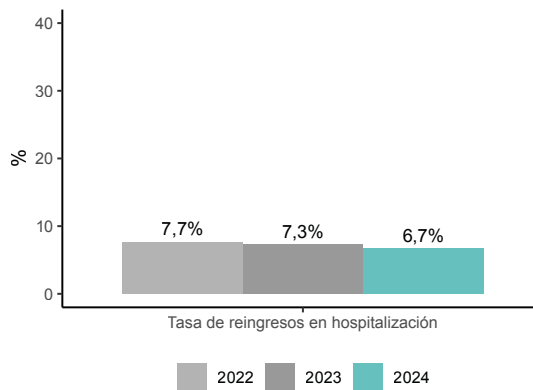


FIGURA 115. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en infarto agudo de miocardio. Episodios analizados de 2024: 3.179.

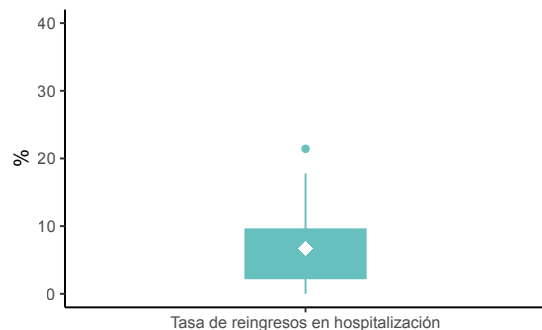


FIGURA 116. Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en infarto agudo de miocardio. Centros incluidos: 102.

3.8.7.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

La tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de infarto agudo de miocardio experimenta un descenso estadísticamente significativo respecto a la edición anterior, pasando de un 5,9 % a un 4,5 % (**Figura 117**).

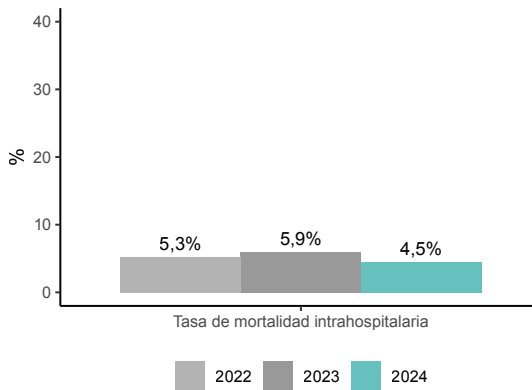


FIGURA 117. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en infarto agudo de miocardio. Episodios analizados de 2024: 3.949.

La variabilidad por centro no es especialmente amplia, ya que la mayoría de los centros obtienen tasas de mortalidad intrahospitalaria no mayores del 10 % (**Figura 118**).

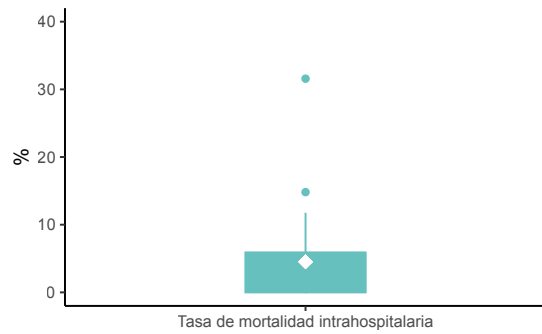


FIGURA 118. Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en infarto agudo de miocardio. Centros incluidos: 108.

La tasa de mortalidad intrahospitalaria puede desglosarse en función de la presencia o ausencia de elevación del segmento ST.

La mortalidad en el infarto con elevación del segmento ST es del 5,6 %, prácticamente el doble que la tasa de mortalidad en el infarto sin elevación del segmento ST. Ambos indicadores han experimentado un descenso

respecto a los resultados de la pasada edición, en la que se obtuvieron tasas del 7,2 % y 3,7 %, respectivamente (**Figura 119**).

La variabilidad por centro es mayor en la tasa de mortalidad de infarto con elevación de ST. En ambos indicadores, el 75 % de los centros no muestran tasas de mortalidad superiores al 8 % (**Figura 120**).

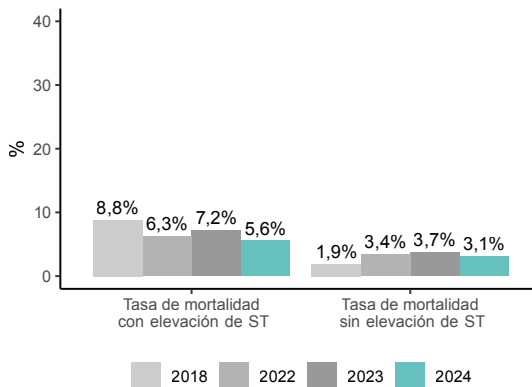


FIGURA 119. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en infarto agudo de miocardio con/sin elevación del segmento ST. Episodios analizados de 2024: 1.539 y 2.152, respectivamente.

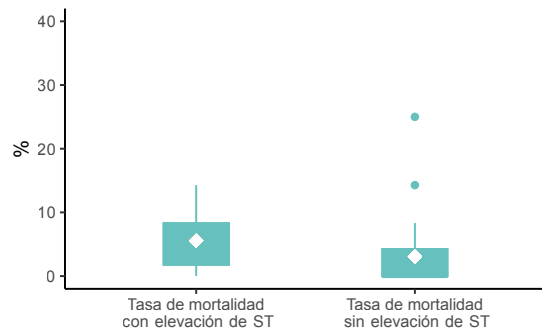


FIGURA 120. Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en infarto agudo de miocardio con/sin elevación del segmento ST. Centros incluidos: 94 y 101, respectivamente.

3.8.7.4. Tasa de angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria

La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria es una terapia eficaz en la restauración del flujo coronario, recomendada especialmente en casos de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

La tasa de ACTP primarias varía según el centro, en unos rangos que oscilan entre el 30 % y el 100 %. La mayoría de los hospitales, un 75 %, la realizan a un 60-80 % de los pacientes (**Figura 122**).

En la sanidad privada, se realiza la ACTP primaria en un 70,2 % de los pacientes, un valor ligeramente superior al de las pasadas ediciones (**Figura 121**).

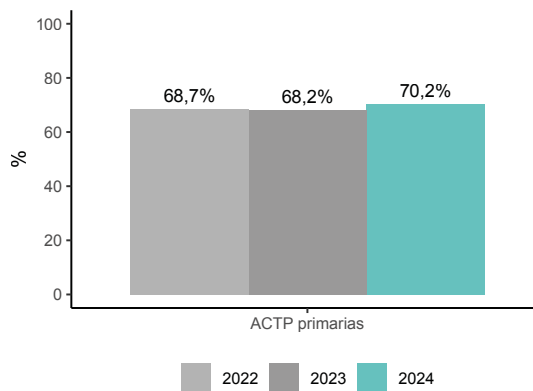


FIGURA 121. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de ACTP primaria en infarto agudo de miocardio. Episodios analizados de 2024: 1.770.

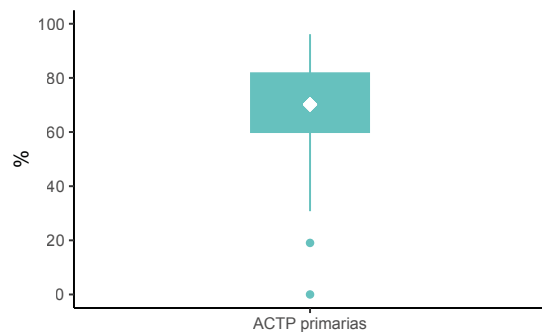


FIGURA 122. Variabilidad por centro de la tasa de ACTP primaria en infarto agudo de miocardio. Centros incluidos: 99.

3.8.8. Hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico

3.8.8.1. Estancia media

Los pacientes que ingresan en el hospital a causa de una hipertrofia benigna de próstata para recibir tratamiento quirúrgico tienen una estancia media bruta de alrededor de los 2 días. Tras la limpieza de *outliers*, la estancia media depurada es de 1,8 días, un valor

idéntico al de la edición pasada (**Figura 123**). Los procedimientos quirúrgicos para tratar la hipertrofia son relativamente poco invasivos y, como se refleja en los resultados, no requieren de estancias hospitalarias excesivamente largas (**Figura 124**).

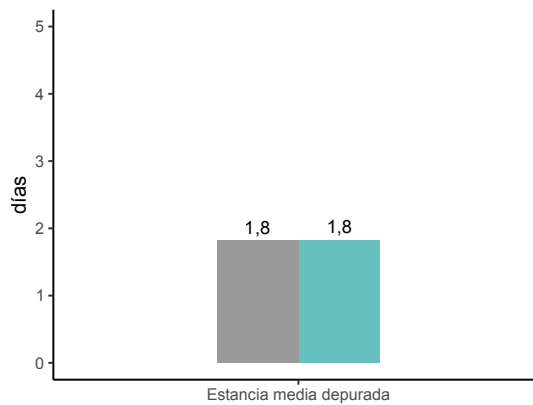


FIGURA 123. Comparativa con la edición anterior de la estancia media depurada en hospitalización de los episodios de hipertrofia benigna de próstata. Episodios analizados de 2024: 10.517.

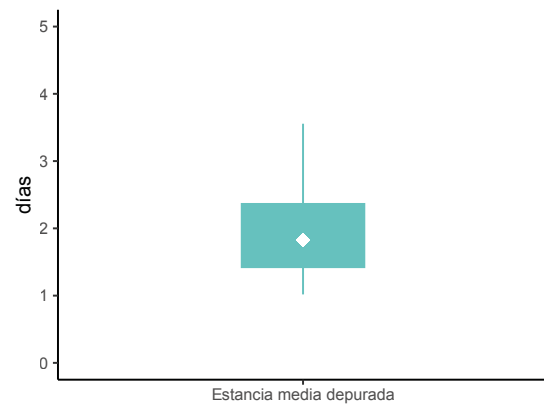


FIGURA 124. Variabilidad por centro de la estancia media depurada en hospitalización de los episodios de hipertrofia benigna de próstata. Centros incluidos: 117.

