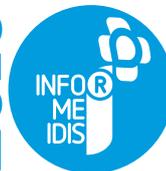


**CINCO
AÑOS**
DEL ESTUDIO DE
RESULTADOS
EN SALUD
DE LA SANIDAD
PRIVADA

**ESTUDIO
RESA
2016**



2016



LA
SUMA DE TODOS
APORTA VALOR
A LA SANIDAD



ESTUDIO
RESA
2016

ÍNDICE

| | | | |
|--|-----------|---|-----------|
| Presentación | 4 | 5. Resolución asistencial | 46 |
| Resumen ejecutivo | 6 | 5.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico | 47 |
| 1. Objetivos del estudio | 8 | 5.2. Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta | 48 |
| 2. Ficha metodológica | 10 | 5.3. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas | 49 |
| 2.1. Participantes | 11 | 6. Calidad y seguridad del paciente | 50 |
| 2.2. Representatividad del sector privado..... | 12 | 6.1. Acreditaciones y certificaciones de unidades y servicios hospitalarios | 51 |
| 2.3. Distribución territorial..... | 12 | 6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente | 52 |
| 2.4. Crecimiento de la participación | 13 | 6.2.1. Protocolo de higiene de manos | 52 |
| 2.5. Datos básicos de los centros participantes | 14 | 6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión | 53 |
| 2.6. Proceso de selección de indicadores | 15 | 6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación | 54 |
| 2.7. Recopilación y procesamiento de los indicadores | 16 | 6.2.4. Sistema de notificación de eventos adversos | 55 |
| 2.8. Análisis de los observatorios de calidad y resultados | 17 | 6.2.5. Protocolo de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico) | 56 |
| 3. Eficiencia | 18 | 6.3. Ratio de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico)..... | 57 |
| 3.1. Estancia media ajustada por casuística | 19 | 6.4. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo..... | 58 |
| 3.2. Estancia media pre-quirúrgica | 22 | 6.5. Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario | 59 |
| 3.3. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias | 23 | 6.6. Ratios de colonoscopias y gastroscopias realizadas con sedación profunda | 60 |
| 4. Accesibilidad en la atención sanitaria | 24 | 6.7. Tasa de reingresos posteriores a cirugía ambulatoria a 30 días | 61 |
| 4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias | 25 | 6.8. Indicadores de hemodiálisis | 61 |
| 4.1.1. Mamografías | 26 | 7. Posicionamiento del Estudio RESA entre los Observatorios de Calidad y Resultados | 64 |
| 4.1.2. Resonancias Magnéticas | 28 | 7.1. Introducción: Objetivos de los Observatorios de Calidad y Resultados en el mundo | 65 |
| 4.1.3. Tomografía Axial Computarizada | 29 | 7.2. Origen de los observatorios de calidad y resultados | 66 |
| 4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias | 31 | 7.3. ¿Qué impacto tienen estas iniciativas? | 67 |
| 4.2.1. Tiempo medio de entrega de informe de mamografía | 31 | 7.4. Algunas limitaciones de los observatorios de calidad | 68 |
| 4.2.2. Tiempo medio de entrega de informe de resonancia magnética | 32 | 7.5. Observatorios de resultados en salud en el mundo | 68 |
| 4.2.3. Tiempo medio de entrega de informe de TAC..... | 32 | 7.6. Observatorios de salud en España | 73 |
| 4.3. Tiempo medio de citación para consultas de especialista | 33 | 7.7. Posicionamiento del Estudio RESA entre los observatorios de calidad de resultados | 76 |
| 4.3.1. Oftalmología | 34 | 8. Conclusiones | 78 |
| 4.3.2. Dermatología | 35 | 9. Anexos | 80 |
| 4.3.3. Traumatología | 36 | 9.1. Proceso de selección y definición de indicadores | 81 |
| 4.3.4. Ginecología y Obstetricia | 37 | 9.2. Fichas de los indicadores | 81 |
| 4.4. Tiempo medio en urgencias | 38 | 9.3. Especificaciones metodológicas | 88 |
| 4.5. Espera media quirúrgica | 42 | 9.4. Relación de participantes | 96 |
| 4.6. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento en procesos oncológicos | 43 | 9.5. Entidades que forman parte del IDIS | 103 |

PRESENTACIÓN

Transparencia y datos objetivos, dos ejes fundamentales en la toma de decisiones

El año 2016 es una fecha de especial relevancia para el Estudio RESA (Resultados de Salud) puesto que nuestro informe cumple ya cinco años. La presentación de los resultados de la sanidad privada a través de indicadores reconocidos, medibles, cuantificables, comparables y plenamente representativos en formato abierto, con un modelo objetivo y transparente es fundamental y tiene como objetivo clave alcanzar los mejores resultados de salud a través de la mejora continua de la calidad y de la propia calidad asistencial en su conjunto.

De todos es conocido que la sanidad privada tiene unos resultados tan buenos o mejores que los de cualquier sistema sanitario de nuestro entorno geográfico en base a datos validados y contrastables, pero para poner blanco sobre negro, desde 2011 publicamos este estudio que es novedoso en España y que recoge un conjunto de indicadores homologados que muestran al ciudadano la realidad de un sector, el de la sanidad privada que aporta un valor añadido ingente a nuestra sociedad.

Cada año, y este no podía ser una excepción, hemos ido mostrando como la sanidad privada presenta unos excelentes resultados de resolución asistencial, de calidad y seguridad del paciente, de accesibilidad y de eficiencia que contribuyen a impulsar notablemente un sistema sanitario sustentado en la excelente labor de nuestros profesionales, la calidad de nuestros centros, la capacidad innovadora instalada y, por supuesto, en nuestros pacientes que conforman el objetivo último de toda nuestra actividad y razón de ser.

Cinco años después de la primera edición de este estudio observamos como iniciativas de este calado son las que contribuyen a mejorar el perfil de un paciente empoderado, proactivo en la toma de decisiones y corresponsable en la gestión de su propia salud. En cuanto al compromiso de la Fundación IDIS con la transparencia y la objetividad a través de nuestros análisis, informes y datos constantemente actualizados, somos conscientes de la contribución que proyectos como el estudio RESA aportan al conocimiento de lo que es y lo que significa la sanidad privada en nuestro país.

Los resultados de este año vuelven a demostrar el compromiso de la sanidad privada con el profesional sanitario y el paciente, un binomio indisoluble y fundamental presentando unos resultados comparables a los sistemas sanitarios más avanzados del mundo.

El propio éxito de participación de los centros asistenciales en el estudio nos confirma su interés en este proyecto: después de cinco años, una vez más, aumenta la participación de hospitales y centros ambulatorios y se amplía el volumen de datos que aporta cada uno de ellos.

El análisis, cuyo resumen se incluye en este documento, presenta un panorama alentador. Por un lado, el estudio RESA forma parte de una clara tendencia internacional a mejorar la transparencia de los sistemas sanitarios mediante el llamado "*public reporting*" de datos sobre calidad, seguridad del paciente, resolución asistencial, eficiencia y accesibilidad para la toma de decisiones en base a modelos predictivos basados en el conocimiento. Por otro, las experiencias existentes muestran cómo el mayor impacto de este tipo de iniciativas se produce sobre todo a través de su rol incentivador para mejorar la competitividad, puesto que los centros tienden a impulsar procedimientos y procesos de mejora continua que les permitan alcanzar niveles de excelencia superiores.

El Estudio RESA forma parte de un conjunto de trabajos que muestran el enorme valor aportado por la sanidad de titularidad privada en nuestro país; estudios que publicamos periódicamente como prueba de concepto de nuestro firme compromiso con la transparencia y la generación de conocimiento en la sociedad y en la comunidad científica.

El informe "Sanidad Privada, aportando valor", una radiografía del sector de la sanidad privada en nuestro país, el "Barómetro de la Sanidad Privada" una medida cualitativa de la percepción de nuestros asegurados, pacientes y sus familias, el informe "Innovación en el sector privado", fruto del estudio BEST de Farmaindustria, que muestra el compromiso por la investigación preclínica y clínica de la sanidad privada o este informe RESA de resultados de salud, son la mejor muestra de que solo la solidez y trazabilidad de los datos es óptima para ejercer una toma de decisiones que beneficie a la sociedad en su conjunto.

Estas publicaciones se unen a otros informes y proyectos, como el de Interoperabilidad, el de reconocimiento del esfuerzo realizado en la senda de la calidad por parte de centros y servicios a través de la acreditación QH (Quality Healthcare) de IDIS o el de atención socio-sanitaria enmarcado en la apuesta del sector privado por el cuidado a nuestros mayores, y conforman un elenco de publicaciones que, sin duda, determinan lo robusto del compromiso y posicionamiento de una institución, la Fundación IDIS, que tiene como misión no solo mostrar su realidad a la sociedad, sino contribuir con su esfuerzo a la mejora de la salud y el bienestar de toda la población.

Sabemos, y queremos agradecer a todos los participantes el arduo esfuerzo que representa mantener durante cinco años el trabajo de suministrar una información sin otra compensación que el reconocimiento que dan los resultados. Nos enorgullece por tanto presentar ya por quinto año consecutivo este Estudio RESA que ratifica la importancia de tener siempre en cuenta a la sanidad de titularidad privada, especialmente si tenemos en cuenta la tendencia internacional de transparencia y mejora continua de la calidad en pos de los resultados.

Adolfo Fernández-Valmayor

Presidente de la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)

RESUMEN EJECUTIVO

La sanidad privada atiende aproximadamente a 9,3 millones de personas, una quinta parte de la población española, compuesta por 7,4 millones que mantienen de forma voluntaria un doble aseguramiento y por cerca de 2 millones de funcionarios de la administración del Estado que eligen año tras año la sanidad privada a través del modelo de mutualismo administrativo. Asimismo, ofrece cobertura sanitaria a otros segmentos poblacionales por medio de los diferentes modelos de colaboración existentes tales como los conciertos o los propios modelos concesionales.

En este contexto se evidencia la importancia de aportar datos objetivos y transparentes a los ciudadanos acerca de los resultados de salud obtenidos en nuestra extensa red de centros, todos ellos con una gestión sanitaria privada eficiente, acreditada, contrastada y de calidad que permite alcanzar los indicadores de salud más exigentes y compararlos con los de los países más avanzados de nuestro entorno geográfico, procurando así la mejora continua de la calidad asistencial que ofrecemos a nuestros pacientes y a sus familias.

El Estudio RESA (Indicadores de Resultados en Salud de la Sanidad Privada) afronta ya su quinta edición. La creciente participación de centros de reconocido prestigio, la transparencia de la información aportada y la fiabilidad de sus resultados, hace que se trate actualmente de un estudio plenamente representativo de la Sanidad Privada y lo posiciona entre los estudios e informes de los observatorios nacionales e internacionales más consolidados que documentan resultados de salud.

Los centros participantes en esta quinta edición suponen más de 15.000 camas hospitalarias (dos terceras partes de las camas privadas de agudos) y las altas hospitalarias que realizan representan casi el 80% de todas las que se producen en hospitales privados de agudos. En lo referido al sistema sanitario español en su conjunto (público y privado), cerca de una de cada cinco altas hospitalarias de agudos tiene lugar en los hospitales privados que participan en el Estudio RESA.

Los resultados aportados por este nuevo informe vuelven a reiterar las bases de nuestra confianza en la sanidad privada española:

- La eficiencia, sostenida a lo largo de los cinco años de estudio, con valores de estancia media entorno a 3,2 días, se mantiene en todos los periodos del año con escasas variaciones.
- La accesibilidad de la atención, un valor conocido de la asistencia privada, se ve claramente ratificado con resultados entre los que destacan:
 - Demoras en citación para pruebas complementarias que se sitúan en un promedio que no supera los 9 días y con resultados inferiores a 1 semana en muchas de ellas (4,7 días para TAC ó 7 días para RMN osteomuscular).
 - Tiempos de entrega de informes de pruebas diagnósticas por debajo de los 4 días (2 en el caso de la mamografía).
 - Tiempos medios de citación para las consultas de especialista más frecuentadas entre 10 y 11 días.
 - Unos tiempos de espera para las intervenciones quirúrgicas en que se atiende al 90% de los pacientes en menos de 30 días.
- Esta accesibilidad tiene especial interés en los casos de atención al cáncer, observándose que los centros privados participantes realizan el inicio de tratamiento desde la confirmación diagnóstica en menos de 2 ó 3 semanas en los cánceres más frecuentes.

■ Un valor en el que ponemos especial énfasis es el de la calidad asistencial, área en la que el estudio muestra unos resultados excelentes:

- El sector sanitario privado dispone de una red de centros y servicios acreditados o certificados por instituciones internacionales o de referencia.
- Dentro de su compromiso con la calidad, la seguridad del paciente es una prioridad en la sanidad privada. La implantación de las actuales políticas y prácticas de seguridad sigue una tendencia claramente ascendente, habiéndose convertido ya en una práctica habitual en la gran mayoría de los centros.
- Los indicadores cuantitativos presentan unos resultados excelentes como la tasa de supervivencia en síndrome coronario agudo, la intervención por fractura de cadera en menos de 48 horas, y la implantación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica entre los mejores estándares internacionales.
- El confort del paciente con unas proporciones de uso de la sedación profunda en la realización de endoscopias por encima del 90%.

En general podemos afirmar que los resultados obtenidos en la presente edición del Estudio RESA vuelven a ser muy satisfactorios, habiendo contribuido a este éxito algunos hechos entre los que nos gustaría destacar dos de ellos:

- La realización de análisis más pormenorizados y detallados muestran además que estos resultados no son sólo un promedio sino que reflejan la tendencia a la disminución de la variabilidad entre los centros participantes.
- La disminución de dicha variabilidad entre los centros en los años de estudio, el análisis de la distribución de los casos, así como la distribución temporal de los indicadores muestran una gran coherencia en los resultados.

Es importante destacar aquí que el Estudio RESA 2016 inicia este año la ampliación de su cobertura incluyendo tres indicadores para hemodiálisis. La presentación ya de resultados en estos indicadores por parte de 29 centros, augura una buena acogida en ediciones futuras del estudio.

Pero además de analizar los datos, esta quinta edición ha servido para que realicemos una reflexión sobre el posicionamiento que ocupa el Estudio RESA en el entorno nacional e internacional de los Observatorios de Calidad y Resultados que hemos revisado para su realización.

Esta reflexión recoge algunas conclusiones importantes:

- El Estudio RESA se encuadra dentro de una tendencia internacional en clara consolidación a desarrollar la transparencia de las instituciones sanitarias mediante la presentación pública de sus resultados de salud.
- Esta experiencia puede ser calificada como única, ya que se trata de una iniciativa desarrollada por un amplio grupo de centros privados, de forma voluntaria.

En suma, que esta reflexión nos ratifica en la iniciativa que emprendimos hace ahora cinco años cuando asumimos el reto de publicar este estudio que recoge los principales datos de calidad, y nos estimula a profundizar en su utilización como instrumento de mejora continua de la calidad asistencial.

A lo largo de todo este tiempo no sólo hemos confirmado que la sanidad privada española tiene unos estándares de calidad comparables a los mejores centros y sistemas sanitarios nacionales e internacionales, sino que además observamos cómo el sector privado mantiene un gran esfuerzo en la mejora continua de la calidad asistencial, en beneficio de los pacientes, sus familias y la imagen en conjunto del sistema sanitario español.

1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO



Por quinto año consecutivo, el Estudio RESA muestra a la sociedad los resultados en salud de la sanidad privada, iniciativa promovida por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad.

IDIS es una institución que aglutina al sector sanitario privado y tiene como misión esencial promover la mejora de la salud de la población española dentro de un sistema sanitario integrado. Para ello pone en marcha estudios que, como este, suponen un importante impacto en el ámbito de la salud.

A lo largo de estos años el Estudio RESA ha venido realizando un esfuerzo muy significativo para ir incrementando progresivamente el número de indicadores y la participación de centros. Todo ello con el objetivo de obtener datos objetivos fiables y representativos de la calidad asistencial a través de indicadores que sean fácilmente valorables por el público no especializado. Ello implica medir la calidad, la eficiencia, la accesibilidad, la capacidad resolutive y la seguridad que los centros privados brindan a los pacientes y familiares.

En este contexto, los objetivos específicos de esta nueva edición son:

- Mantener la continuidad temporal en el Estudio RESA, de forma que se pueda ir observando los esfuerzos de mejora del sector privado.
- Continuar incrementando progresivamente la participación de los centros, tanto en el número total de centros, como en el porcentaje de indicadores a aportar por cada uno de ellos.
- Consolidar las explotaciones adicionales de datos a través del cruce de variables como la edad, mes o centro sanitario para mejorar la comprensión e interpretación de los resultados obtenidos.
- Posicionar y valorar el Estudio RESA dentro del mapa nacional e internacional de observatorios de calidad de centros sanitarios públicos y privados, realizando por lo tanto una revisión concienzuda de los observatorios ya existentes.

2 FICHA METODOLÓGICA



2.1. Participantes

Como ya viene siendo una constante, el Estudio RESA ha aumentado por cuarto año consecutivo el número de participantes, alcanzando este año los 211 centros entre hospitales, clínicas y centros ambulatorios.

Esto supone un aumento global del +8,2% de la participación, lo que se considera un significativo éxito.

Representación del número de centros sanitarios participantes en el Estudio RESA 2016

| | | 2015 | 2016 | Diferencia participantes | Variación participación (%) |
|--------------|-----------------------|------|------|--------------------------|-----------------------------|
| Estudio RESA | Centros Hospitalarios | 128 | 138 | +10 | +7,8 % |
| | Centros Ambulatorios | 67 | 73 | +6 | +8,9 % |
| | TOTAL | 195 | 211 | +16 | +8,2% |

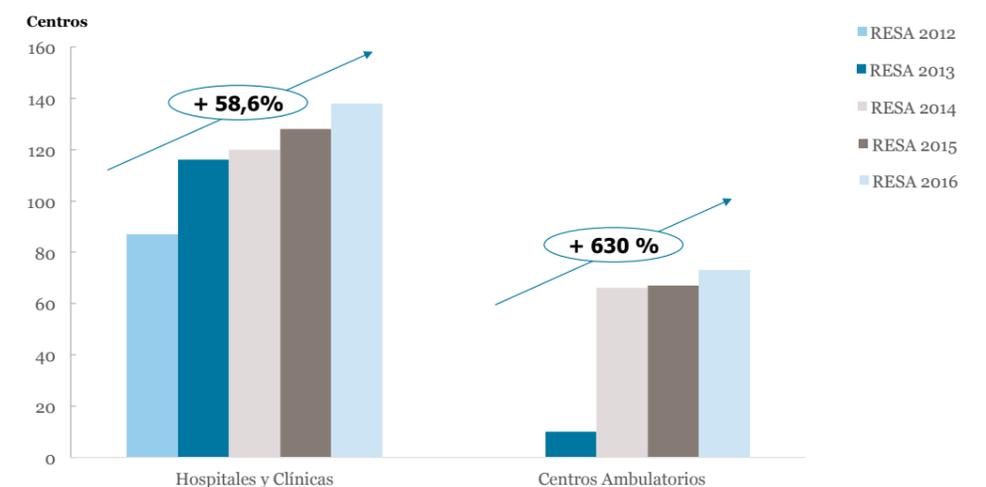
El incremento de este año es debido tanto al aumento de número de hospitales como al de centros ambulatorios.

Incremento del 8% en la participación de centros

En el Estudio RESA 2012, fecha de edición del primer informe, participaron 87 centros. Los 211 centros que han participado en el Estudio RESA 2016 implica que en este período se haya superado el doble de participación total de centros.

Si nos referimos a cada uno de los segmentos, este año participan 51 hospitales más de los 87 iniciales (un 59% de incremento) y la participación de centros ambulatorios ha pasado de ser inexistente el primer año a participar 73 centros ambulatorios en 2016.

FIGURA 1 EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE CENTROS EN EL ESTUDIO RESA 2016 Vs. 2012



2.2. Representatividad del sector privado

La elevada participación supone que el Estudio RESA ha alcanzado una gran representatividad del sector privado:

Respecto a los datos globales disponibles en la ESCRI^(*), los centros que han participado en el Estudio RESA 2016 suponen, en cuanto a **hospitales de agudos**:

- El 61 % del total de las camas privadas.
- El 79,8 % del total de altas de hospitales privados.
- Cerca de 1 de cada 5 altas del total de altas hospitalarias de agudos (públicas y privadas).

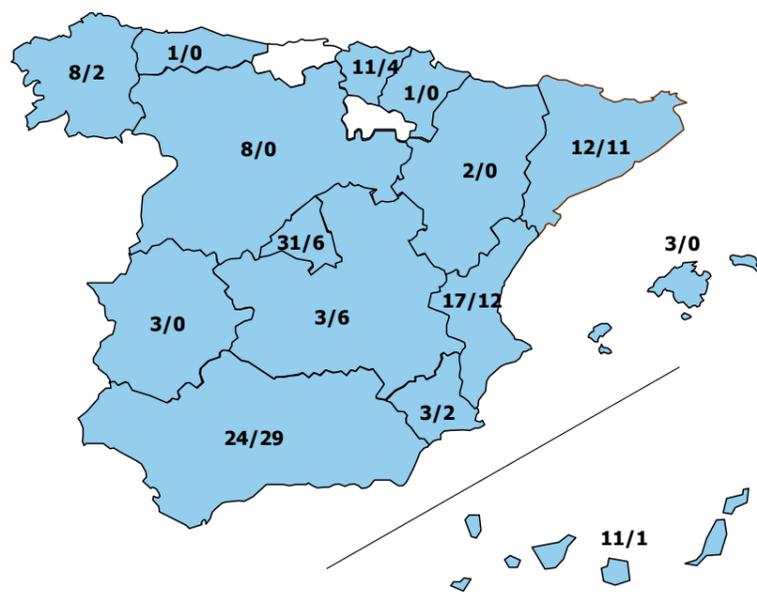
Prácticamente 1 de cada 5 altas hospitalarias de agudos (públicas y privadas) se producen en los centros privados que participan en el estudio

Esta alta proporción, en un estudio que es de carácter voluntario, significa claramente que el Estudio RESA ha alcanzado una sobrada representatividad global del sector privado español. Aunque no todos los centros participan, es evidente que lo hacen prácticamente todos aquellos que tienen capacidad de hacerlo y una estructura y un volumen de actividad significativo.

2.3. Distribución territorial

Por otro lado, es también destacable la representatividad de la muestra de lo que significa la sanidad privada a nivel nacional, teniendo en cuenta que los datos analizados pertenecen a centros sanitarios presentes en 15 Comunidades Autónomas.

FIGURA 2
REPRESENTACIÓN DEL NÚMERO DE CENTROS SANITARIOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO RESA 2016 POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (CENTROS HOSPITALARIOS / CENTROS AMBULATORIOS)



(*) MSSI. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 2013.

2.4. Crecimiento de la participación

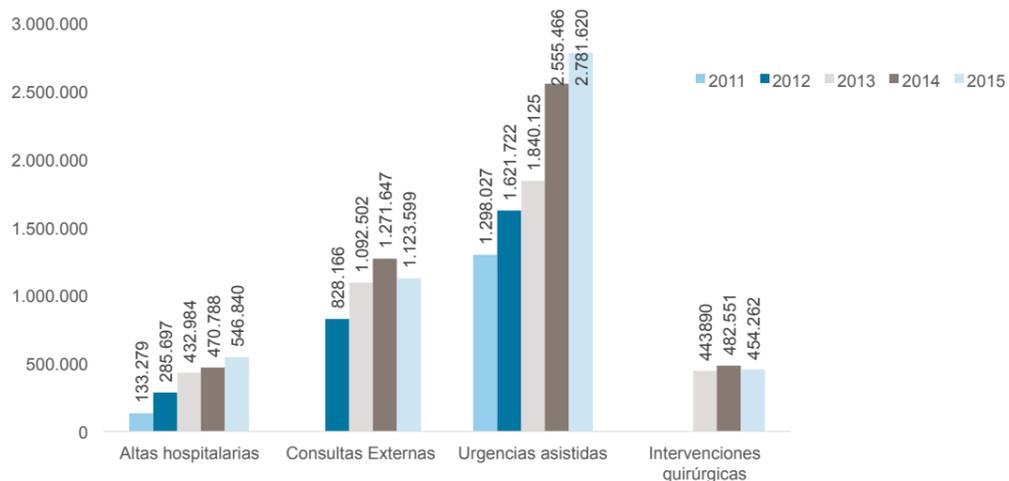
Además del número de centros, en la mayoría de los casos se ha continuado incrementando la aportación de datos para cada indicador. Los centros que participan en el Estudio RESA pertenecen a organizaciones diferentes con sistemas de información y criterios de recogida de datos diferentes en cada caso. Ello hace que compartir información con unas características comunes suponga en muchos casos un esfuerzo mucho más que notable.

Aun así, la implicación de los centros en suministrar información se ha ido incrementando cada año, lo que hace que la base de datos actual tengan unos volúmenes importantísimos. El incremento de la participación de 2016 respecto al primer año en el que se recogieron datos de cada uno de los indicadores es el siguiente:

FIGURA 3
AUMENTOS DE PARTICIPACIÓN MÁS DESTACABLES EN LOS INDICADORES DEL ESTUDIO RESA 2016

| Área | Indicador | RESA 2012 | RESA 2013 | RESA 2014 | RESA 2015 | RESA 2016 | % variación 2016 Vs. 1º año |
|---|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------------|
| Eficiencia | Estancia media ajustada por casuística | 133.279 | 285.697 | 432.984 | 470.788 | 546.840 | +310,3 % |
| | Estancia media pre-quirúrgica | - | - | 411.428 | 475.465 | 385.933 | - 6,2 % |
| | Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias | - | - | 443.890 | 482.551 | 487.283 | +9,8 % |
| Accesibilidad | Tiempo medio de espera citación de pruebas complementarias (mamografías) | 71.996 | 96.140 | 139.294 | 184.399 | 224.532 | +211,9 % |
| | Tiempo medio de espera citación de pruebas complementarias (resonancias magnéticas) | 179.604 | 183.501 | 369.046 | 480.310 | 567.870 | +216,2 % |
| | Tiempo medio de espera citación de pruebas complementarias (TAC) | 96.682 | 110.969 | 255.022 | 343.985 | 410.901 | +325,0 % |
| | Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (mamografías) | 70.255 | 95.665 | 130.766 | 168.021 | 204.780 | +191,5 % |
| | Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (resonancias magnéticas) | 168.906 | 191.290 | 345.172 | 447.394 | 529.110 | +213,2 % |
| | Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (TAC) | 98.630 | 140.495 | 241.355 | 327.108 | 390.859 | +296,3 % |
| | Tiempo medio de espera de citación para consultas de especialista (traumatología) | - | 305.520 | 391.637 | 472.676 | 431.025 | +41,1 % |
| | Tiempo medio de espera de citación para consultas de especialista (ginecología) | - | 182.490 | 220.446 | 321.957 | 218.293 | +19,6 % |
| | Tiempo medio de asistencia en triage en urgencias | 1.298.027 | 1.621.722 | 1.840.125 | 2.555.436 | 2.653.621 | +104,4 % |
| | Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias | 1.298.027 | 1.621.722 | 1.840.125 | 2.555.436 | 2.653.621 | +104,4 % |
| | Espera media quirúrgica | 45.915 | 50.022 | 75.189 | 91.493 | 93.122 | +102,8 % |
| | Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento en cáncer de colon | - | 646 | 979 | 1.108 | 1.576 | +144,0 % |
| | Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento en cáncer de pulmón | - | 611 | 791 | 881 | 1.118 | +83,0 % |
| | Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico | - | - | 892.634 | 1.323.185 | 1.339.500 | +50,1% |
| Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta | - | - | 687.819 | 772.531 | 801.833 | +16,6% | |
| Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas | - | - | 37.792 | 41.692 | 37.214 | -1,5% | |
| Calidad y seguridad del paciente | Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios | 59 | 65 | 68 | 71 | 101 | +71,2 % |
| | Ratio de intervenciones de cirugía segura | - | 77.788 | 79.689 | 195.949 | 149.329 | +92,0 % |
| | Ratio de colonoscopias realizadas con sedación | - | 27.217 | 50.454 | 59.405 | 57.828 | +112,5 % |
| | Ratio de gastroscopias realizadas con sedación | - | 6.037 | 31.473 | 35.599 | 39.490 | +554,1 % |
| | Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días | - | - | 288.150 | 296.505 | 315.439 | +9,5% |

FIGURA 4
EVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN APORTADA EN EL ESTUDIO RESA 2011-2015



La base de datos del Informe RESA dispone ya de un volumen de información muy importante

2.5. Datos básicos de los centros participantes

Las organizaciones sanitarias que participan en el Estudio RESA 2016 son los mayores centros y grupos sanitarios privados presentes en el territorio nacional, tal y como demuestran los datos estructurales y de actividad de los mismos:

Actividad y recursos del conjunto de centros hospitalarios que participan en el Estudio RESA 2016:

FIGURA 5
DATOS BÁSICOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS QUE PARTICIPAN EN EL ESTUDIO RESA 2016

| Actividad asistencial | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | % Variación 2015/2014 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|
| Altas hospitalarias | 586.587 | 706.086 | 843.864 | 894.546 | 929.290 | +3,9 % |
| Intervenciones quirúrgicas con anestesia general | 240.639 | 245.764 | 268.664 | 284.123 | 543.599 | +91,3 % |
| Urgencias asistidas | 3.263.959 | 3.581.312 | 3.672.205 | 3.939.363 | 4.989.552 | +26,7 % |
| Recursos hospitalarios | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | % Variación 2015/2014 |
| Nº camas hospitalización convencional | 8.729 | 10.548 | 11.071 | 11.692 | 14.349 | +22,7 % |
| Camas de UCI adultos | 507 | 684 | 696 | 732 | 925 | +26,4 % |
| Camas neonatos y pediatría | 274 | 376 | 372 | 383 | 505 | +31,8 % |
| Quirófanos de cirugía mayor | 495 | 565 | 575 | 604 | 823 | +36,2 % |
| Salas de partos | 111 | 137 | 146 | 154 | 190 | +23,4 % |

2.6. Proceso de selección de indicadores

Para el actual informe, el Comité del Estudio RESA 2016 acordó consolidar y mantener los indicadores presentados en el informe del año pasado.