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

La tasa de reingresos en hospitalización en los 30 días posteriores al alta es del 4,0 %, un valor que mejora ligeramente respecto al 4,3 % de la edición anterior (**Figura 125**).

Aunque existe variabilidad entre los centros, se observa que la mayoría no tienen tasas de reingresos superiores al 5 % (**Figura 126**).

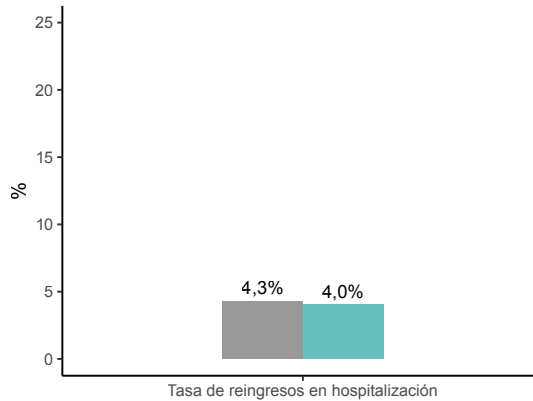


FIGURA 125. Comparativa con la edición anterior de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico. Episodios analizados: 10.028.

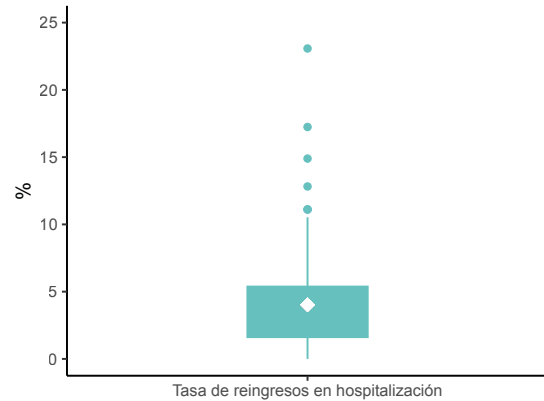


FIGURA 126. Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico. Centros incluidos: 118.

3.8.8.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

La tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico sigue siendo prácticamente nula, con un 0,06 % (Figura 127).

Como se observa en la figura 128, la mayoría de los centros analizados obtienen unas tasas de mortalidad del 0 %.

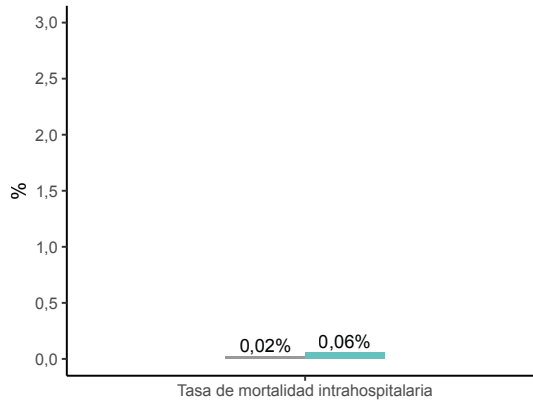


FIGURA 127. Comparativa con la edición anterior de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico. Episodios analizados de 2024: 10.885.

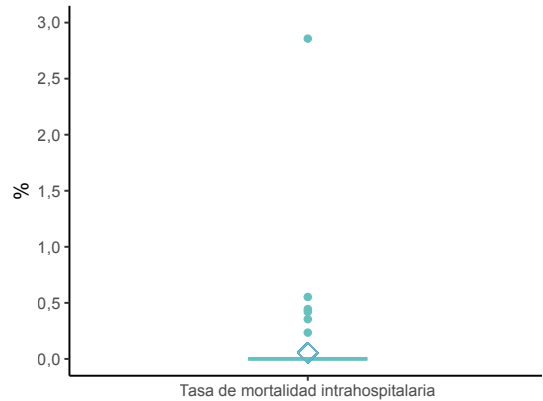


FIGURA 128. Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico. Centros incluidos: 118.

3.8.8.4. Tasa de ambulatorización

El porcentaje de pacientes con hipertrofia benigna de próstata que han recibido un procedimiento quirúrgico de forma ambulatoria es del 4,0 %, un valor muy parecido al 4,3 % obtenido en la pasada edición (**Figura 129**).

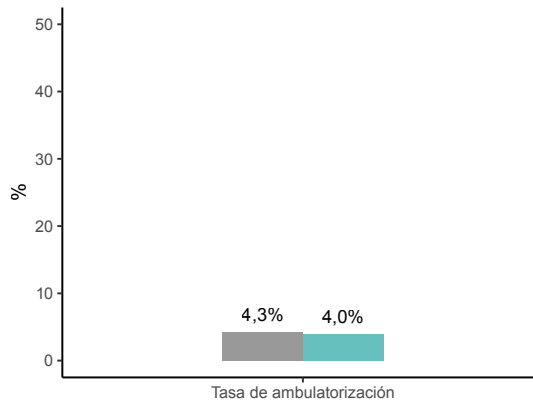


FIGURA 129. Comparativa con la edición anterior de la tasa de ambulatorización en episodios de hipertrofia benigna de próstata. Episodios analizados de 2024: 11.127.

La **figura 130** muestra que, si bien hay centros con tasas de ambulatorización de hasta el 40 %, la mayoría de ellos no realiza más de un 5 % de cirugías ambulatorias para el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia benigna de próstata.

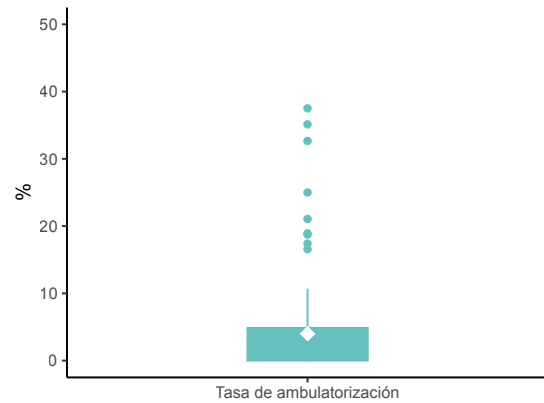


FIGURA 130. Variabilidad por centro de la tasa de ambulatorización en episodios de hipertrofia benigna de próstata. Centros incluidos: 118.

3.8.9. Cataratas

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

Para cerrar el bloque de análisis de los procesos clínicos, se presentan los resultados de cataratas. Este proceso clínico se diferencia del resto de los procesos analizados en el sentido de que solamente dispone de un indicador, la tasa de complicaciones a los 3 días.

Como se muestra en la **figura 131**, la tasa de complicaciones a los 3 días de la cirugía de

cataratas es del 0,4 %, un resultado idéntico al del año pasado. De todas formas, el histórico de resultados revela que la tasa de complicaciones es muy baja, o prácticamente nula.

La variación por centro es baja y la mayoría de ellos tienen tasas de complicaciones menores del 0,5 %, aunque se observan unos pocos que tienen tasas de hasta el 3,5 % (**Figura 132**).

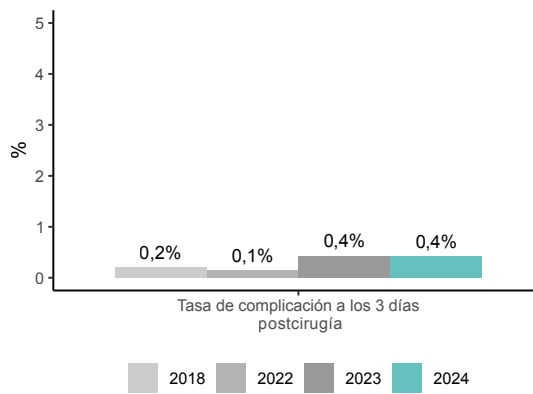


FIGURA 131. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas. Episodios analizados de 2024: 101.414.

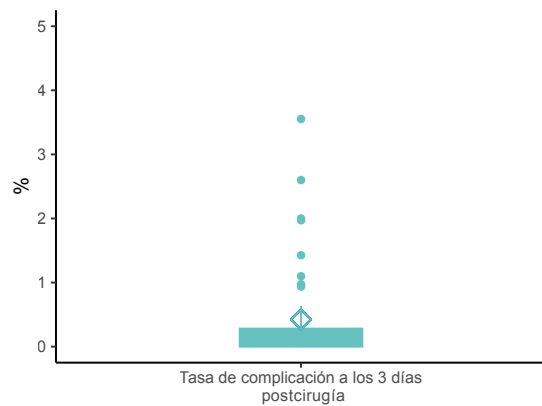


FIGURA 132. Variabilidad por centro de la tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas. Centros incluidos: 116.

3.9. Fertilidad

En el módulo de Fertilidad se han analizado un conjunto de indicadores relacionados con las gestaciones y partos en distintos tipos de ciclos de tratamiento de fertilidad. Los datos han sido proporcionados por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), que anualmente publica información sobre los centros privados de fertilidad.

En el siguiente análisis se han incluido un total de 336 centros de reproducción asistida de todo el territorio nacional. Se han analizado los datos disponibles más recientes, correspondientes al año 2022.

3.9.1. Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos

De los más de 42.000 ciclos analizados, un 13,4 % de ellos dio como resultado gestación y un 9,3 % acabó en parto (**Figura 133**).