A iniciativa de varios centros de hemodiálisis, se procedió este año a seleccionar cuatro indicadores de esta faceta. Estos indicadores han sido recogidos por 29 centros voluntarios

habiendo servido la experiencia como piloto para su inclusión en el Estudio RESA del próximo año. Aunque la recogida de esta información no ha sido sistemática para todos los centros, se incluyen los resultados del estudio piloto en este informe.

Por tanto, los 27 indicadores que conforman el ámbito de análisis del Estudio RESA 2016 son los que se detallan en la siguiente tabla:

FIGURA 6
INDICADORES ESTUDIO RESA 2016

| Cód. | Nombre del indicador | Tipo de indicador |
|------|--|-------------------|
| 1 | Estancia media ajustada por casuística | Resultado |
| 2 | Estancia media pre-quirúrgica | Resultado |
| 3 | Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias | Resultado |
| 4 | Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (Mamografía, RM y TAC) | Proceso |
| 5 | Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (Mamografía, RM y TAC) | Proceso |
| 6 | Tiempo medio de espera de citación primera consulta especialista (Oftalmología, Dermatología, Traumatología y Ginecología y Obstetricia) | Proceso |
| 7 | Tiempo medio de asistencia en triage en urgencias | Proceso |
| 8 | Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias | Proceso |
| 9 | Espera media quirúrgica | Proceso |
| 10 | Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico e inicio de tratamiento del cáncer de mama | Proceso |
| 11 | Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico e inicio de tratamiento del cáncer de colon | Proceso |
| 12 | Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico e inicio de tratamiento del cáncer de pulmón | Proceso |
| 13 | Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico | Resultado |
| 14 | Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta | Resultado |
| 15 | Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas | Resultado |
| 16 | Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios | Proceso |
| 17 | Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente | Proceso |
| 18 | Ratio de intervenciones de cirugía segura ("check list" quirúrgico) | Proceso |
| 19 | Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo | Resultado |
| 20 | Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso | Resultado |
| 21 | Ratio de colonoscopias realizadas con sedación | Proceso |
| 22 | Ratio de gastroscopias realizadas con sedación | Proceso |
| 23 | Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días | Resultado |
| 24 | Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis | Resultado |
| 25 | Porcentaje de pacientes con KT/V objetivo | Resultado |
| 26 | Porcentaje de pacientes con Albumina >3,5 g/dl | Resultado |
| 27 | Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga | Resultado |

Los 27 indicadores generales se desagregan en 48 al englobar otros más específicos que permiten visualizar los resultados de la sanidad privada

Estos 27 indicadores generales se desagregan en 48, ya que varios de éstos incluyen otros más específicos por determinadas áreas, especialidades, etc.

En general se trata de indicadores cuantitativos procedentes de bases de datos detalladas que presentan los hospitales. Además, hay 16 indicadores cualitativos que miden, mediante criterios homogéneos, la documentación que presentan los centros sobre acreditación de los centros y servicios y sobre políticas de seguridad del paciente.

2.7. Recopilación y procesamiento de los indicadores

Tras cinco ediciones, el informe RESA contiene cada año nuevos indicadores. Para evitar hacer un informe excesivamente extenso, se ha decidido que algunos indicadores se publiquen de forma bianual. En concreto, esto afectará a los indicadores de áreas muy especializadas y que pretenden datos estables a lo largo de las primeras ediciones. En este sentido, este año no se publican los indicadores relacionados con los tratamientos de fertilidad.

Todos los datos expuestos se refieren al año 2015.

El trabajo de campo para la recogida de la información necesaria para el estudio se ha realizado entre los meses de marzo y abril, solicitándose a los centros bases de datos estandarizadas. Los indicadores cuantitativos se recopilaron mediante bases de datos anonimizadas y no trazables a nivel de paciente y se incluyeron aquellas que cumplían los requisitos prefijados. El estricto cumplimiento de estas condiciones genera que en algunos indicadores puedan existir diferencias numéricas en los denominadores utilizados.

Todos los centros han sido invitados a participar en todos los indicadores, exceptuando aquellos en que no son de aplicación a centros específicos por no corresponder a su tipo de actividad.

La fuente de una buena parte de los indicadores la constituye el denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización que se recoge y codifica al alta del paciente hospitalizado en todos los centros, y que tiene la obligación de enviarse a la administración sanitaria correspondiente con valor de declaración formal de la actividad de los centros.

En los gráficos se presenta siempre el número de casos con el que se ha trabajado. Para todos los indicadores se recogen datos del año 2015: valor del conjunto y la desviación estándar de los valores individuales de los centros. En los gráficos, se especifica también la evolución de los datos publicados en los anteriores estudios.

2.8. Análisis de los observatorios de calidad y resultados

Al tratarse del quinto estudio, el Comité se planteó realizar una reflexión de carácter cualitativo sobre el papel y el posicionamiento del Estudio RESA. Para ello se acordó realizar una revisión de carácter internacional sobre los observatorios existentes que publican datos de calidad de los hospitales.

Los resultados del estudio se presentan a continuación de forma agrupada en las dimensiones que sirvieron de base para su selección:

- 1 Eficiencia.
- 2 Accesibilidad
(tiempo de respuesta en los diferentes tipos de atención).
- 3 Resolución Asistencial
(retorno de pacientes).
- 4 Calidad y Seguridad del Paciente
(en su vertiente de políticas de calidad y seguridad y de indicadores de calidad asistencial).



3 EFICIENCIA



La eficiencia de los centros hospitalarios privados es un valor reconocido por la sociedad. Aun siendo un elemento ampliamente reconocido, consideramos necesario objetivarla mediante la presentación de algunos indicadores clave.

3.1. Estancia media ajustada por casuística

La estancia media ajustada por casuística mide el número de días promedio que los pacientes se encuentran atendidos dentro del ámbito del centro hospitalario (eliminados los casos extremos u "outliers"). El ajuste por casuística se realiza mediante la clasificación de pacientes en Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) para asegurar que las diferencias no se deben a que el tipo de pacientes que trata cada hospital es diferente. Es decir, se calcula para cada hospital la estancia media que resultaría si todos los centros tuviesen una composición idéntica de pacientes.

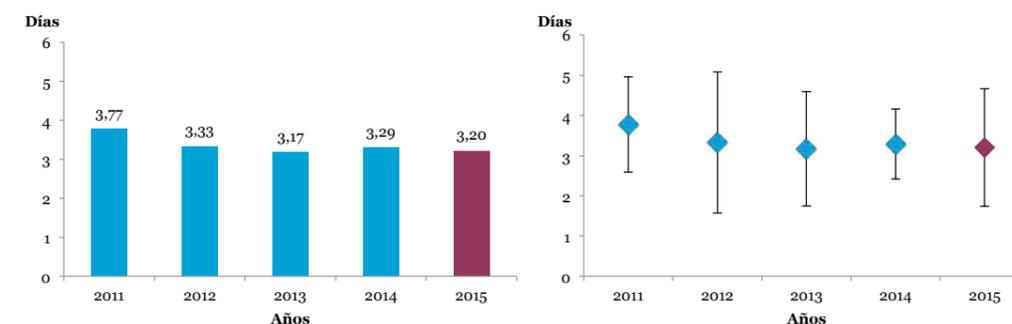
Como en años anteriores, el indicador de estancia media ajustada por casuística continúa mostrando unos parámetros de demostrada eficiencia: el resultado del año 2015 no sólo se mantiene, sino que presenta una discreta disminución respecto al año anterior por lo que la gestión del paciente hospitalizado continúa mostrando un resultado excelente.

Este indicador continúa mostrando unos parámetros de marcada eficiencia

Es de destacar que este resultado continúa mejorando con un incremento de la participación en estos datos de más del 16,2%. La participación de los centros en este indicador requiere que los centros dispongan de licencias del agrupador de casos en GRD, por lo que el incremento de participación señala una buena tendencia en este sentido.

INDICADOR 1

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR CASUÍSTICA (2011-2015, MEDIDO EN DÍAS)
 NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS 2011: 133.279; 2012: 285.697; 2013: 432.984 ; 2014: 470.788 Y 2015: 546.840
 VARIACIÓN 2014/2015: +16,2 %



La estancia media ajustada por casuística por las especialidades médicas más frecuentes sigue un patrón similar al del año anterior, con los ingresos más largos en oncología y medicina interna y los más breves en Cirugía General, Traumatología y Urología.

INDICADOR 1.A.

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR CASUÍSTICA POR SERVICIO DE ALTA (2015, MEDIDO EN DÍAS)

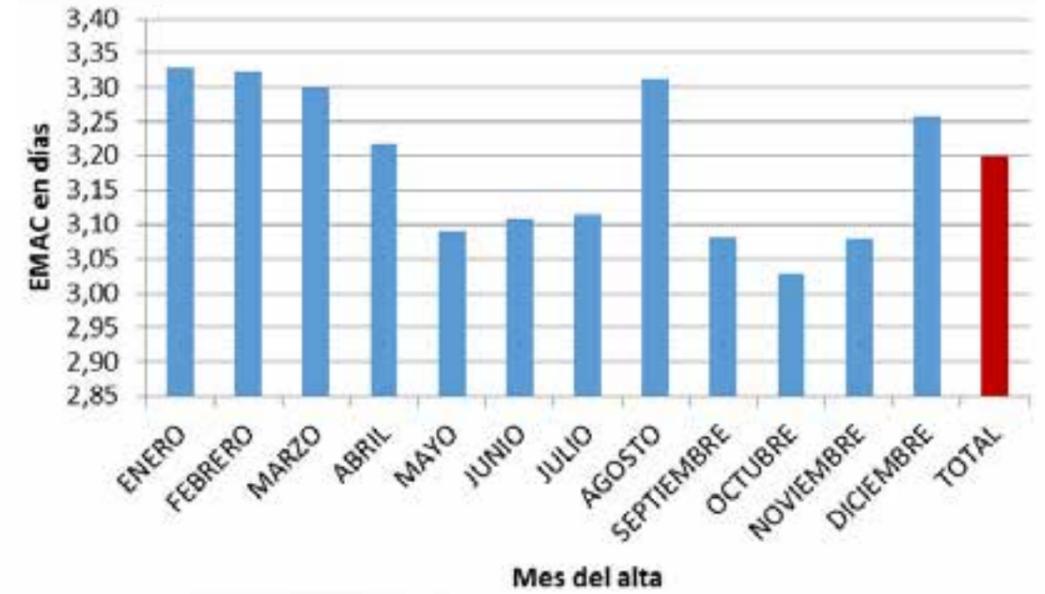


En su distribución estacional, las diferencias de estancia media son mínimas entre los meses del año (dos décimas). En muchos sistemas sanitarios se describen efectos de alargamiento de las estancias en los

períodos de pico de demanda (inviernos) que prácticamente no se observan en nuestro estudio. Se mantiene todo el año un excelente resultado de estancia media con escasas variaciones estacionales.

INDICADOR 1.B.

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR CASUÍSTICA POR MES (2015, MEDIDO EN DÍAS)



3.2. Estancia media pre-quirúrgica

La estancia media pre-quirúrgica mide la eficiencia en el proceso de hospitalización previo a la cirugía.

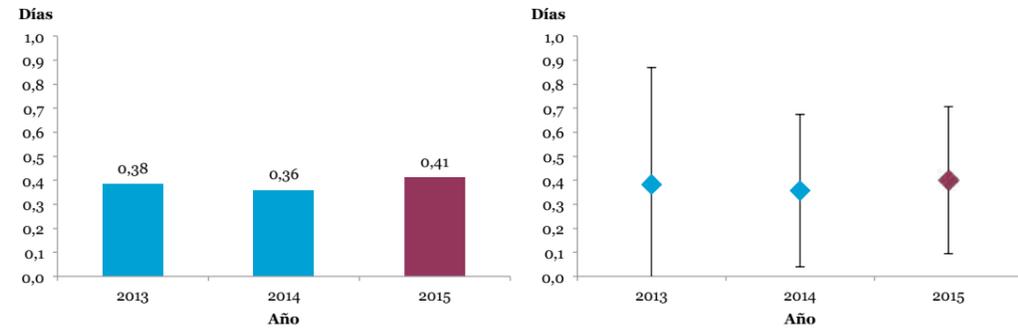
En este caso se mantiene en valores similares a los años anteriores, con un incremento poco significativo.

Los resultados implican que el paciente ingresa en promedio de 9 horas antes de la cirugía, permitiendo su correcta preparación y evitando tiempo de estancia innecesario de hospitalización.

La hospitalización previa a cirugía es como promedio de tan solo 9 horas

INDICADOR 2

ESTANCIA MEDIA PRE-QUIRÚRGICA (2013-2015, TIEMPO EN DÍAS)
 NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2013: 411.428; 2014: 475.465 Y 2015: 385.933
 VARIACIÓN 2014/2015: -18,8 %



3.3. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias

Este indicador se encuentra muy extendido dentro del ámbito sanitario para medir el nivel de ambulatorización existente en la cirugía. Se calcula mediante el cociente de intervenciones ambulatorias realizadas por los centros, considerando como denominador el número total de intervenciones quirúrgicas realizadas en el año.

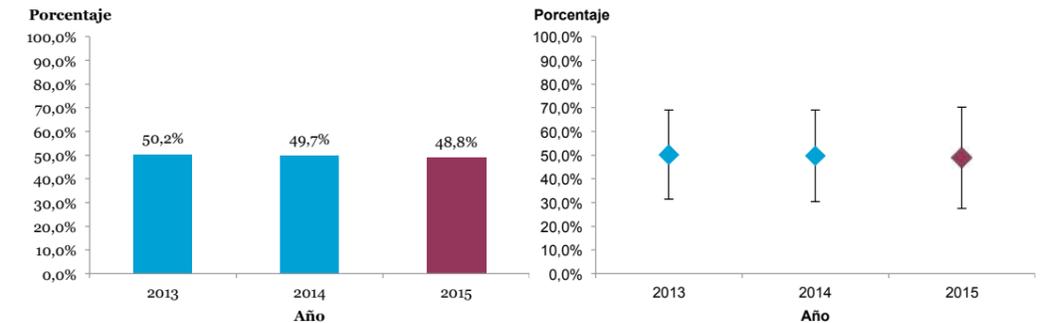
Debemos destacar que el número de casos analizados para este indicador ha aumentado sin repercusión significativa sobre los datos alcanzados en el estudio previo.