A través del histórico de resultados proporcionado por la **figura 133** se observa la tendencia a la baja en los tratamientos con ovocitos propios frescos, probablemente a causa del aumento progresivo de la edad gestacional de las mujeres que inician tratamientos de fertilidad con ovocitos propios frescos.

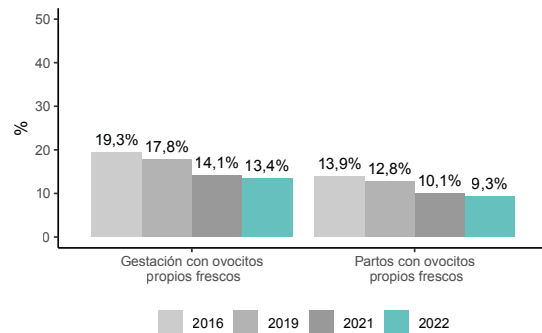


FIGURA 133. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de gestaciones y partos del total de ciclos realizados con ovocitos propios frescos. Ciclos analizados de 2022: 42.341.

3.9.2. Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados

En contraposición a los resultados de los ciclos con ovocitos propios frescos, las gestaciones y partos de tratamientos con ovocitos propios congelados aumenta, siguiendo la tendencia marcada en los últimos años.

De los 35.366 ciclos analizados, un 43,1 % dio como resultado gestación, y un 29,7% acabó en parto (**Figura 134**). Estos resultados probablemente se deban a la congelación de los ovocitos a una edad más temprana, que favorece aumentar la tasa de éxito en los ciclos de tratamiento.

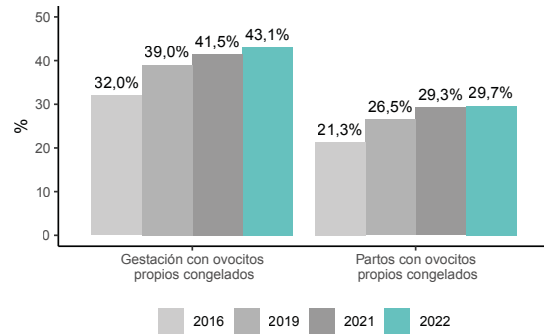


FIGURA 134. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de gestaciones y partos del total de ciclos realizados con ovocitos propios congelados. Ciclos analizados de 2022: 35.366.

3.9.3. Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos

Se han analizado un total de 12.590 ciclos de tratamiento con ovocitos donados frescos. Como muestra la **figura 135**, la tendencia a la baja se mantiene desde los últimos años analizados. En 2022, el 24,5 % de los ciclos terminó en gestación, y el 17,1 % en parto.

Probablemente este patrón se debe a la tendencia creciente entre las pacientes que se someten a tratamientos de fertilidad a priorizar ovocitos propios.

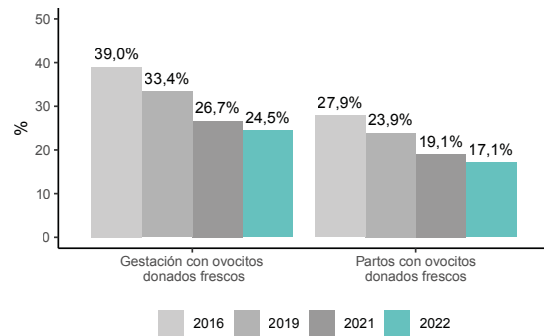


FIGURA 135. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de gestaciones y partos del total de ciclos realizados con ovocitos donados frescos. Ciclos analizados de 2022: 12.590.

3.9.4. Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados

Los ciclos de tratamiento con ovocitos donados congelados son 15.384 en total. En los resultados obtenidos podemos observar que la tendencia incremental de los últimos años se ha estabilizado, con un 47,4 % de gestaciones y un 32,2 % de partos (Figura 136).

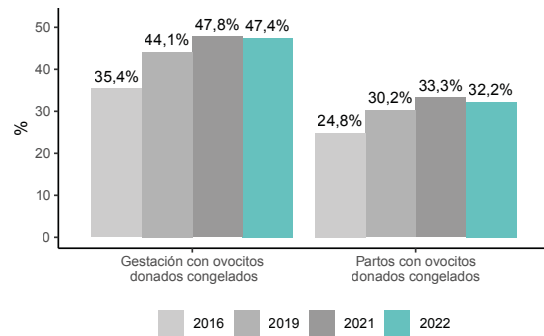


FIGURA 136. Comparativa con las ediciones anteriores de la tasa de gestaciones y partos del total de ciclos realizados con ovocitos donados congelados. Ciclos analizados de 2022: 15.384.

3.10. Indicadores de diálisis

El Estudio RESA recoge el análisis de cuatro indicadores de pacientes en hemodiálisis, que muestran distintos aspectos clave sobre la

calidad asistencial de la sanidad privada en este tipo de pacientes.

3.10.1. Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis

Los pacientes que siguen un tratamiento de hemodiálisis son los que padecen una enfermedad renal crónica. La mortalidad en este tipo de pacientes puede ser debida a causas distintas a la enfermedad, ya que tienden a caracterizarse por desarrollar múltiples comorbilidades. Aun así, el análisis de la tasa de mortalidad es un indicador relevante a la hora de evaluar la calidad asistencial brindada en los tratamientos de hemodiálisis, por lo que se incluye en este apartado.

Según los resultados presentados en la **figura 137**, la mortalidad desciende hasta el 7,3 % respecto a la edición anterior (10,4 %).

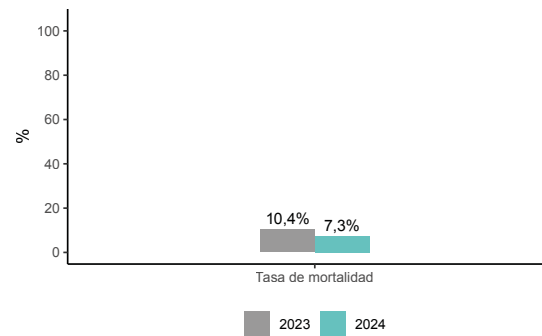


FIGURA 137. Comparativa con la edición anterior de la tasa de mortalidad en hemodiálisis. Pacientes analizados de 2024: 5.320.

3.10.2. Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo

El Kt/V objetivo es un indicador a menudo usado para evaluar la eficacia de la hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica, que tiene en cuenta el aclaramiento de la urea (K) durante el tiempo de diálisis (t) y el volumen de distribución de la urea (V). Este indicador permite medir la dosis de diálisis administrada al paciente, estrechamente relacionada con la calidad de vida y supervivencia de este.

Según la Sociedad Española de Nefrología (SEN), la calidad de vida y supervivencia del paciente mejora cuando el Kt/V es igual o mayor de 1,3.

En la **figura 138** se muestra el porcentaje de pacientes que cumplen el Kt/V objetivo marcado por la SEN. Como se puede observar, prácticamente la totalidad de los pacientes en hemodiálisis (96,7 %) igualan o superan el valor Kt/V objetivo.

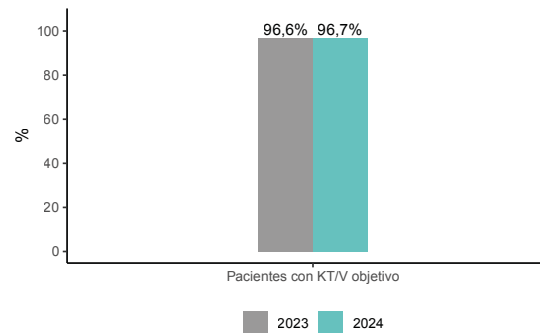


FIGURA 138. Comparativa con la edición anterior de la tasa de pacientes con Kt/V objetivo. Pacientes analizados de 2024: 4.835.

3.10.3. Porcentaje de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl

La medición de la albúmina sérica es otro de los indicadores clave para evaluar la salud renal y la condición de los pacientes tratados en hemodiálisis. La albúmina es una proteína que se encuentra en la sangre y que cumple una serie de funciones vitales como el mantenimiento de la presión oncótica del plasma, el transporte de hormonas y metabolitos y la regulación del equilibrio ácido-base. Un nivel bajo de albúmina puede ser indicativo de desnutrición, inflamación crónica y daño renal.

Según la SEN, al menos el 80 % de los pacientes en hemodiálisis deberían presentar una concentración de albúmina en sangre igual o superior a 3,5 g/dl.

En la **figura 139** se observa que el 84,0 % de los pacientes tienen una concentración superior a 3,5 g/dl, superando con creces el umbral establecido por la SEN, lo que demuestra una buena calidad asistencial recibida en hemodiálisis.

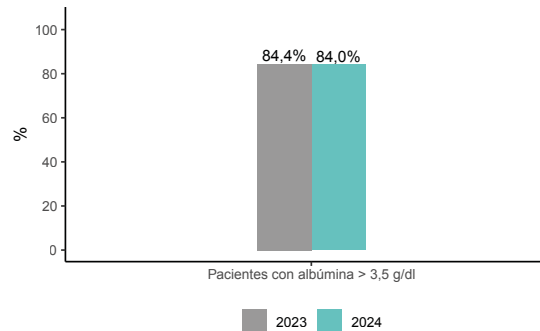


FIGURA 139. Comparativa con la edición anterior de la tasa de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl. Pacientes analizados de 2024: 4.961.

3.10.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga

La fístula arteriovenosa (FAV) autóloga es considerada el mejor acceso vascular para la diálisis debido a su durabilidad y menor riesgo de complicaciones en comparación con otras formas de acceso para el tratamiento. Según el estándar de calidad de la SEN, al menos el 75 % de los pacientes tratados en diálisis deberían tener la FAV autóloga como primer acceso vascular.