Los resultados obtenidos se muestran en la misma línea que la alcanzada el año anterior. Niveles de ambulatorización en torno al 50% son considerados como un excelente resultado, y aún más teniendo en cuenta que un gran número de cirugías en la práctica privada se realizan por la tarde, lo que ocasiona en muchos casos la pernoctación de los pacientes en el centro sanitario.

Niveles de ambulatorización de intervenciones quirúrgicas en torno al 50%

INDICADOR 3

RATIO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS (2013-2015, %)
 NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2013: 443.890, 2014: 482.551 Y 2015: 487.283
 VARIACIÓN 2014/2015: +1,0 %



4 ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA



4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

El tiempo de espera de citación para pruebas complementarias es uno de los indicadores que se desglosa para tres de las principales pruebas de diagnóstico por la imagen: Mamografía, Resonancia Magnética (RM) y Tomografía Axial Computarizada (TAC).

Los tiempos de espera tras la citación han continuado en los tres casos mejorando, con más de 3 días de reducción en la mamografía, y consiguiendo tiempos medios de menos de 1 semana para la Resonancia Magnética y de menos de 5 días para el TAC.

Los tiempos medios de espera de citación incluyen desde pruebas realizadas con carácter preferente hasta revisiones programadas o pruebas no urgentes calendarizadas a conveniencia del paciente.

En más de un 30% de los casos la citación para Mamografías y RM se asigna para el mismo día

En los tres tipos de exploraciones se ha registrado un importante incremento en la aportación de datos por parte de los centros que oscilan desde el 18,2% de la Resonancia Magnética al 21,8% en la Mamografía.



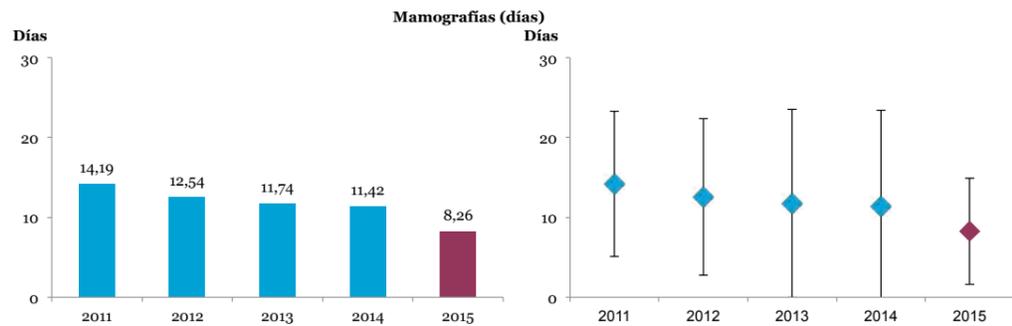
4.1.1. Mamografías

El tiempo de citación de la mamografía se reduce en el Estudio RESA 2016 en más de tres días. El efecto es, en parte, debido a la incorporación de centros nuevos con tiempos más cortos. Pero esta no es la única razón: si observamos la varianza de los indicadores entre centros, vemos que ésta se ha reducido notablemente, lo que implica que la gran mayoría de los centros que ya participaron el año anterior han mejorado sus tiempos significativamente.

Este efecto que hemos venido constatando en muchos indicadores confirma la impresión cualitativa de que la publicación del Estudio RESA constituye un incentivo para que los centros mejoren sus indicadores.

INDICADOR 4
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

INDICADOR 4.1.
Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2011-2015, tiempo en días)
Número mamografías 2011: 71.996; 2012: 96.140; 2013: 139.294; 2014: 184.399 y 2015: 224.532
Variación 2014/2015: +21,8 %

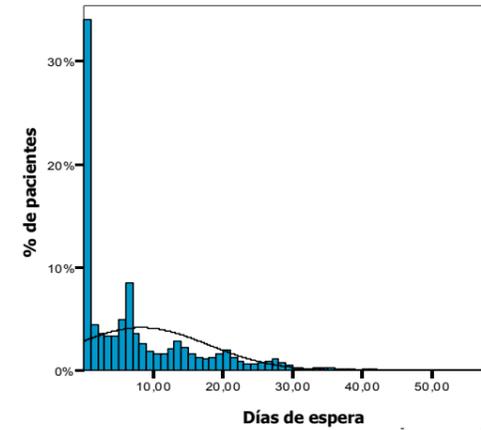


Si observamos en la gráfica siguiente la distribución, podemos apreciar que esta media se debe a que en más de un 30% de los casos la citación es inmediata para el día que se solicita, más del 60% de pacientes realizan la prueba diagnóstica antes de los

7 días y sólo el 10% superan los 22 días. Sólo pequeñas proporciones de pacientes tienen tiempos de diferencia mayores, con tres pequeños picos en torno a los 7, 14 y 20 días, lo que interpretamos como debido, en general, a la propia conveniencia del paciente.

INDICADOR 4.1.A

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS – MAMOGRAFÍAS (2015, TIEMPO EN DÍAS)



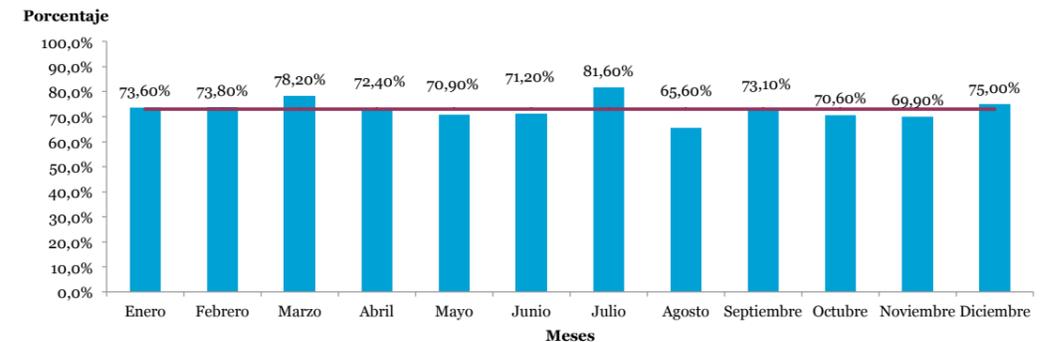
Respecto a la variabilidad mensual, se comprueba comparando la proporción de mamografías realizadas en el mismo mes de la petición, que los meses de invierno y también en el mes de Julio son en los que se tiende a realizar una mayor proporción de pruebas dentro del mismo mes en que se ha solicitado, mientras que los de verano, exceptuando Julio, son aquellos en que se suele posponer más la realización fuera del mes de la petición de cita. El patrón es

por tanto muy similar, con alguna variación motivada por los meses vacacionales, en que parece que se adelanta la realización de pruebas para realizarlas antes del inicio de las vacaciones.

Este efecto entendemos que es otra de las características de la sanidad privada: la flexibilidad para adaptarse a la demanda incrementando la actividad en previsión de los meses vacacionales.

INDICADOR 4.1.B

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS – MAMOGRAFÍAS (2015)
PORCENTAJE DE DEMANDA ATENDIDAS EN EL PROPIO MES DE SOLICITUD



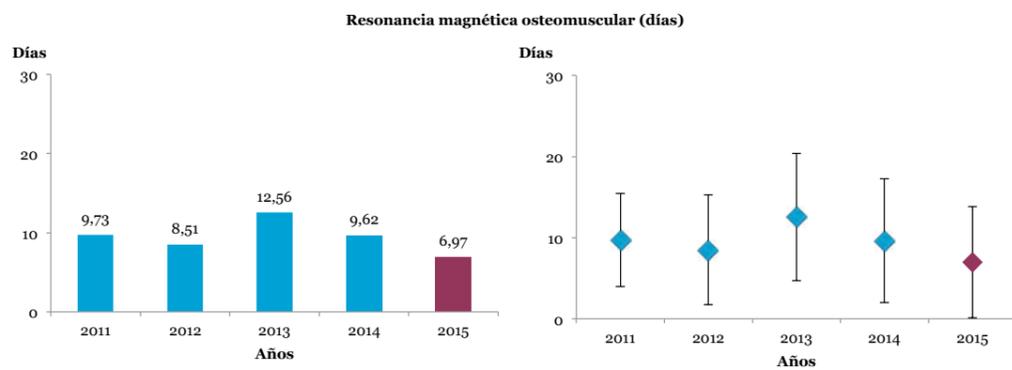
4.1.2. Resonancias Magnéticas

El tiempo medio ha experimentado una disminución de cerca de tres días, atribuible sobre todo a la incorporación este año de centros con tiempos más cortos, si bien, como en el caso anterior, también ha habido una discreta disminución de los tiempos de los centros que ya participaron en el estudio del año anterior.

El indicador se sitúa en los 6,97 días, ligeramente por debajo de una semana.

INDICADOR 4.2.

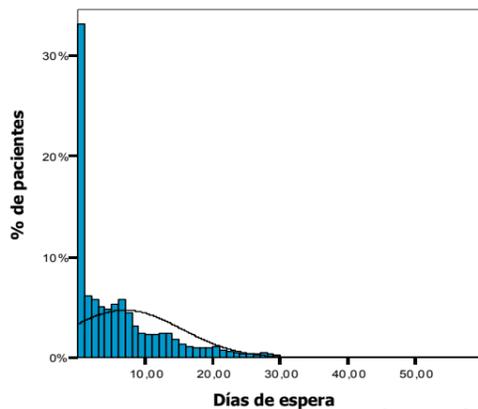
Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2011-2015, tiempo en días)
 Número resonancias magnéticas 2011: 179.604; 2012: 183.501; 2013: 369.046; 2014: 480.310 y 2015: 567.870
 Variación 2014/2015: +18,2 %



Como se puede observar en la siguiente gráfica, más de la tercera parte se realizan en el día, agrupándose hasta el 70% en menos de 7 días y sólo el 10% superan los 18 días.

INDICADOR 4.2.A

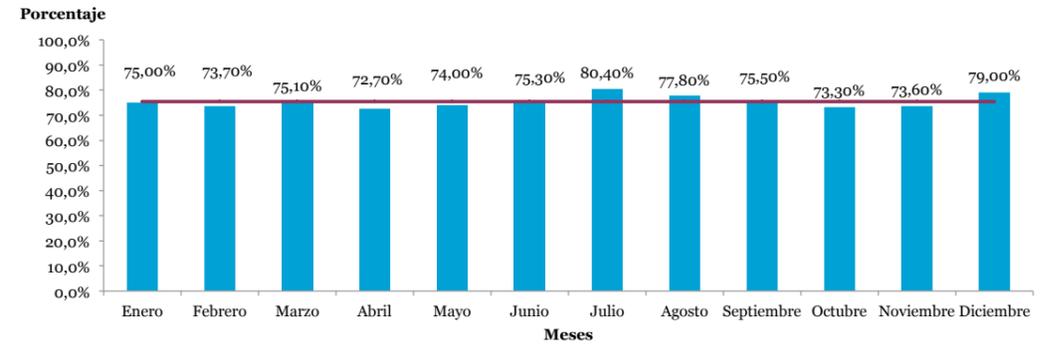
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS – RESONANCIAS MAGNÉTICAS (2015, TIEMPO EN DÍAS)



La relación de la demanda con la resolución ofrece un perfil de mayor rapidez en la realización en los meses de Diciembre, Julio, y Septiembre, y otros períodos más ajustados en Abril y Mayo.

INDICADOR 4.2.B

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS – RESONANCIAS MAGNÉTICAS (2015)
 PORCENTAJE DE DEMANDA ATENDIDAS EN EL PROPIO MES DE SOLICITUD



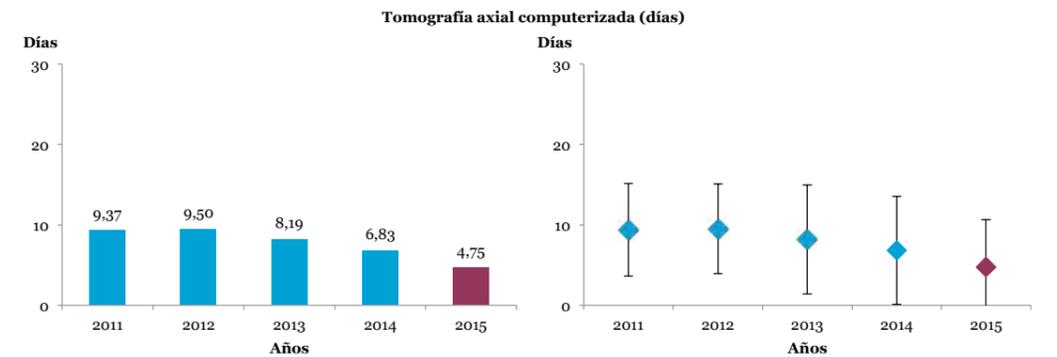
4.1.3. Tomografía Axial Computarizada

En la realización de la TAC observamos una disminución muy significativa de unos tiempos que ya eran muy buenos: la demora ha disminuido en más de dos días entre 2014 y 2015, quedándose la media de espera en 4,75 días.

Tal como ocurría en los casos anteriores, la disminución de tiempos es fruto tanto de la incorporación de centros con tiempos más cortos como de una disminución de tiempos en los centros que ya participaron en este indicador el año pasado.

INDICADOR 4.3.

Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2011-2015, tiempo en días)
 Número tomografías axiales computerizadas 2011: 96.682; 2012: 110.969; 2013: 255.022; 2014: 343.985 y 2015: 410.901
 Variación 2014/2015: +19,4 %

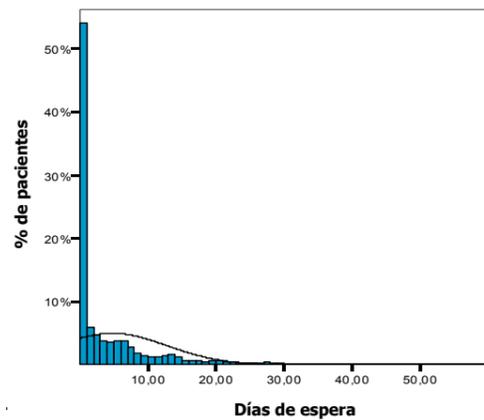


En este caso, el gráfico de distribución muestra una concentración mucho mayor: más de la mitad de los casos son atendidos el día que se solicita la exploración y son mínimas las proporciones de pacientes con tiempos mayores: el 70% no sobrepasa los 5 días y menos del 10% de pacientes son citados con más de 14 días.

Más de la mitad de las TAC se realizan el mismo día en que se solicitan

INDICADOR 4.3.A

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS - TAC (2015, TIEMPO EN DÍAS)



La resolución en el mismo mes de la prueba sigue un patrón muy uniforme, con escasa variación entre meses, siendo también los meses de Agosto y Diciembre los de mayor resolución dentro del mes.

INDICADOR 4.3.B

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS - TAC (2015)
PORCENTAJE DE DEMANDA ATENDIDAS EN EL PROPIO MES DE SOLICITUD



En general, como vemos, se mantiene por tanto, e incluso se consolida, el patrón de práctica ausencia de demora para estas pruebas en la gran mayoría de centros.

Se consolida la práctica ausencia de demora en la citación de pruebas diagnósticas en la mayoría de los centros

4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

Otro componente de suma importancia en la accesibilidad de las pruebas complementarias es el proceso de elaboración y entrega del informe médico tras su realización.

Los resultados del indicador muestran la tendencia de los centros a mantener los tiempos de entrega del informe de las pruebas complementarias por debajo de los cuatro días, dos en el caso de la mamografía.

El indicador mide el tiempo transcurrido desde que se realiza la prueba hasta que se ha emitido el informe con los resultados y éste se encuentra disponible para su recogida por parte del paciente o del facultativo.

4.2.1. Tiempo medio de entrega de informe de mamografía

Los informes de mamografía se entregan en un tiempo medio de 2,27 días. Se mantiene en tiempos más cortos que la mayoría de los años anteriores aunque discretamente superior al del año anterior que fue el más bajo de la serie. La variabilidad por centros es algo menor que el año anterior.

realización, llegando al 90% a los cuatro días, siendo por tanto marginales los casos en los que la disponibilidad del informe supera estas cifras.

La entrega de resultados de pruebas complementarias se produce entre los 2 y 4 días como media

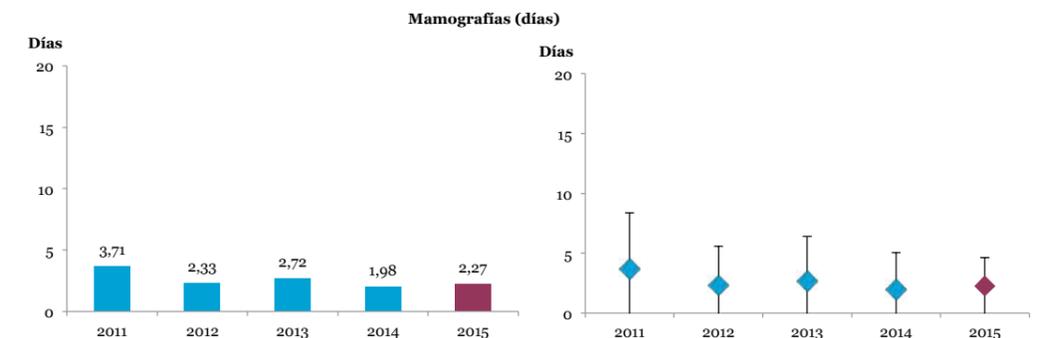
Según hemos podido apreciar, el 70% de los informes de mamografía están disponibles para su entrega en menos de un día tras su

INDICADOR 5

TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

INDICADOR 5.1.

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2011-2015, tiempo en días)
Número mamografías 2011: 70.255; 2012: 95.665; 2013: 130.766; 2014: 168.021 y 2015: 204.780
Variación 2014/2015: +21,9 %



Fuente: Estudio RESA 2012, RESA 2013, RESA 2014 y RESA 2015, datos de 2011, 2012; 2013, 2014, 2015. Fundación IDIS. Datos aportados por los grupos/centros hospitalarios participantes en el Estudio RESA 2016. Análisis y gráficos realizados por Antares Consulting.

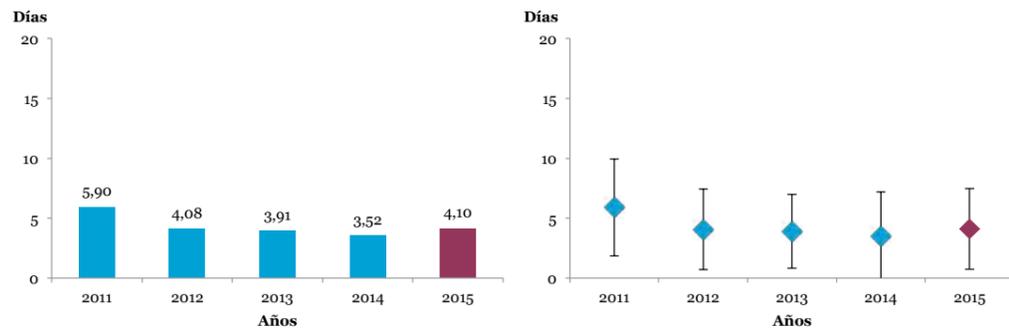
4.2.2. Tiempo medio de entrega de informe de resonancia magnética

Los informes de resonancia magnética (RM) se entregan en promedio de poco más de 4 días. Este tiempo se ha incrementado respecto al año pasado en medio día, aunque no ha alcanzado el tiempo más alto de la serie. Observando la serie, la tendencia parece a mantenerse en un promedio de entre 3,5 y 4 días.

En el desglose de los datos hemos apreciado que en el caso de la RM, el 50% de los informes se entregan en un día, y el 70% en una media de tres, quedando sólo un 10% de los casos en los que el informe se demora 9 o más días.

INDICADOR 5.2.

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2011-2015, tiempo en días)
 Número resonancias magnéticas 2011: 168.906; 2012: 191.290; 2013: 345.172; 2014: 447.394 y 2015: 529.410
 Variación 2014/2015: +18,3 %



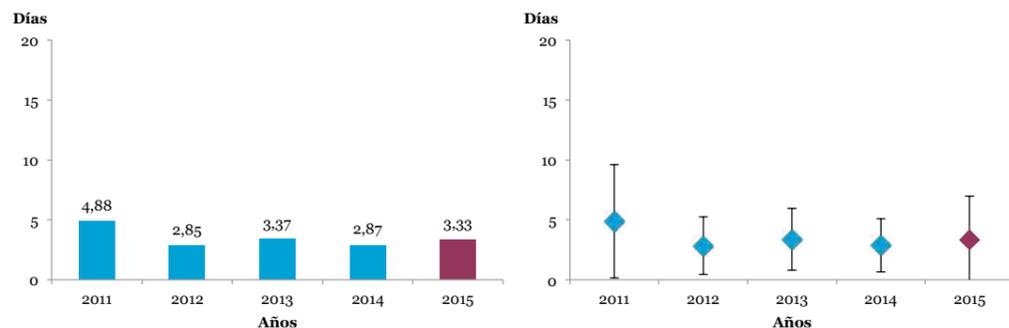
4.2.3. Tiempo medio de entrega de informe de TAC

La demora media de la entrega de informes de TAC es este año de 3,33 días, algo superior a la de 2014 e inferior a la de 2013. La tendencia se sitúa alrededor de los 3 días, de manera mantenida a lo largo de los años.

Descendiendo a más detalle, en el 50% de los casos se entrega la prueba en las siguientes 24 horas. En el 80% de los casos la entrega se realiza en menos de 6 días.

INDICADOR 5.3.

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2011-2015, tiempo en días)
 Número tomografía axial computerizada 2011: 98.630; 2012: 140.495; 2013: 241.355; 2014: 327.108 y 2015: 390.859
 Variación 2014/2015: +19,5 %



4.3. Tiempo medio de citación para consultas de especialista

El análisis del ratio que mide el tiempo medio de citación para consultas de especialista demuestra la flexibilidad de la que disponen los centros sanitarios privados para atender a la demanda de este tipo de servicios por parte de los pacientes.

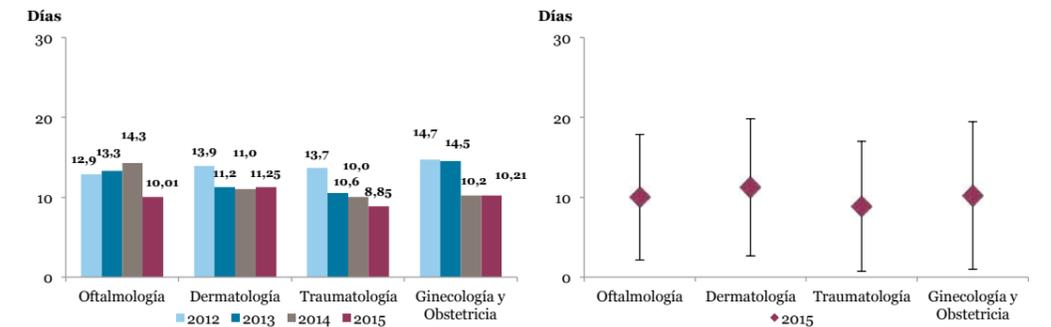
El tiempo medio de cualquiera de las cuatro especialidades solo supera, y muy discretamente, los diez días en el caso de dermatología, lo que demuestra la gran agilidad de respuesta que tienen los centros sanitarios privados para hacer frente a la demanda de los pacientes de este tipo de servicio.

Este año todas las consultas de especialidades analizadas, oftalmología, dermatología, traumatología y ginecología y obstetricia han reducido o mantenido el tiempo de espera del año anterior y muestran una tendencia en los cuatro años analizados a disminuirlos.

La atención a la demanda de consulta del especialista se sitúa en torno a 10-11 días

INDICADOR 6

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE ESPECIALISTA (2012-2015, TIEMPO EN DÍAS)
 NÚMERO DE CONSULTAS OFTALMOLOGÍA 2012: 153.998; 2013: 214.835; 2014: 215.353 Y 2015: 242.289 (+12,5 %)
 NÚMERO DE CONSULTAS DERMATOLOGÍA 2012: 186.158; 2013: 265.584; 2014: 261.661 Y 2015: 231.992 (-11,3 %)
 NÚMERO DE CONSULTAS TRAUMATOLOGÍA 2012: 305.520; 2013: 391.637; 2014: 472.676 Y 2015: 431.025 (-8,8 %)
 NÚMERO DE CONSULTAS GINECOLOGÍA 2012: 182.490; 2013:220.446; 2014: 321.957 Y 2015: 218.293 (-32,2 %)

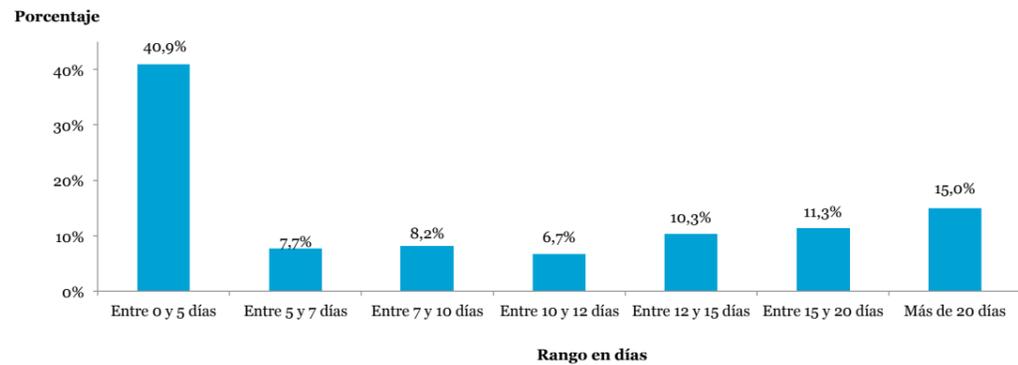


4.3.1. Oftalmología

La media de tiempo de espera en consultas de oftalmología se sitúa en 10,01 días, habiendo interrumpido la tendencia al incremento que se observa hasta 2014.

Se puede observar en la gráfica cómo más del 40% de las consultas de oftalmología se citan entre 1 y 5 días, y sólo el 15% se cita con más de 20 días.

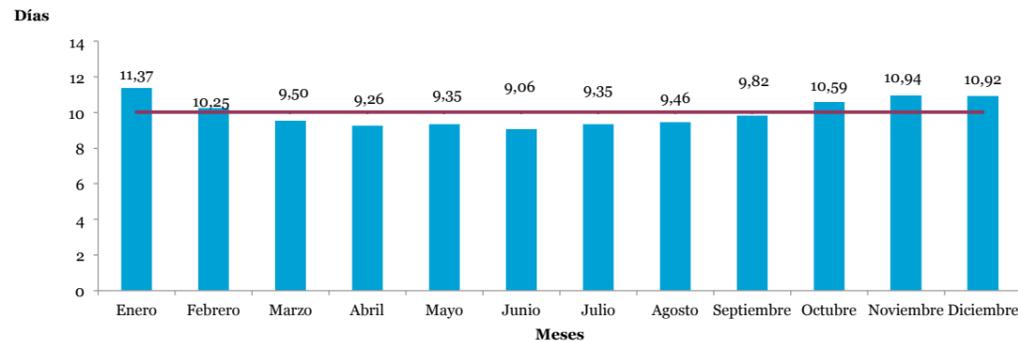
INDICADOR 6.A
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA (2015, TIEMPO EN DÍAS)



Por último, si analizamos la distribución por meses, podemos afirmar que las medias presentan variaciones de tres días entre los meses de menor espera y los de mayor, aunque siempre manteniéndose en tiempos

muy buenos. Se produce un incremento de los tiempos de espera con carácter muy estacional: desde el mes de Octubre a Febrero.

INDICADOR 6.B
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA POR MES (2015, TIEMPO EN DÍAS)

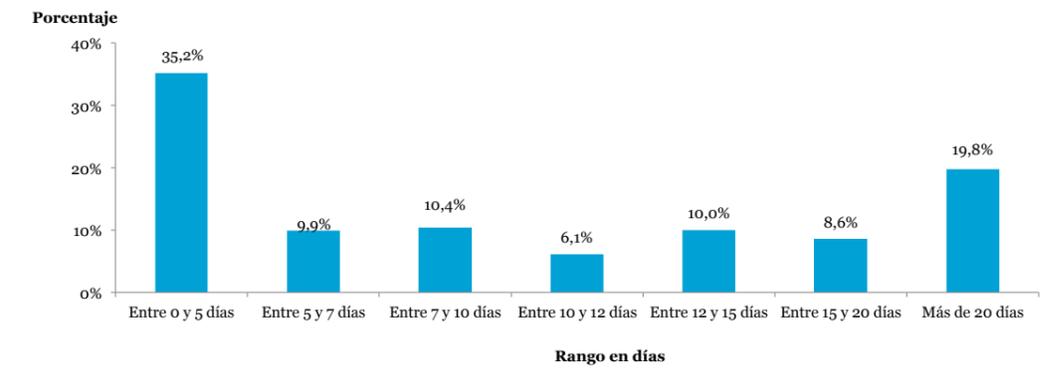


4.3.2. Dermatología

La media de tiempo de espera en 2015 fue de 11,25 días lo que le sitúa en línea con los dos años anteriores y con una significativa mejoría respecto a 2012 (13,9). La demora en dermatología parece por tanto bastante estable en torno a los 11 días.

Además, más del 45% de las peticiones son atendidas en menos de 7 días y en el 80% de los casos no llegan a esperar 20 días.