En este caso, los resultados obtenidos no cumplen con el estándar de calidad marcado por la SEN, con un 51,0 % de pacientes con la FAV autóloga. Los resultados obtenidos en la edición pasada muestran que tampoco se cumplió el estándar (**Figura 140**). Año tras año, la edad de los pacientes que reciben un tratamiento de hemodiálisis aumenta y, por ende, presentan mayor deterioro vascular. Esto podría explicar la dificultad de acceso a través de la FAV.

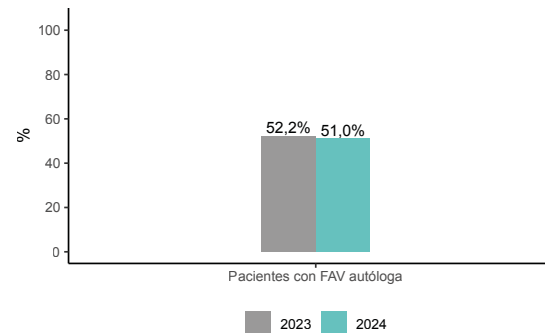


FIGURA 140. Comparativa con la edición anterior del porcentaje de pacientes con fístula arteriovenosa autóloga. Pacientes analizados de 2024: 4.988.

CONCLUSIONES



El Estudio RESA 2025 ha logrado consolidarse como una herramienta de referencia en el análisis de la sanidad privada, destacando su papel fundamental dentro del sector sanitario. La participación de más de 600 centros ha permitido obtener una muestra robusta y representativa, lo que refuerza la fiabilidad de los resultados obtenidos.

A través del exhaustivo examen de 146 indicadores en diversas áreas de la salud, se ha puesto de manifiesto el compromiso de la sanidad privada con la mejora continua y la excelencia en la atención centrada en el paciente. La incorporación de módulos especializados, como el de cronicidad y atención a tumores malignos, junto con un análisis detallado por procesos clínicos, ha permitido una evaluación integral y específica de la calidad asistencial.

La metodología implementada, adaptada a los estándares de los observatorios de salud pública, ha demostrado ser cada vez más sólida, garantizando la fiabilidad y validez de los resultados. Estos logros reflejan un compromiso inquebrantable con la excelencia y la mejora continua en la atención sanitaria, en aras de brindar un cuidado óptimo y personalizado a cada paciente.

En resumen, los resultados del Estudio RESA 2025 revelan la calidad excepcional de la atención asistencial de la sanidad privada, demostrando su capacidad para adaptarse a las necesidades específicas de los pacientes y su eficiencia en la gestión de recursos. La sanidad privada se posiciona como un pilar fundamental dentro del sector sanitario, contribuyendo de manera significativa a la mejora de la salud y el bienestar de la población.

05

ANEXOS



Anexo I. Definición de los procesos clínicos

I.1. Enfermedades crónicas

Para la definición de enfermedad crónica se seleccionan aquellos episodios que tienen como motivo de ingreso alguno de los siguientes diagnósticos. Los códigos se han definido en CSS (Clinical Classifications Software), desarrollado por la AHRQ:

- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): 005
- Otras enfermedades de transmisión sexual: 009
- Neoplasias: 011, 012, 013, 014, 015, 016, 017, 018, 019, 020, 021, 022, 023, 024, 025, 026, 027, 028, 029, 030, 031, 032, 033, 034, 035, 036, 037, 038, 039, 040, 041, 042, 043, 044 y 045
- Diabetes: 049 y 050
- Gota y otras artropatías por cristales: 054
- Enfermedad de Parkinson: 079
- Otros trastornos del sistema nervioso: 095
- Hipertensión: 098 y 099
- Infarto agudo de miocardio: 100
- Aterosclerosis coronaria y otras cardiopatías: 101
- Otras cardiopatías: 104
- Insuficiencia cardíaca congestiva no hipertensiva: 108
- Enfermedad cerebrovascular aguda: 109
- Oclusión o estenosis de las arterias precerebrales: 110
- Otras enfermedades cerebrovasculares: 111
- Efectos tardíos de la enfermedad cerebrovascular: 113
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquiectasias: 127
- Asma: 128
- Otras enfermedades del hígado: 151
- Nefritis, nefrosis, esclerosis renal: 156
- Insuficiencia renal aguda: 157
- Enfermedad renal crónica: 158
- Otras enfermedades del riñón y uréteres: 161
- Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo: 201
- Artritis reumatoide y enfermedades relacionadas: 202
- Otros trastornos articulares no traumáticos: 204
- Osteoporosis: 206
- Osteoartritis: 203
- Espondilosis: 205
- Anomalías congénitas cardíacas y circulatorias: 213
- Trastornos articulares y luxaciones: 225
- Complicación de dispositivos, implantes o injertos: 237
- Complicación de procedimientos quirúrgicos: 238
- Trastornos de adaptación: 650
- Trastornos de ansiedad: 651
- Trastornos de conducta por déficit de atención: 652
- Delirio, demencia, trastornos amnésicos: 653
- Trastornos del desarrollo: 654
- Trastorno de identidad de género: 655

- Trastornos del estado de ánimo: 657
- Trastornos de la personalidad: 658
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: 659
- Trastornos relacionados con el alcohol: 660
- Trastornos relacionados con abuso de sustancias: 661
- Trastornos de salud mental diversos: 670
- Trastornos relacionados con abuso de sustancias: 663

I.2. Tumores malignos

Para la definición de tumores malignos se seleccionan aquellos episodios que contengan alguno de los siguientes códigos como motivo de ingreso:

- Neoplasia maligna: C0* a C75*
- Carcinoma *in situ*: D00* a D09*

O que tengan uno de los códigos anteriores en posición secundaria, acompañados en el diagnóstico principal por algún código de metástasis (C76* a C80*).

Se excluyen los episodios que tienen algún código de cuidados paliativos (Z51.5).

I.3. Seguridad del paciente

I.3.1. Infecciones nosocomiales

Para la definición de infección nosocomial se seleccionan aquellos episodios de hospitalización con una estancia mayor de 2 días y con alguno de los siguientes códigos diagnósticos en posición secundaria no presentes en admisión:

- Inflamación (infección) de ampolla postprocedimiento: H49.4*¹
- Infección debida a trastornos intraoperatorios y postoperatorios de aparato respiratorio: J95.02 y J95.851
- Absceso retroperitoneal postprocedimiento: K68.11
- Infección relacionada con procedimientos de apertura artificial de aparato digestivo: K94.02, K94.12, K94.22, K94.32
- Infección debida a procedimientos bariátricos: K95.01 y K95.81
- Infección asociada a la fecundación artificial: N98.0
- Infección relacionada con trastornos intraoperatorios y postprocedimiento del aparato genitourinario: N99.511, N99.521 y N99.531
- Infección y reacción inflamatoria debida a procedimientos de infusión, transfusión e inyección terapéuticas: T80.211A, T80.212A, T80.218A, T80.219A, T80.22XA y T80.29XA
- Infección y reacción inflamatoria debida a prótesis, implantes e injertos cardiacos y vasculares: T82.6XXA, T82.7XXA, T83.510A, T83.511A, T83.512A, T83.518A, T83.590A,

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

T83.591A, T83.592A, T83.593A, T83.598A, T83.61XA, T83.62XA, T83.69XA, T84.50XA, T84.51XA, T84.52XA, T84.53XA, T84.54XA, T84.59XA, T84.60XA, T84.610A, T84.611A, T84.612A, T84.613A, T84.614A, T84.615A, T84.619A, T84.620A, T84.621A, T84.622A, T84.623A, T84.624A, T84.625A, T84.629A, T84.63XA, T84.69XA, T84.7XXA, T85.730A, T85.731A, T85.732A, T85.733A, T85.734A, T85.735A, T85.738A, T85.71XA, T85.72XA y T85.79XA

- Infección relacionada con trasplantes de órganos y tejidos: T86.03, T86.13, T86.23, T86.33, T86.43, T86.812, T86.822, T86.832, T86.842, T86.852, T86.892 y T86.93
- Infección debida a procedimientos de reimplantación y amputación: T87.40, T87.41, T87.42, T87.43 y T87.44

I.4. Fractura de cadera

Para la definición de fractura de cadera 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
- 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 de cadera
- OSRA*, OSRE*: Sustitución de articulación de cadera, superficie acetabular
- OSRR*, OSRS*: Sustitución de articulación de cadera, superficie femoral

I.4.1. 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 de cadera
- OSRA*, OSRE*: Sustitución de articulación de cadera, superficie acetabular
- OSRR*, OSRS*: Sustitución de articulación de cadera, superficie femoral

I.4.2. 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.4.3. 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.4.4. 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.5. 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.5.1. 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.5.2. Parto de bajo riesgo

Para la definición de parto de bajo riesgo se seleccionan aquellos episodios de parto en los que la edad de la gestante es menor de 35 años o que no tienen ninguno de los siguientes códigos diagnósticos:

- Complicaciones del embarazo: 012.01, 012.02, 012.03, 012.04, 012.14, 012.21, 012.22, 012.23, 012.24, 016.01, 023.41, 023.42, 023.43, 023.91, 023.92, 023.93, 026.02, 026.03, 026.11, 026.12, 026.13, 026.21, 026.22, 026.23, 026.41, 026.42, 026.43, 026.611, 026.612, 026.613, 026.62, 026.811, 026.812, 026.813, 026.821, 026.822, 026.823, 026.831, 026.832, 026.833, 026.891, 026.892, 026.893, 031.01X0, 031.02X0, 031.03X0, 099.89
- Desproporción pelvifetal: 033.0, 033.1, 033.2, 033.3XX0, 033.4XX0, 033.5XX0, 033.6XX0, 033.7XX1, 033.7XX2, 033.7XX3, 033.7XX4, 033.7XX5, 033.7XX9, 033.8, 033.9
- Embarazo múltiple: 030.001, 030.002, 030.003, 030.013, 030.033, 030.043, 030.101, 030.102, 030.103, 030.201, 030.202, 030.203, 030.801, 030.802, 030.803, 030.91, 030.92, 030.93, 031.11X0, 031.31X0, 031.32X0, 031.33X0, 031.8X10, 031.8X20, 031.8X30
- Embarazo postérmino: 048.1
- Embarazo pretérmino: 060.12X0, 060.13X0, 060.14X0
- Enfermedades infecciosas y parasitarias: 098.011, 098.012, 098.013, 098.02, 098.111, 098.112, 098.113, 098.12, 098.211, 098.212, 098.213, 098.22, 098.311, 098.312, 098.313, 098.32, 098.413, 098.42, 098.513, 098.52, 098.62, 098.72, 098.811, 098.812, 098.813, 098.82, 098.911, 098.912, 098.913, 098.92, 099.820, 099.824, 099.830, 099.834, 099.891, 099.892, 099.893
- Fiebre materna: 075.2
- Hemorragia anteparto, desprendimiento de placenta y placenta previa: 044.01, 044.02, 044.03, 044.11, 044.12, 044.13, 044.21, 044.22, 044.23, 044.31, 044.32, 044.33, 044.41, 044.42, 044.43, 044.51, 044.52, 044.53, 045.001, 045.002, 045.003, 045.011, 045.012, 045.013, 045.021, 045.022, 045.023, 045.091, 045.092, 045.093,

045.8X1, 045.8X2, 045.8X3, 045.91, 045.92, 045.93, 046.001, 046.002, 046.003, 046.011, 046.012, 046.013, 046.021, 046.022, 046.023, 046.091, 046.092, 046.093, 046.8X1, 046.8X2, 046.8X3, 046.91, 046.92, 046.93, 067.0, 067.8, 067.9

- Hemorragias en fase temprana del embarazo: 020.0, 020.8, 020.9
- Hipertensión arterial: 010.011, 010.012, 010.013, 010.02, 010.111, 010.112, 010.113, 010.12, 010.211, 010.212, 010.213, 010.22, 010.311, 010.312, 010.313, 010.32, 010.411, 010.412, 010.413, 010.42, 010.911, 010.912, 010.913, 010.92, 011.1, 011.2, 011.3, 011.4, 013.1, 013.2, 013.3, 013.4, 014.02, 014.03, 014.04, 014.12, 014.13, 014.14, 014.22, 014.23, 014.24, 014.92, 014.93, 014.94, 015.02, 015.03, 015.1, 016.1, 016.2, 016.3, 016.4
- Otras enfermedades de la madre: 024.013, 024.02, 024.12, 024.32, 024.410, 024.414, 024.419, 024.420, 024.424, 024.425, 024.429, 024.82, 024.911, 024.912, 024.913, 024.92, 025.2, 099.011, 099.012, 099.013,

099.02, 099.281, 099.282, 099.283, 099.284, 099.321, 099.322, 099.323, 099.324, 099.341, 099.342, 099.343, 099.344, 099.411, 099.4111, 099.412, 099.413, 099.42, 099.810, 099.814

- Parto obstruido: 064.0XX0, 064.0XX0, 064.0XX1, 064.0XX2, 064.0XX9, 064.1XX0, 064.1XX1, 064.1XX2, 064.1XX3, 064.2XX0, 064.3XX0, 064.4XX0, 064.5XX0, 064.8XX0, 064.8XX1, 064.8XX2, 064.9XX0, 064.9XX1, 065.4, 065.5, 066.0, 066.1, 066.40, 066.5, 066.8, 066.9
- Presentación anómala del feto: 032.0XX0, 032.1XX0, 032.1XX1, 032.1XX2, 032.1XX9, 032.2XX0, 032.2XX1, 032.2XX2, 032.2XX9, 032.3XX0, 032.3XX1, 032.4XX0, 032.4XX1, 032.6XX0, 032.8XX0, 032.8XX1, 032.8XX2, 032.8XX9, 032.9XX0, 032.9XX1
- Septicemia: 075.3
- Vómitos en el embarazo (se excluye la hiperémesis gravídica leve): 021.1, 021.2, 021.8

I.5.3. 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.5.4. Parto vaginal

En la definición de parto vaginal 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.5.5. 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.6. 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.7. 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.8. 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.9. Cáncer de colon

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

- C18.*: Neoplasia maligna de colon
- D01.0: Carcinoma *in situ* de colon

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.10. 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.10.1. Angioplastia coronaria transluminal percutánea

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.10.2. Infarto agudo de miocardio 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) (IMEST) (STEMI) 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.10.3. Infarto agudo de miocardio 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.11. Hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico

Para la definición de hiperplasia benigna de próstata se seleccionan aquellos episodios quirúrgicos (tipo de GRD = quirúrgico) que tienen en posición principal alguno de los siguientes códigos diagnósticos:

- N40.0: Hiperplasia prostática benigna sin síntomas del tracto urinario inferior
- N40.1: Hiperplasia prostática benigna con síntomas del tracto urinario inferior
- N40.2: Próstata nodular sin síntomas del tracto urinario inferior
- N40.3: Próstata nodular con síntomas del tracto urinario inferior

En el caso de que los diagnósticos mencionados estén en posición secundaria, el episodio debe tener en primera posición alguno de los siguientes diagnósticos:

- N13.8: Otros tipos de uropatía obstructiva y por reflujo
- N39.4: Otros tipos específicos de incontinencia urinaria
- R33.8: Retención urinaria
- R35.0: Polaquiuria
- R35.1: Nicturia
- R39.11: Dificultad para iniciar la micción
- R39.12: Flujo urinario débil
- R39.14: Sensación de vaciado incompleto de la vejiga
- R39.15: Urgencia miccional
- R39.16: Esfuerzo para orinar

I.12. 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.12.1. 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 postprocedimiento 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 los 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 esta	
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 2024	
Tiempo medio de espera de citación para TAC	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita para una TAC hasta la realización de esta	
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 2024	
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 esta	
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 2024	
Tiempo medio de entrega del informe de resultados de mamografía	
Promedio de días de espera desde la realización de una mamografía hasta que el facultativo dispone del informe de resultados	
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 2024	

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

Tiempo medio de entrega del informe de resultados de TAC	
Promedio de días de espera desde la realización de una TAC hasta que el facultativo dispone del informe de resultados	
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 2024	

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 facultativo dispone del informe de resultados	
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 2024	

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 2024	

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 2024	

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 2024	

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 2024	

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 2024	

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 2024	

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 2024	

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 2024	

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de neurología	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita de neurología hasta la fecha de consulta	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de consultas de neurología realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2024	

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de cardiología	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita de cardiología hasta la fecha de consulta	
Numerador Número total de días de espera	Denominador Número total de consultas de cardiología realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2024	

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de con especialista por tipo de consulta	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita con el especialista hasta la fecha de consulta desglosado por tipo de consulta (presencial, videollamada, llamada telefónica)	
Numerador Número total de días de espera por tipo de consulta	Denominador Número total de consultas de especialista
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2024 y que no tienen informada la tipología de consulta	

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 2024	

II.1.7. Tiempo medio de asistencia en urgencias

Tiempo medio de asistencia en triaje	
Tiempo medio de espera transcurrido desde la entrada a urgencias hasta el 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 medio de espera 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.1.8. Accesibilidad en urgencias

Tasa de urgencias ingresadas	
Número de hospitalizaciones con circunstancia de admisión urgente sobre el total de visitas a urgencias	
Numerador Número total de hospitalizaciones con circunstancia de admisión urgente	Denominador Número total de visitas a urgencias
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

Presión de urgencias	
Porcentaje de hospitalizaciones con circunstancia de admisión urgente sobre el total de hospitalizaciones	
Numerador Número total de hospitalizaciones con circunstancia de admisión urgente	Denominador Número total de hospitalizaciones
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 Número total de estancias	Denominador Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida <ul style="list-style-type: none"> - 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 Número total de estancias preoperatorias	Denominador Número total de episodios de hospitalización con intervención quirúrgica
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> - 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 Número total de estancias preoperatorias	Denominador Número total de episodios de hospitalización urgentes con intervención quirúrgica
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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	
Tasa de las intervenciones quirúrgicas 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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	
Tasa de las intervenciones quirúrgicas 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
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de 18 años 	

Tasa bruta de ambulatorización en adultos	
Tasa de las intervenciones quirúrgicas 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
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 de 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
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de admisión del episodio no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (CDM) del episodio es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el 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	Denominador
Número total de episodios que reingresan en hospitalización	Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones	
<p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen - La edad del paciente es mayor o igual de 18 años <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el 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 de 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	Denominador
Número total de episodios de hospitalización que reingresan a los 30 días	Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones	
<p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen - La edad del paciente es menor o igual de 17 años <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el 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 de 17 años 	

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

Tasa bruta de reingresos 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
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el 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 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
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen - La edad del paciente es mayor o igual de 18 años <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el 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 de 18 años 	

Tasa bruta de reingresos 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
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen - La edad del paciente es menor o igual de 17 años <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el 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 de 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
<p>Exclusiones</p> <p>No se aplica ninguna exclusión</p>	