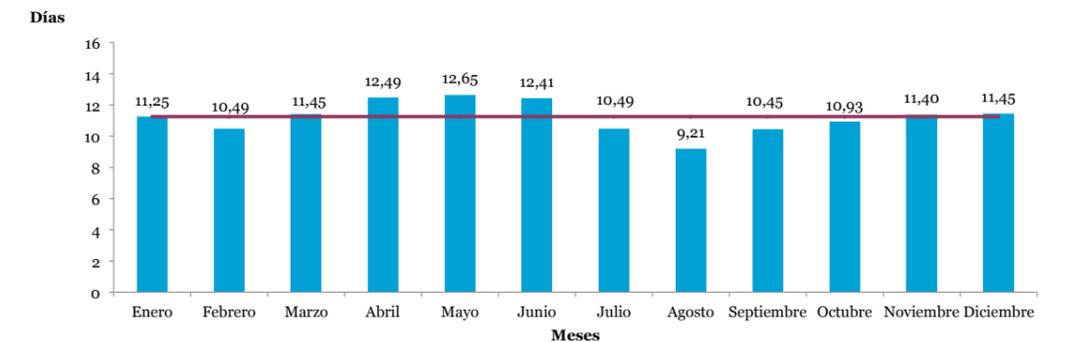
INDICADOR 6.C
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE DERMATOLOGÍA (2015, TIEMPO EN DÍAS)



El análisis de los tiempos medios de espera entre petición de cita y servicio en dermatología, se completa con la descripción del mismo en función del mes en que se efectúa la petición. Las variaciones son de tres días por lo que todos los meses son

bastante parecidos, aunque Agosto destaca con el menor tiempo medio de espera (9,21 días) y Mayo con el más elevado de todos (12,65 días). El pico de mayor espera coincide con el trimestre de Abril a Junio.

INDICADOR 6.D
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE DERMATOLOGÍA POR MES (2015, TIEMPO EN DÍAS)



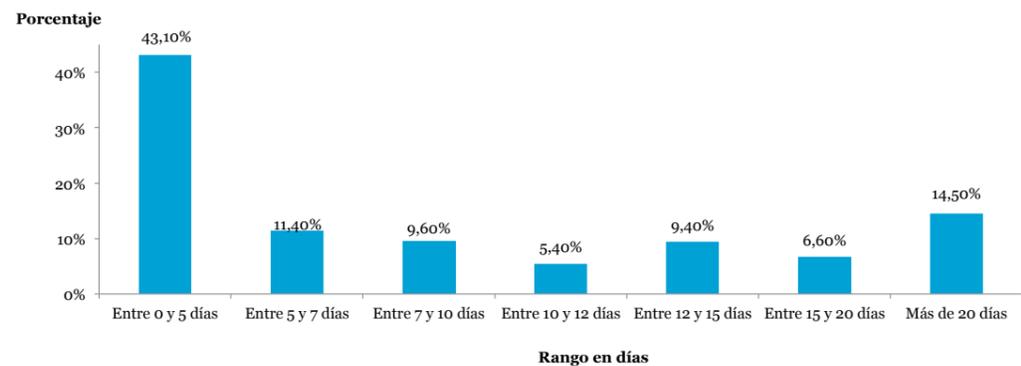
4.3.3. Traumatología

La media de tiempo de espera se sitúa en 8,85 días, con una disminución de más de un día respecto al año anterior.

Más del 43% de los pacientes son atendidos antes de los cinco días, siendo el 64% antes de los 10 días.

INDICADOR 6.E

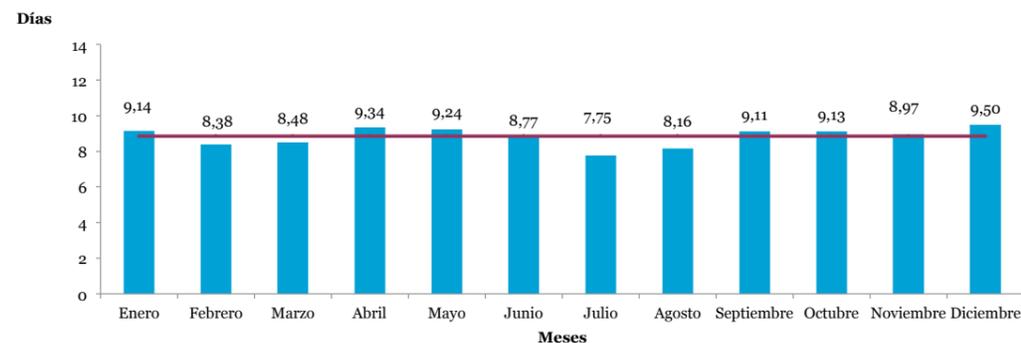
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA (2015, TIEMPO EN DÍAS)



Por meses, las medias de espera oscilan entre los 7,75 y los 9,5 días (poco más de dos días de variación) con el pico de espera en el trimestre entre abril y junio y el tiempo más bajo en Agosto.

INDICADOR 6.F

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA POR MES (2015, TIEMPO EN DÍAS)



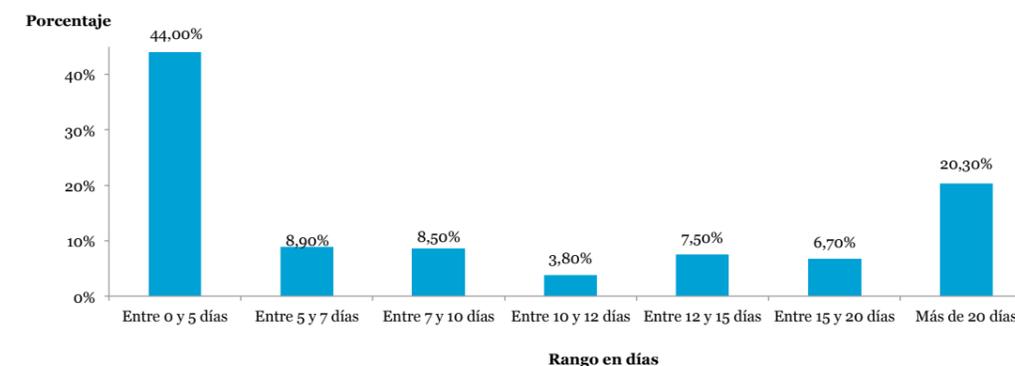
4.3.4. Ginecología y Obstetricia

La media de tiempo de espera en consultas de ginecología y obstetricia se sitúa, al igual que el año anterior, en 10,2 días.

El 44% de las peticiones son atendidas en un máximo de 5 días. Un 20% de las consultas son citadas con más de 20 días lo que probablemente constituye un efecto de las consultas de revisión.

INDICADOR 6.G

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA POR CENTROS (2015, TIEMPO EN DÍAS)

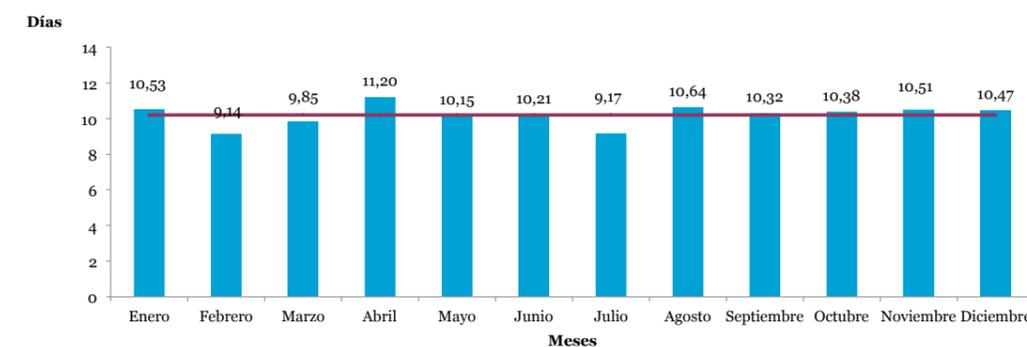


El análisis de los tiempos medios de espera entre petición de cita y servicio en ginecología, se completa con la descripción del mismo en función del mes. Es una de

las especialidades con menores variaciones temporales. Abril destaca con el tiempo de espera mayor y Julio con el menor.

INDICADOR 6.H

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA POR MES (2015, TIEMPO EN DÍAS)



El análisis de la tipología de centros en función de su actividad complementaria para el sector público tiene cierto interés. Un año más observamos como las demoras medias para consulta son, en algunos de los centros con actividad de financiación pública (concesiones y centros con concierto global), superiores a la media del conjunto, pero casi nunca superiores

al mes de espera. Esto se produce en una parte, pero no en todos los centros públicos de gestión privada, dado que en la mayoría de éstos las demoras son similares a las del conjunto de centros privados. En conjunto, parece que este efecto de accesibilidad y demoras mínimas no depende tanto del tipo de población usuaria como de un modelo de gestión flexible.

4.4 Tiempo medio en urgencias

Este año la participación en este indicador se ha incrementado cerca de un 4%, tanto por aumento de centros que suministran información como por crecimiento del número de urgencias en los centros que ya participaban. El indicador este año procede de la valoración de 2,7 millones de visitas de urgencia a los hospitales participantes en este estudio.

Diferenciamos el tiempo medio de espera en urgencias en dos tramos: la valoración del paciente en el momento de llegar a urgencias y clasificación del mismo en función de la prioridad/gravedad del caso para su atención (fase denominada *triage*) y el tiempo transcurrido entre el *triage* y la atención médica efectiva por el facultativo indicado.

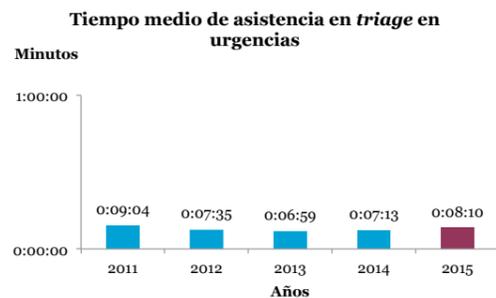
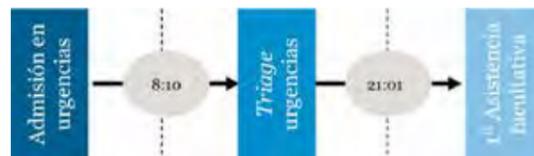
Un año más, los tiempos medios obtenidos, tanto para el *triage* como para la primera asistencia facultativa, muestran la resolución asistencial de los servicios de urgencias de los centros participantes en el estudio. El tiempo total medio que los pacientes esperan en urgencias hasta que son atendidos por un facultativo es de unos 29 minutos en los 2,7 millones de urgencias analizadas en 2015.

El tiempo de atención en *triage* se mantiene en cifras muy similares a los de años anteriores. El tiempo de asistencia facultativa se incrementa discretamente en cuatro minutos.

Tiempo medio de atención facultativa en urgencias de menos de 30 minutos (8,10 minutos en *triage*)

INDICADOR 7-8

TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS (2011-2015, TIEMPO EN MINUTOS)
 NÚMERO DE URGENCIAS 2011: 1.298.027; 2012: 1.621.722; 2013: 1.840.125; 2014: 2.555.436 Y 2015: 2.653.621
 VARIACIÓN 2014/2015: +3,8 %

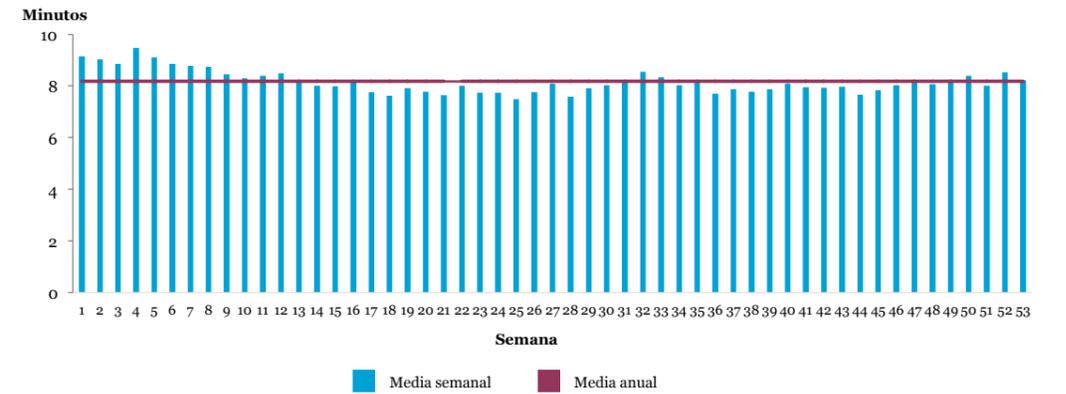


La temporalidad influye notablemente en un servicio que funciona con grandes picos de sobrecarga de actividad según épocas del año, días de la semana u horario durante el día.

La distribución de promedio de tiempo de asistencia en *triage* por semanas del año muestra una variabilidad de muy pocos minutos, destacando con tiempos algo mayores las semanas de pico de las urgencias como las de invierno (semanas 50,52, 1, 2 y 4 o en Agosto (semanas 31 a 33)).

INDICADOR 7.A

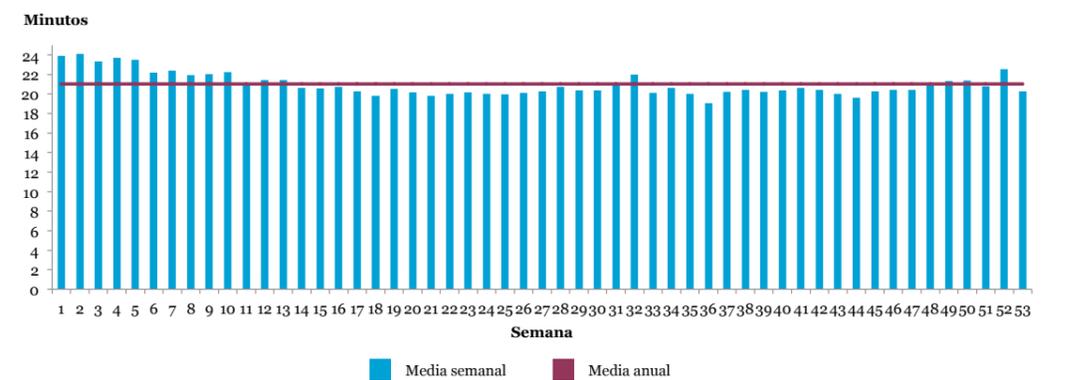
TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA EN TRIAGE EN URGENCIAS POR SEMANA DEL AÑO (2015, TIEMPO EN MINUTOS)



El tiempo de asistencia facultativa también se mantiene muy constante aunque se afecta algo más que el de *triage* en estas semanas de pico asistencial, con una variación de cuatro minutos.