II.3.4. Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 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
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El episodio no tiene un tipo de alta quirúrgico - La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el 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	Denominador
Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria que reingresan	Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria
Exclusiones	
<p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El episodio no tiene un tipo de alta quirúrgico - La circunstancia de admisión no es urgente <p>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen</p> <ul style="list-style-type: none"> - La edad del paciente es mayor o igual de 18 años <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio <ul style="list-style-type: none"> - El GRD no es quirúrgico - El episodio no es ambulatorio - La edad del paciente es mayor o igual de 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	
<p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El episodio no tiene un tipo de alta quirúrgico - La circunstancia de admisión no es urgente <p>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen</p> <ul style="list-style-type: none"> - La edad del paciente es menor o igual de 17 años <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio <ul style="list-style-type: none"> - EL GRD no es quirúrgico - El episodio no es ambulatorio - La edad del paciente es menor o igual de 17 años 	

II.4. Calidad y seguridad

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

Acreditaciones y certificaciones	
<p>Número de unidades y/o servicios que han obtenido un reconocimiento externo de calidad en las principales áreas de funcionamiento del hospital</p> <p>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</p>	
<p>Numerador</p> <p>Número de centros con acreditación y/o certificación</p>	<p>Denominador</p> <p>Número total de centros participantes</p>
<p>Exclusiones</p> <p>Únicamente se consideran las certificaciones otorgadas por los principales organismos internacionales como International Organization for Standardization (ISO), European Federation of Quality Management (EFQM) y Hospital Accreditation of The Joint Commission</p>	

II.4.2. Indicadores de seguridad del paciente

Mortalidad en GRD de baja mortalidad
<p>Mortalidad intrahospitalaria en hospitalizaciones con baja mortalidad esperada (menos del 0,5 %) en pacientes adultos</p>
<p>Fuente</p> <p>Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 02 (PSI 02) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022</p>
Mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables
<p>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)</p>
<p>Fuente</p> <p>Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 04 (PSI 04) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022</p>
Úlcera por presión
<p>Úlceras por presión de estadios 3 o 4 no presentes en admisión sobre el total de altas hospitalarias, ya sean médicas o quirúrgicas, en pacientes adultos</p>
<p>Fuente</p> <p>Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 03 (PSI 03) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022</p>

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) de los 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) de los 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) de los 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) de los 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) de los 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) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda perioperatoria

Episodios con embolismo pulmonar perioperatorio 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) de los 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) de los 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) de los 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) de los 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) de los 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) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

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

Tasa de intervenciones con <i>checklist</i> quirúrgico	
Porcentaje de intervenciones quirúrgicas con anestesia general con <i>checklist</i> quirúrgico realizado sobre el total de intervenciones quirúrgicas	
Numerador Número de intervenciones quirúrgicas con el <i>checklist</i> realizado	Denominador Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas
Exclusiones Se excluyen los registros cuya fecha de intervención quirúrgica no está dentro del año 2024	

II.4.4. Tasa de infecciones nosocomiales

Tasa de infecciones nosocomiales	
Alta hospitalaria con una infección nosocomial (definida en el anexo I.3.1) sobre el total de altas hospitalarias	
Numerador Número total de hospitalizaciones con alguna infección nosocomial	Denominador Número total de altas
Exclusiones Se excluyen del numerador y denominador todas las hospitalizaciones de menos de 3 días	

II.5. Productividad

II.5.1. Gestión de camas

Índice de rotación de camas	
Número total de altas hospitalarias sobre el total de número de camas en funcionamiento	
Numerador Número de altas de hospitalización	Denominador Número total de camas en funcionamiento
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

Tasa de ocupación de camas	
Número total de estancias hospitalarias sobre el total de número de camas en funcionamiento	
Numerador Número de estancias en hospitalización	Denominador Número total de camas en funcionamiento
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

II.5.2. Pruebas diagnósticas por máquina

Pruebas diagnósticas por máquina	
Promedio diario del número de pruebas realizadas por máquina de radiodiagnóstico. Cálculo desglosado en: global, TAC, mamografías y resonancias magnéticas	
Numerador Número de pruebas de radiodiagnóstico realizadas	Denominador Número de máquinas de radiodiagnóstico en funcionamiento
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

II.6. Cronicidad

Porcentaje de estancias hospitalarias debidas a enfermedades crónicas	
Número de estancias hospitalarias debidas a enfermedades crónicas sobre el total de estancias hospitalarias	
Numerador Número total de estancias en hospitalización de enfermedades crónicas	Denominador Número total de estancias en hospitalización
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de enfermedad crónica (consultar el anexo I.1)	

Estancia media en hospitalización en pacientes con enfermedades crónicas	
Promedio de días que los pacientes con enfermedades crónicas 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 enfermedad crónica (consultar el anexo I.1) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida - El GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con enfermedades crónicas	
Porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas 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 enfermedad crónica (consultar el anexo I.1) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con enfermedades crónicas	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con enfermedades crónicas tras una 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
<p style="text-align: center;">Exclusiones</p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (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 <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de enfermedad crónica (consultar el anexo I.1) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio 	

II.7. Atención a los tumores malignos

Frecuentación hospitalaria en tumores malignos	
Número total de episodios de hospitalización entre el número total de pacientes en hospitalización	
Numerador Número total de episodios de hospitalización	Denominador Número total de pacientes hospitalizados
<p style="text-align: center;">Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de tumores malignos (consultar el anexo I.2) 	

Tumores malignos más frecuentes	
Distribución de los motivos de ingreso en hospitalización en episodios de tumores malignos	
Numerador Número total de cada diagnóstico principal	Denominador Número total de episodios de hospitalización
<p style="text-align: center;">Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de tumores malignos (consultar el anexo I.2) 	

Estancia media en hospitalización de pacientes con tumores malignos	
Promedio de días que los pacientes con tumores malignos están ingresados en hospitalización	
Numerador Número total de estancias	Denominador Número total de episodios de hospitalización
<p style="text-align: center;">Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de tumores malignos (consultar el anexo I.2) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida <ul style="list-style-type: none"> - El GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula 	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con tumores malignos	
Porcentaje de pacientes con tumores malignos fallecidos durante el ingreso hospitalario	
Numerador Número total de <i>exitus</i>	Denominador Número total de pacientes hospitalizados
<p style="text-align: center;">Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de tumores malignos (consultar el anexo I.2) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días 	

II.8. Procesos clínicos

II.8.1. 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
<p style="text-align: center;">Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar el anexo I.4) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida <ul style="list-style-type: none"> - 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 de 20 días	
Numerador	Denominador
Número total de episodios de hospitalización con una estancia superior a 20 días	Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones	
Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar el anexo I.4) <li style="padding-left: 20px;">- La estancia es menor de 1 o mayor de 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	Denominador
Número total de episodios intervenidos en menos de 48 horas	Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones	
Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar el anexo I.4) <li style="padding-left: 20px;">- La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días <li style="padding-left: 20px;">- 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 fractura de cadera tras una 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:	
<ul style="list-style-type: none"> <li style="padding-left: 20px;">- La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (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:	
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar el anexo I.4) <li style="padding-left: 20px;">- La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital <li style="padding-left: 20px;">- 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	Denominador
Número total de <i>exitus</i>	Número total de pacientes hospitalizados
Exclusiones	
Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar el anexo I.4) <li style="padding-left: 20px;">- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital <li style="padding-left: 20px;">- La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días 	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fractura de cadera pertrocantérea	
Porcentaje de pacientes con fractura de cadera pertrocantérea fallecidos durante el ingreso hospitalario	
Numerador Número total de <i>exitus</i>	Denominador Número total de pacientes hospitalizados
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera pertrocantérea (consultar el anexo I.4.1) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 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 <i>exitus</i>	Denominador Número total de pacientes hospitalizados
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cuello de fémur (consultar el anexo I.4.2) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 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 <i>exitus</i>	Denominador Número total de pacientes hospitalizados
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera con prótesis sintética (consultar el anexo I.4.3) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días 	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con 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 <i>exitus</i>	Denominador Número total de pacientes hospitalizados
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera sin prótesis sintética (consultar el anexo I.4.4) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días 	

II.8.2. Partos

Estancia media depurada de pacientes que ingresan por parto	
Promedio de días de los episodios de parto en hospitalización	
Numerador Número total de estancias	Denominador Número total de episodios de parto
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de parto (consultar el anexo I.5) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida <ul style="list-style-type: none"> - El GRD no es agrupable (999, 998) - La edad de la paciente es nula 	
Tasa de partos por cesárea	
Tasa de cesáreas realizadas sobre el total de episodios de parto	
Numerador Número total de cesáreas	Denominador Número total de episodios de parto
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de parto (consultar el anexo I.5) - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cesárea (consultar el anexo I.5.1) 	
Tasa de partos por cesárea en partos de bajo riesgo	
Tasa de cesáreas realizadas sobre el total de episodios de parto de bajo riesgo	
Numerador Número total de cesáreas	Denominador Número total de episodios de parto de bajo riesgo
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de parto de bajo riesgo (consultar el anexo I.5.2) - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cesárea (consultar el anexo I.5.1) 	
Tasa de partos vaginales con cesárea previa	
Porcentaje de partos vaginales en pacientes con una cesárea previa	
Numerador Número total de partos vaginales	Denominador Número total de episodios de parto
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de parto vaginal (consultar el anexo I.5.4) - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cesárea previa (consultar el anexo I.5.3) 	

Ingresos preparto	
Porcentaje de mujeres que ingresan al hospital por un falso trabajo de parto respecto a todos los ingresos por parto	
Numerador Número total de ingresos preparto	Denominador Número total de episodios de parto
Exclusiones Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de parto (consultar el anexo I.5) - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de falso trabajo de parto (consultar el anexo I.5.4) 	