INDICADOR 8.A

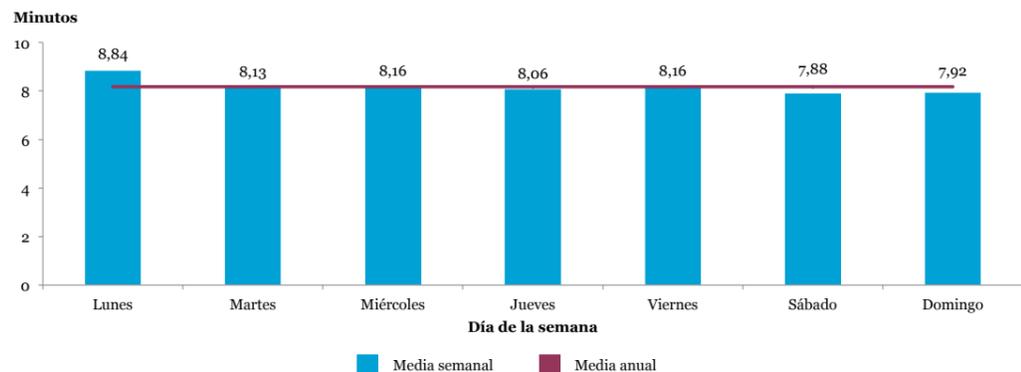
TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA FACULTATIVA EN URGENCIAS POR SEMANA DEL AÑO (2015, TIEMPO EN MINUTOS)



Los tiempos de atención por día de la semana, se mantienen bastante estables excepto en el caso de los lunes en que se produce un incremento de medio minuto en el *triage* y de 1,5 minutos en la asistencia facultativa.

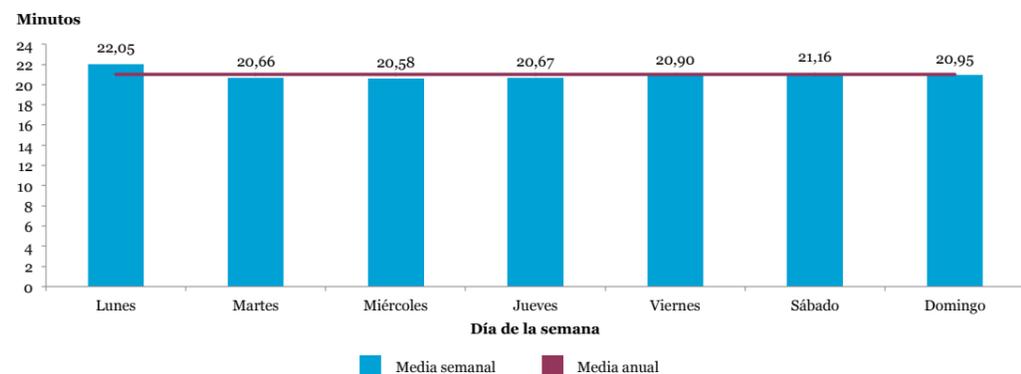
INDICADOR 7.B

TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA EN TRIAGE EN URGENCIAS POR DÍA DE LA SEMANA (2015, TIEMPO EN MINUTOS)



INDICADOR 8.B

TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA FACULTATIVA EN URGENCIAS POR DÍA DE LA SEMANA (2015, TIEMPO EN MINUTOS)

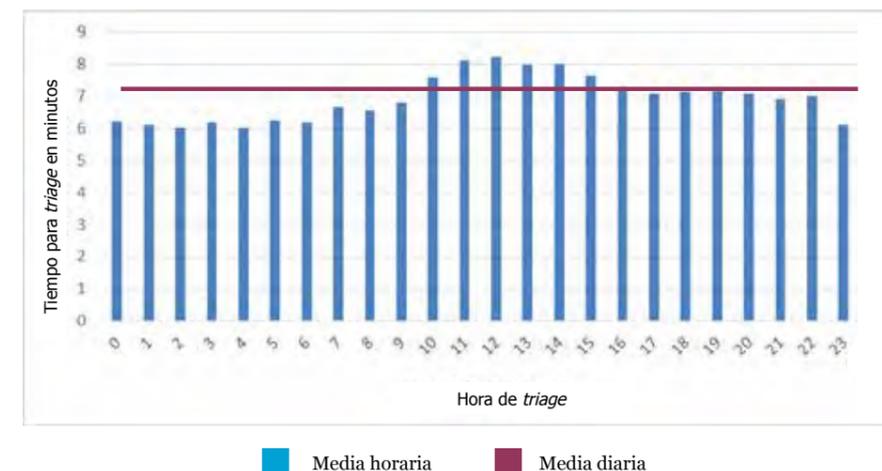


La distribución por horas de la atención en urgencias presenta los habituales picos de utilización del servicio entre las 9 y las 12 de la mañana y a partir de las 7 de la tarde. Estos picos de demanda, como se observa

en la gráfica, apenas afectan a los tiempos de atención: los momentos de mayor pico implican un incremento en el tiempo de atención en *triage* de apenas dos minutos y de tres a cuatro en la atención facultativa.

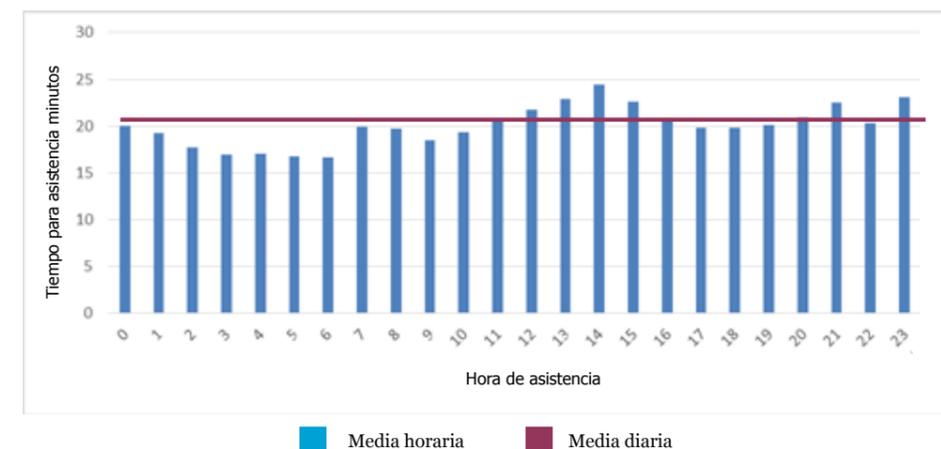
INDICADOR 7.C

TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA EN TRIAGE EN URGENCIAS POR HORA DEL DÍA (2015, TIEMPO EN MINUTOS)



INDICADOR 8.C

TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA FACULTATIVA EN URGENCIAS POR HORA DEL DÍA (2015, TIEMPO EN MINUTOS)



En conjunto, los datos ofrecen una imagen de una importante accesibilidad en urgencias así como de flexibilidad del recurso: los servicios de urgencias como sabemos presentan una importante variación horaria, diaria y estacional de la demanda, a la que

tiene que adaptarse el recurso asistencial. Es importante comprobar cómo estas importantes fluctuaciones en la demandan apenas impactan en unos minutos en los tiempos de demora.

4.5. Espera media quirúrgica

Este indicador muestra el tiempo transcurrido entre la consulta de pre-anestesia (valoración pre-quirúrgica) que realiza el paciente hasta la fecha en que finalmente se realiza la intervención.

Para la participación en este indicador, los centros deben de tener registrados en sus sistemas de información la fecha de pre-anestesia, lo que dificulta la obtención de datos dado que en muchos casos la pre-anestesia se realiza fuera del propio centro.

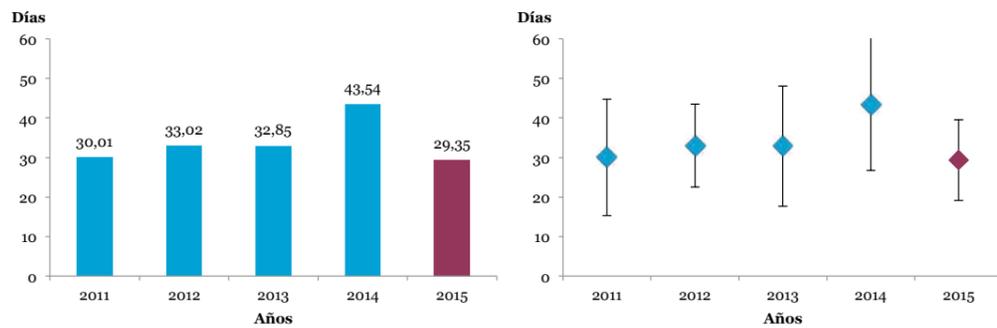
Este año, se produce una reducción importante de 14 días en este indicador, sobre el valor de 2014 que había tenido a su vez un incremento significativo respecto a años anteriores. En el año 2015 el dato es el menor de toda la serie. El análisis de detalle de los datos indica que los centros que se incorporaron el año pasado con promedios más altos se han adaptado al promedio del grupo.

La desviación estándar de este último año es menor que las de años anteriores, lo que sugiere que la mejora se ha producido por parte de todos los centros, en especial de aquellos que el año anterior tuvieron un tiempo mayor.

La serie histórica parece mostrar una línea de base en torno a los 30 días, lo que debe valorarse como un tiempo excelente tratándose en su mayoría de intervenciones quirúrgicas programadas electivamente.

INDICADOR 9

ESPERA MEDIA QUIRÚRGICA (2011-2015, TIEMPO EN DÍAS)
 NÚMERO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2011: 45.915; 2012: 50.022; 2013: 75.189; 2014: 91.493 Y 2015: 93.122
 VARIACIÓN 2014/2015: +1,8 %



4.6. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento en procesos oncológicos

El tiempo medio para el inicio de tratamiento de cáncer está muy debajo de las 8 semanas recomendadas en programas internacionales

El tiempo medio entre diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama ha oscilado en los cinco años del Estudio RESA entre los 12 días (menos de 2 semanas) y los 19 días (menos de 3 semanas). El resultado de este año se ha incrementado ligeramente aunque manteniéndose por debajo de las 3 semanas, lo que no resulta significativo en ámbito de variación pronóstica.

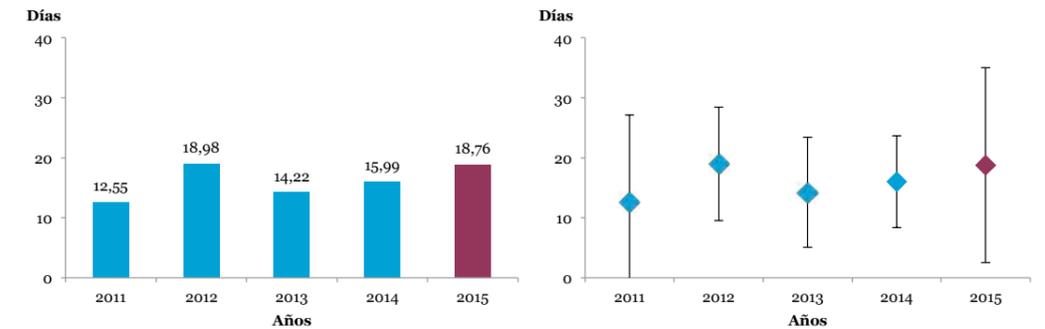
El tiempo de inicio del tratamiento del cáncer es uno de los indicadores de calidad más relevantes. Se trata de una asistencia que, sin ser de urgencias, requiere una atención prioritaria que evite demoras innecesarias.

En el Estudio RESA presentamos cada año los tiempos de demora media entre la confirmación del diagnóstico y el inicio del tratamiento, sea este de tipo médico o quirúrgico.

El tiempo medio para el inicio de tratamiento en procesos oncológicos es de 15 días para colon y entorno a 20 días para mama y pulmón

INDICADOR 10

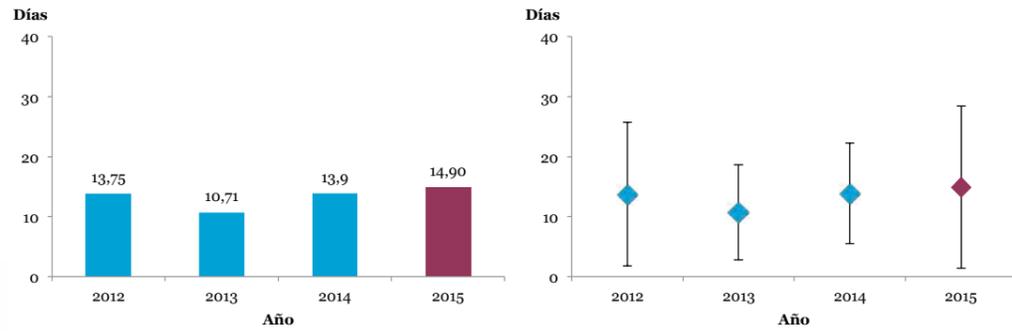
TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA (2011-2015, TIEMPO EN DÍAS)
 NÚMERO DE PACIENTES 2011: 1.993; 2012: 2.168; 2013: 2.165; 2014: 2.164 Y 2015: 2.962
 VARIACIÓN 2014/2015: +36,9 %



El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de colon se mantiene dentro del rango de las dos semanas a lo largo de todo el período estudiado.

INDICADOR 11

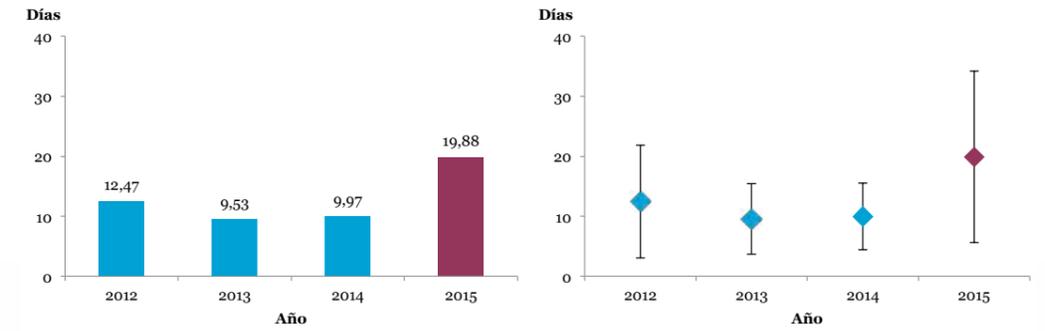
TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE COLON
 (2012-2015, TIEMPO EN DÍAS)
 NÚMERO DE PACIENTES 2012: 646; 2013: 979; 2014: 1.108 Y 2015: 1.576
 VARIACIÓN 2014/2015: +42,2 %



En el caso del tratamiento del cáncer de pulmón, se mantiene por debajo de las tres semanas.

INDICADOR 12

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PULMÓN
 (2012-2015, TIEMPO EN DÍAS)
 NÚMERO DE PACIENTES 2012: 611; 2013: 791; 2014: 881 Y 2015: 1.118
 VARIACIÓN 2014/2015: +26,9 %



Los tiempos obtenidos este año en la demora para el tratamiento de los cánceres más frecuentes se encuentran entre las dos y las tres semanas lo que constituye sin duda un excelente resultado, muy por debajo de

las 8 semanas que se suelen considerar como recomendación en los programas internacionales de tratamiento de procesos oncológicos.