II.8.3. Cáncer de mama

Estancia media bruta en hospitalización en pacientes con cáncer de mama	
Promedio de días que las pacientes con cáncer de mama están ingresadas 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: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de mama (consultar el anexo I.6) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida <ul style="list-style-type: none"> - El GRD no es agrupable (999, 998) - La edad de la 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 las pacientes con cáncer de mama tras una 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: <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (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: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de mama (consultar el anexo I.6) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el 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 fallecidas durante el ingreso hospitalario	
Numerador Número total de <i>exitus</i>	Denominador Número total de pacientes hospitalizadas
<p style="text-align: center;">Exclusiones</p> <p style="text-align: center;">Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de mama (consultar el anexo I.6) <li style="padding-left: 20px;">- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital <li style="padding-left: 20px;">- La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días 	

Tasa bruta de ambulatorización	
Tasa de las intervenciones quirúrgicas 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
<p style="text-align: center;">Exclusiones</p> <p style="text-align: center;">Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de mama (consultar el anexo I.6) <li style="padding-left: 20px;">- EL GRD no es quirúrgico <li style="padding-left: 20px;">- EL GRD no es agrupable (999, 998) <li style="padding-left: 20px;">- La edad de la paciente es nula 	

II.8.4. 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
<p style="text-align: center;">Exclusiones</p> <p style="text-align: center;">Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de pulmón (consultar el anexo I.7) <li style="padding-left: 20px;">- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital <li style="padding-left: 20px;">- La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días <li style="padding-left: 20px;">- La circunstancia de admisión es desconocida <li style="padding-left: 20px;">- EL GRD no es agrupable (999, 998) <li style="padding-left: 20px;">- 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 una 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
<p style="text-align: center;">Exclusiones</p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (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 <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de pulmón (consultar el anexo I.7) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el 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 Número total de <i>exitus</i>	Denominador Número total de pacientes hospitalizados
<p style="text-align: center;">Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de pulmón (consultar el anexo I.7) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días 	

II.8.5. 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 Número total de estancias	Denominador Número total de episodios de hospitalización
<p style="text-align: center;">Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de próstata (consultar el anexo I.8) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida <ul style="list-style-type: none"> - 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 una 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	
<p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (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 <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de próstata (consultar el anexo I.8) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el 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	
<p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de próstata (consultar el anexo I.8) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días 	

II.8.6. Cáncer de colon

Estancia media depurada en hospitalización en pacientes con cáncer de colon	
Promedio de días que los pacientes con cáncer de colon están ingresados en hospitalización	
Numerador	Denominador
Número total de estancias	Número total de episodios de hospitalización
Exclusiones	
<p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de colon (consultar el anexo I.9) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida <ul style="list-style-type: none"> - 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 colon

Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con cáncer de colon tras una 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 categoría diagnóstica mayor (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 colon (consultar el anexo I.9)
 - La circunstancia de alta es el *exitus* o el 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 colon

Porcentaje de pacientes con cáncer de colon 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 cáncer de colon (consultar el anexo I.9)
 - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital
 - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días

II.8.7. 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

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 infarto agudo de miocardio (consultar el anexo I.10)
 - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital
 - La estancia es menor de 1 o mayor de 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 una 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: <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (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: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio (consultar el anexo I.10) - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el 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 Número total de <i>exitus</i>	Denominador Número total de pacientes hospitalizados
Exclusiones	
Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio (consultar el anexo I.10) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 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: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio con elevación de ST (consultar el anexo I.10.2) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 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
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (consultar el anexo I.10.3) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días 	

Tasa de angioplastias coronarias transluminales percutáneas (ACTP) primarias	
Tasa de ACTP primarias realizadas sobre el total de episodios con infarto agudo de miocardio	
Numerador Número total de episodios con ACTP primaria	Denominador Número total de episodios de hospitalización
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de ACTP primaria (consultar el anexo I.10.1) 	

II.8.8. Hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico

Estancia media depurada en hospitalización en pacientes con hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico	
Promedio de días que los pacientes con hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico están ingresados en hospitalización	
Numerador Número total de estancias	Denominador Número total de episodios de hospitalización
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de hipertrofia benigna de próstata (consultar el anexo I.11) - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital <ul style="list-style-type: none"> - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días - La circunstancia de admisión es desconocida <ul style="list-style-type: none"> - 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 hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico tras una 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	
<p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de admisión no es urgente - La categoría diagnóstica mayor (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 <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico (consultar el anexo I.11) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el 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 hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico	
Porcentaje de pacientes con hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico fallecidos durante el ingreso hospitalario	
Numerador Número total de <i>exitus</i>	Denominador Número total de pacientes hospitalizados
Exclusiones	
<p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico (consultar el anexo I.11) <ul style="list-style-type: none"> - La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital - La estancia es menor de 1 o mayor de 365 días 	
Tasa bruta de ambulatorización	
Tasa de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias (CMA) sobre el total de intervenciones quirúrgicas, tanto en CMA como en hospitalización, en pacientes con hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico	
Numerador Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	Denominador Número total de intervenciones quirúrgicas
Exclusiones	
<p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico (consultar el anexo I.11) <ul style="list-style-type: none"> - El GRD no es quirúrgico - El GRD no es agrupable (999, 998) - La edad del paciente es nula 	

II.8.9. Cataratas

Tasa 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
<p>Exclusiones</p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de complicación de cirugía de cataratas (consultar el anexo I.12.1) - La circunstancia de admisión no es urgente <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cirugía de cataratas (consultar el anexo I.12) - La circunstancia de alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio 	

II.9. Indicadores de fertilidad

II.9.1. 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
<p>Exclusiones</p> <p>No se aplica ninguna exclusión</p>	

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
<p>Exclusiones</p> <p>No se aplica ninguna exclusión</p>	

II.9.2. 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.9.3. Gestaciones y partos 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.9.4. Gestaciones y partos 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.10. Indicadores de diálisis

II.10.1. Tasa bruta de mortalidad en diálisis

Tasa bruta de mortalidad	
Tasa de mortalidad entre los pacientes con indicación de hemodiálisis	
Numerador Número de <i>exitus</i> en pacientes con indicación de hemodiálisis	Denominador Número total de pacientes con indicación de hemodiálisis
Exclusiones No se aplica ninguna exclusión	

II.10.2. 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 2024 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 No se aplica ninguna exclusión	

II.10.3. Porcentaje de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl

Porcentaje de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl	
Porcentaje de pacientes con un nivel de albúmina sérica superior a 3,5g/dl durante el año 2024 sobre el total de pacientes con indicación de hemodiálisis	
Numerador	Denominador
Número de pacientes con un nivel de albúmina sérica superior a 3,5g/dl	Número total de pacientes con indicación de hemodiálisis
Exclusiones	
No se aplica ninguna exclusión	

II.10.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga

Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga	
Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga sobre el total de pacientes con indicación de hemodiálisis	
Numerador	Denominador
Número de pacientes con fístula arteriovenosa autóloga	Número total de pacientes con indicación de hemodiálisis
Exclusiones	
No se aplica ninguna exclusión	

Anexo III. Relación de participantes

III.1. Centros hospitalarios y clínicas participantes

Listado de centros hospitalarios y clínicas participantes en el Estudio RESA 2025:

Centro Médico Asturias

- HM Nens

Grupo Hospitales Católicos de Madrid

- HM Nou Delfos

Grupo HLA

- HM Nuevo Belén

- HLA Clínica Montpellier
- HLA Clínica Perpetuo Socorro
- HLA Clínica Santa Isabel
- HLA Clínica Vistahermosa
- HLA Hospital Jerez Puerta del Sur
- HLA Hospital La Vega
- HLA Hospital Mediterráneo
- HLA Hospital San Carlos de Denia
- HLA Hospital Universitario El Ángel
- HLA Hospital Universitario Inmaculada
- HLA Hospital Universitario Moncloa

- HM Puerta del Sur

- HM Regla

- HM Rivas

- HM Rosaleda

- HM San Francisco

- HM Sanchinarro

- HM Sant Jordi

- HM Torreldones

- HM Vallés

Hospitales San Roque

- Hospital Universitario San Roque Las Palmas

- Hospital Universitario San Roque Maspalomas

HM Hospitales

- HM Gálvez
- HM Internacional Santa Elena
- HM La Esperanza
- HM Madrid
- HM Madrid Río
- HM Málaga
- HM Modelo
- HM Montepíncipe

Grupo Hospiten

- Hospital Universitario Hospiten Bellevue
- Hospital Universitario Hospiten Rambla
- Hospital Universitario Hospiten Sur
- Hospiten Estepona
- Hospiten Lanzarote
- Hospiten Roca

Grupo IMED

- Hospital IMED Colón
- Hospital IMED Elche
- Hospital IMED Gandía
- Hospital IMED Levante
- Hospital IMED San Jorge
- Hospital IMED Valencia
- Hospital IMED Virgen de la Fuensanta

Grupo IMQ

- Clínica IMQ Virgen Blanca
- Clínica IMQ Zorrotzaurre

Orden Hospitalaria San Juan de Dios

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

Policlínica Comarcal del Vendrell

Grupo Quirónsalud

- Hospital Digital Quirónsalud
- Hospital El Pilar
- Hospital Quirónsalud A Coruña
- Hospital Quirónsalud Albacete
- Hospital Quirónsalud Barcelona
- Hospital Quirónsalud Bizkaia
- Hospital Quirónsalud Cáceres
- Hospital Quirónsalud Campo de Gibraltar

- Hospital Quirónsalud Ciudad Real
- Hospital Quirónsalud Clideba
- Hospital Quirónsalud Córdoba
- Hospital Quirónsalud Costa Adeje
- Hospital Quirónsalud del Vallés
- Hospital Quirónsalud Huelva
- Hospital Quirónsalud Infanta Luisa
- Hospital Quirónsalud Lugo
- Hospital Quirónsalud Málaga
- Hospital Quirónsalud Marbella
- Hospital Quirónsalud Miguel Domínguez
- Hospital Quirónsalud Murcia
- Hospital Quirónsalud Palmaplanas
- Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón
- Hospital Quirónsalud San José
- Hospital Quirónsalud Santa Cristina
- Hospital Quirónsalud Santa Justa
- Hospital Quirónsalud Son Verí
- Hospital Quirónsalud Sur
- Hospital Quirónsalud Tenerife
- Hospital Quirónsalud Toledo
- Hospital Quirónsalud Torrevieja
- Hospital Quirónsalud Valencia
- Hospital Quirónsalud Valle del Henares - Torrejón de Ardoz
- Hospital Quirónsalud Vida
- Hospital Quirónsalud Vitoria
- Hospital Quirónsalud Zaragoza
- Hospital Ruber Internacional

- Hospital Ruber Juan Bravo
- Hospital Universitari Dexeus
- Hospital Universitari General de Catalunya
- Hospital Universitari Sagrat Cor
- Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
- Hospital Universitario General de Villalba
- Hospital Universitario Infanta Elena
- Hospital Universitario La Luz
- Hospital Universitario Quirónsalud Madrid
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Grupo Recoletas

- Hospital Recoletas Burgos
- Hospital Recoletas Campo Grande
- Hospital Recoletas Castilla y León
- Hospital Recoletas Cuenca
- Hospital Recoletas Felipe II
- Hospital Recoletas Palencia
- Hospital Recoletas Segovia
- Hospital Recoletas Zamora
- Hospitales Cosaga

Grupo Ribera Salud

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

Grupo Sanitas

- Hospital Sanitas CIMA

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

Grupo Viamed

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

Grupo Vithas

- Hospital Universitario Vithas Las Palmas
- Hospital Universitario Vithas Madrid Aravaca
- Hospital Universitario Vithas Madrid Arturo Soria
- Hospital Universitario Vithas Madrid La Milagrosa
- Hospital Vithas Aguas Vivas
- Hospital Vithas Alicante
- Hospital Vithas Almería
- Hospital Vithas Castellón
- Hospital Vithas Granada
- Hospital Vithas Lleida

- Hospital Vithas Málaga
- Hospital Vithas Medimar
- Hospital Vithas Sevilla
- Hospital Vithas Tenerife
- Hospital Vithas Valencia 9 de Octubre
- Hospital Vithas Valencia Consuelo
- Hospital Vithas Vigo
- Hospital Vithas Vitoria
- Hospital Vithas Xanit Internacional (Benalmádena)

III.2. Centros ambulatorios participantes

Listado de centros ambulatorios participantes en el Estudio RESA 2025:

Analiza Sociedad de Diagnóstico

- Analiza Anatomía Patológica Mallorca
- Analiza Anatomía Patológica Moncloa
- Analiza Anatomía Patológica Murcia
- Analiza Anatomía Patológica Ortego
- Analiza Anatomía Patológica Pintor Rosales
- CEDISA - Logística Central, Granada
- CEDISA Unidad Rx en 9 Uds. Móviles Mamografía - Territorio Nacional
- CEDISA Unidad Rx en HLA Los Naranjos - Huelva
- CEDISA Unidad Rx en 7 unidades móviles RMN - Territorio Nacional
- CEDISA Unidad Rx en Centro CEYDES - Zaragoza
- CEDISA Unidad Rx en Centro Diagnóstico Motril - Granada
- CEDISA Unidad Rx en Centro Grasa - Zaragoza
- CEDISA Unidad Rx en Centro Pintor Rosales - Madrid
- CEDISA Unidad Rx en Clínica MÉDICIS - Pamplona, Navarra
- CEDISA Unidad Rx en CRM-Motril, Granada
- Analiza Análisis Clínicos Alicante
- Analiza Análisis Clínicos Almería
- Analiza Análisis Clínicos Barcelona
- Analiza Análisis Clínicos Cádiz
- Analiza Análisis Clínicos Granada
- Analiza Análisis Clínicos Huelva
- Analiza Análisis Clínicos Jerez
- Analiza Análisis Clínicos Lérida
- Analiza Análisis Clínicos Madrid
- Analiza Análisis Clínicos Málaga
- Analiza Análisis Clínicos Murcia
- Analiza Análisis Clínicos Navarra
- Analiza Análisis Clínicos Zaragoza
- Analiza Anatomía Patológica Almería
- Analiza Anatomía Patológica APSur
- Analiza Anatomía Patológica Azúa
- Analiza Anatomía Patológica Granada
- Analiza Anatomía Patológica Málaga

- CEDISA Unidad Rx en Espacio Salud DKV - Urgell, Lleida
- CEDISA Unidad Rx en HLA Bonanova - Barcelona
- CEDISA Unidad Rx en HLA La Inmaculada - Granada
- CEDISA Unidad Rx en HLA San Carlos - Denia
- CEDISA Unidad Rx en Hospital San Juan de Dios - Pamplona
- CEDISA Unidad Rx en Hospital San Juan de Dios - Tudela
- CEDISA Unidad Rx en Hospital San Rafael - Granada
- CEDISA Unidad Rx en Laboratorio AP HLA Moncloa
- CEDISA Unidad Rx en Natalio Rivas - Granada
- Clínica CEDISA - Granada

Fresenius Medical Care

46 centros de Fresenius Medical Care

Grupo HLA

- HLA Clínica Dr. Sanz Vázquez
- HLA Clínica Los Naranjos

HM Hospitales

- HM El Pilar

Grupo Hospiten

- MD Anderson Cancer Center Madrid

Grupo IMED

- Centro de oncología radioterápica IMED Murcia
- Policlínica IMED Gandía

Grupo Quirónsalud

- Centro de Protonterapia
- Centro Médico Quirónsalud Alicante
- Centro Médico Quirónsalud Almendralejo
- Centro Médico Quirónsalud Aribau
- Centro Médico Quirónsalud Badalona
- Centro Médico Quirónsalud Baleares
- Centro Médico Quirónsalud Don Benito
- Centro Médico Quirónsalud Gran Alacant
- Centro Médico Quirónsalud Tres Cantos
- Centro Médico Quirónsalud Valle del Henares
- Centro Médico Teknon
- Clínica Quirónsalud Alcázar
- Clínica Ricardo Palma
- Clínica Rotger
- Hospital de Día Quirónsalud Donostia
- Hospital de Día Quirónsalud Talavera
- Hospital de Día Quirónsalud Zaragoza
- Instituto Extremeño de Reproducción Asistida (IERA)
- Olympia
- Policlínica Gipuzkoa
- Quirónprevención

Grupo Recoletas

- Centro de Diagnóstico Recoletas Castilla y León
- Centro Diagnóstico Campo Grande
- Centro Diagnóstico Cuenca
- Centro Diagnóstico Segovia

- Centro Médico La Marquesina
- Centro Médico Recoletas Angustias
- Centro Médico Recoletas Avenida Castilla (Palencia)
- Centro Médico Recoletas Benavente
- Centro Médico Recoletas Calzadas
- Centro Médico Recoletas Cervantes
- Centro Médico Recoletas Guardo
- Centro Médico Recoletas Íscar
- Centro Médico Recoletas Jardín Botánico
- Centro Médico Recoletas La Flecha
- Centro Médico Recoletas Medina
- Centro Médico Recoletas Palencia
- Centro Médico Recoletas Paracelso
- Centro Médico Recoletas Segovia
- Centro Médico Recoletas VEA
- Centro Médico Recoletas Zamora
- Clínica Médica Campoamor
- Clínica Ponferrada
- Recoletas Laboratorios Clínicos SL
- Vida-Unidad de la Mujer Recoletas

III.3. Información de la Sociedad Española de Fertilidad

La información sobre los 336 centros de reproducción asistida ha sido remitida por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF).

III.4. Comité de expertos

El comité de expertos del Estudio RESA 2025 está formado por:

- Amelia Fernández Alonso, Analiza
- Daniel Viola Caro, Analiza
- Joaquín José Carreño Glaria, HLA
- Marta Sánchez Trigo, HLA
- Eva María Sáez Martín, HM Hospitales
- José Tolsdorf Rodríguez, HM Hospitales
- María Luisa Baleztena Gurrea, Hospiten
- Tomás Piñeiro Portillo, Hospiten
- Rafael Giménez Pérez, IMED
- Jorge Díez Fernández, IMQ
- Elena Seral, Orden Hospitalaria San Juan de Dios
- José María Alcázar, Quirónsalud
- Catalina Martín Cleary, Quirónsalud
- Blanca Rodríguez Alonso, Quirónsalud
- Leticia Borrego Caro, Sanitas
- Sonia Gutiérrez Gabriel, Sanitas
- Ana Vara Lorenzo, Sanitas
- Paula Vallejo, Viamed

III.5. Responsables del estudio

El equipo responsable de llevar a cabo el Estudio RESA 2025 está formado por profesionales de la Fundación IDIS y de IQVIA.

Coordinación: Marta Villanueva, directora general de la Fundación IDIS

- Mayte Segura, Fundación IDIS
- Ángel de Benito, Fundación IDIS
- María Ferrer, Fundación IDIS
- Alessandra Rubio, Fundación IDIS
- Lucía González, 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