5 RESOLUCIÓN ASISTENCIAL



5.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico

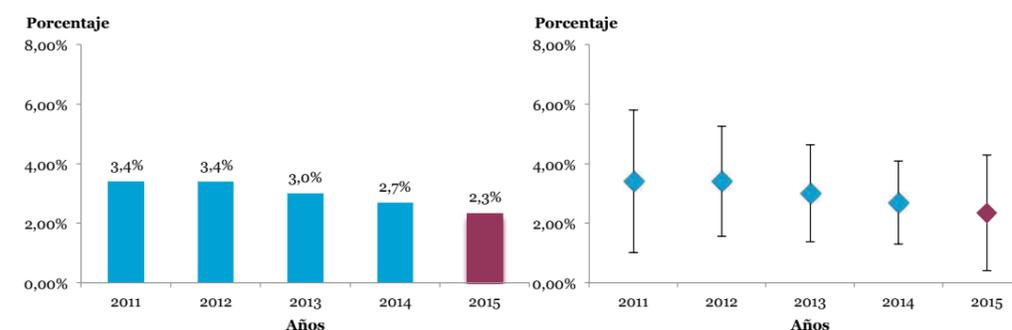
El indicador mide la proporción de pacientes que retornan a urgencias dentro de los 3 días posteriores a su atención, con el mismo diagnóstico inicial.

La tasa obtenida se encuentra dentro de los estándares internacionales, mostrando además una tendencia a la mejora

El resultado de este año continúa con la tendencia decreciente que observamos desde 2012. Esta tendencia es debida a la mejora del mismo en una parte de los centros, dado que la desviación estándar es algo mayor que el año anterior.

INDICADOR 13

TASA DE RETORNO A URGENCIAS A LAS 72 HORAS DEL ALTA POR EL MISMO DIAGNÓSTICO (2011-2015, EN %)
 NÚMERO URGENCIAS 2011: 785.513; 2012: 764.569; 2013: 892.634; 2014: 1.323.185 Y 2015: 1.339.500
 INCREMENTO 2015/2014: +1,2%



5.2. Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta

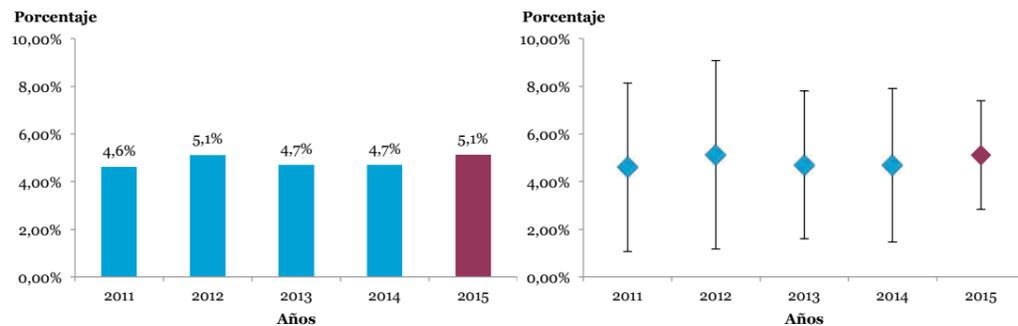
Uno de los indicadores a los que se presta más atención actualmente, en la mejora de la calidad asistencial es la tasa de reingreso en hospitalización. En este sentido los reingresos por el mismo problema se consideran un indicador de que posiblemente la patología original pudo no resolverse adecuadamente.

En el estudio de este año, el resultado es del 5,1%, muy similar al de años anteriores. En general, en su evolución de estos cinco años, el indicador se mantiene estable entre 4,7 y 5,1 %. Este resultado es comparable al de la mayoría de sistemas sanitarios desarrollados que suelen moverse en tasas de entre el 4% y el 8%.

El indicador mide la proporción de pacientes que vuelven a ingresar en el hospital por un diagnóstico similar. Este indicador se calcula en varios períodos (reingreso a las 48 horas, a las 72 horas, a los 30 días..). En el Estudio RESA utilizamos el de reingreso a los 30 días por ser el más comúnmente utilizado y por tanto tener posibilidades de compararlo con otros resultados.

INDICADOR 14

TASA DE REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN A 30 DÍAS DEL ALTA (2009-2015, EN %)
 NÚMERO INGRESOS 2011: 485.871; 2012: 699.762; 2013: 687.819; 2014: 772.531 Y 2015: 801.833
 INCREMENTO 2015/2014: +3,8%



5.3. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas

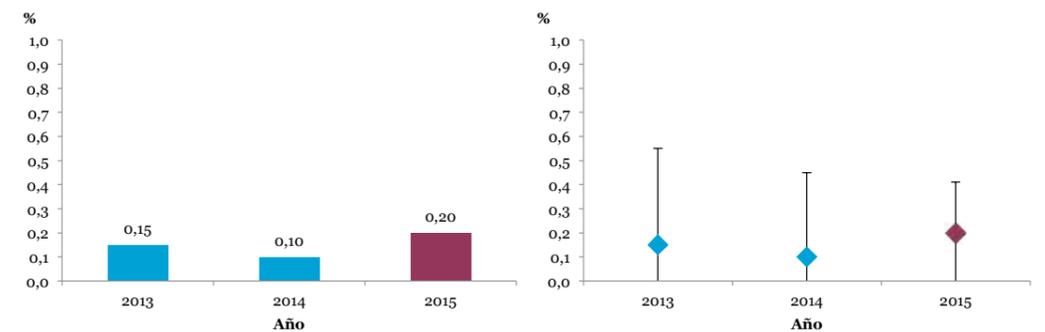
Este indicador calcula aquellos casos que tienen que re-intervenirse en las 72 horas posteriores a una cirugía de cataratas.

El indicador continúa con un resultado excelente que implica que sólo 2 de cada mil intervenciones sufren una complicación, dato muy positivo comparado con los resultados usuales.

Sólo 2 de cada 1.000 intervenciones sufren alguna complicación a los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas

INDICADOR 15

COMPLICACIONES EN LOS TRES DÍAS POSTERIORES A LA CIRUGÍA DE CATARATAS (2013-2015, EN %)
 NÚMERO DE INTERVENCIONES DE CATARATAS 2013: 37.792; 2014: 41.692 Y 2015: 37.214
 VARIACIÓN 2014/2015: -10,7 %



6 CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



El Estudio RESA se focaliza en la calidad de los centros privados. Es por ello que además de un amplio conjunto de indicadores cuantitativos de resultados en calidad, se decidió introducir algunas valoraciones cualitativas del proceso que realizan los centros para la mejora continua de la calidad.

Dentro de este apartado, se introdujeron dos tipos de valoración:

- Las certificaciones y acreditaciones conseguidas por cada hospital otorgadas por organismos internacionales de reconocida solvencia.

- Las políticas y procedimientos puestas en marcha por los hospitales para garantizar la seguridad del paciente.

Este año se aprecia un considerable aumento en la participación en estos indicadores: 30 centros más presentan sus acreditaciones y certificaciones y también se produce un significativo incremento en la aportación de documentación sobre políticas de seguridad del paciente.

Considerable aumento de participación en estos indicadores de calidad y seguridad del paciente

6.1. Acreditaciones y certificaciones de unidades y servicios hospitalarios

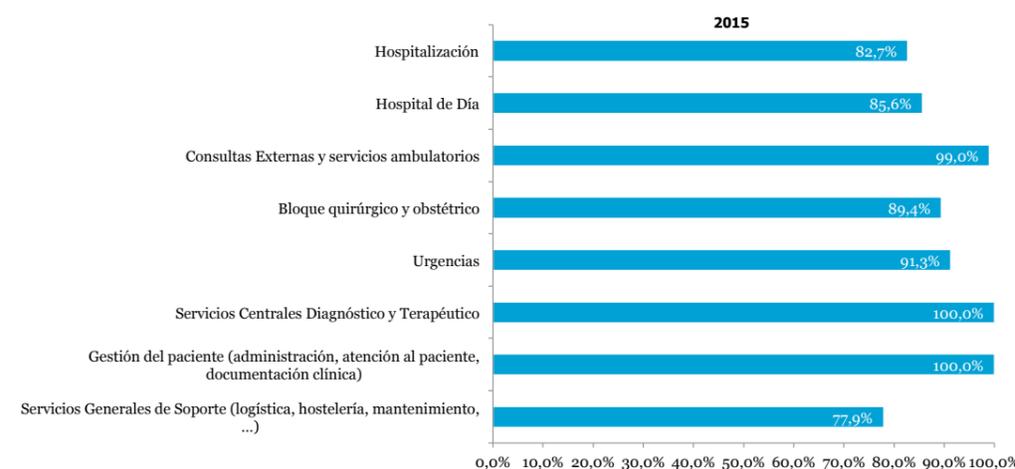
Se ha solicitado a los centros el envío de copia de las certificaciones obtenidas. Se han considerado únicamente como aceptadas las certificaciones más habituales de organismos internacionales y/o de reconocida solvencia.

Al analizar este indicador observamos que la existencia de acreditaciones o certificaciones de calidad se ha convertido en el estándar

de la sanidad privada. Los centros presentan casi en su totalidad acreditaciones o certificaciones en los servicios centrales de diagnóstico y tratamiento, en los procesos de atención al paciente y admisiones, en el área ambulatoria y en urgencias, siendo éstas muy mayoritarias en hospitalización, bloque quirúrgico y obstétrico, hospital de día y hospitalización.

INDICADOR 16

ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE UNIDADES Y SERVICIOS HOSPITALARIOS
 NÚMERO DE CENTROS HOSPITALARIOS: 2011: 59; 2012: 65; 2013: 68; 2014: 71 Y 2015: 104
 VARIACIÓN 2014/2015: +46,5 %



6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente

El Estudio RESA viene evaluando el grado de implantación de cinco de las buenas prácticas más importantes que se recomienda internacionalmente adoptar en todos los centros sanitarios:

- 1 Protocolo de higiene de manos.
- 2 Protocolo de evaluación del riesgo de úlceras por presión al ingreso.
- 3 Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación.
- 4 Sistema de notificación anónima de eventos adversos.
- 5 Protocolo de cirugía segura "Check list".

En este indicador **se mide, con criterios uniformes y con los mismos estándares predefinidos, si estas prácticas están normalizadas, documentadas y aprobadas oficialmente** en los centros participantes. Disponer de estas políticas nos asegura que las direcciones promueven, facilitan y supervisan la realización de las buenas prácticas de calidad.

INDICADOR 17 POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

6.2.1. Protocolo de higiene de manos

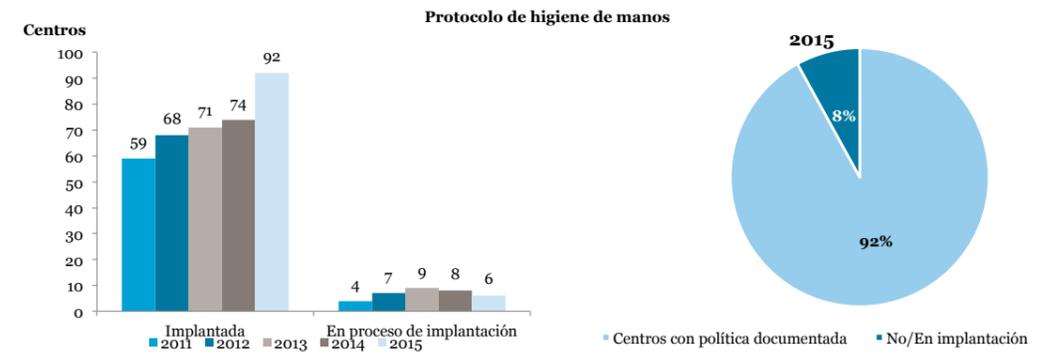
Insistimos siempre en que la higiene de manos constituye, sin duda, la práctica con mejor relación coste-beneficio entre las políticas de seguridad del paciente y constituye un elemento clave en la prevención de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS o infecciones nosocomiales).

Analizando este indicador observamos cómo el número de centros que tienen implantadas estas políticas ha aumentado en 18 respecto al año pasado, lo cual implica que los 15 nuevos centros que participan este año tienen estas políticas ya en su gran mayoría y que de los 11 centros que el año anterior no las tenían plenamente implantadas, ya las tienen en la actualidad.

Teniendo en cuenta el amplio número de centros participantes, podemos concluir que la implantación de políticas proactivas de higiene de manos se ha convertido también en un estándar de calidad más de la sanidad privada.

INDICADOR 17.1.

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente : Higiene de manos (2011-2015, protocolización en %)
Número de centros hospitalarios 2011: 66; 2012: 77; 2013: 83; 2014: 85 y 2015: 100
Variación 2014/2015: +17,6 %



6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión

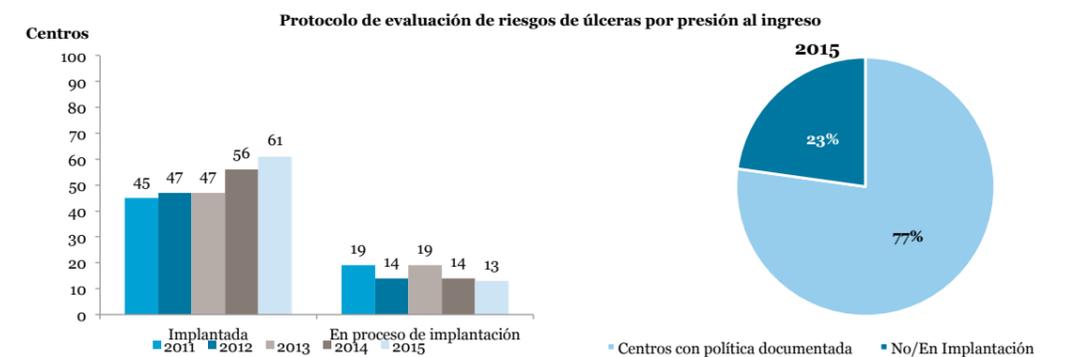
La realización de programas de evaluación del riesgo de padecer Úlceras Por Presión (UPP) consiste en valorar el grado de implantación de este protocolo, de forma que permita planificar e instaurar medidas de prevención en aquellos casos que lo requieran.

Es conocido que el riesgo de desarrollar UPP es uno de los eventos adversos más importantes de las hospitalizaciones con estancias prolongadas, y sobre todo en pacientes mayores y/o dependientes, cada vez más frecuentes en los hospitales.

Este año, con 6 centros más participando, se incrementa en 5 el número de hospitales con el programa implantado.

INDICADOR 17.2.

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente : Evaluación de riesgo de úlceras por presión (2011-2015, protocolización en %)
Número de centros hospitalarios 2011: 66; 2012: 77; 2013: 71; 2014: 73 y 2015: 79
Variación 2014/2015: +8,2 %



6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación

Los programas de identificación de problemas relacionados con la medicación son, dentro de las políticas de calidad y seguridad del paciente, los que presentan más dificultades a la hora de realizar su implementación.

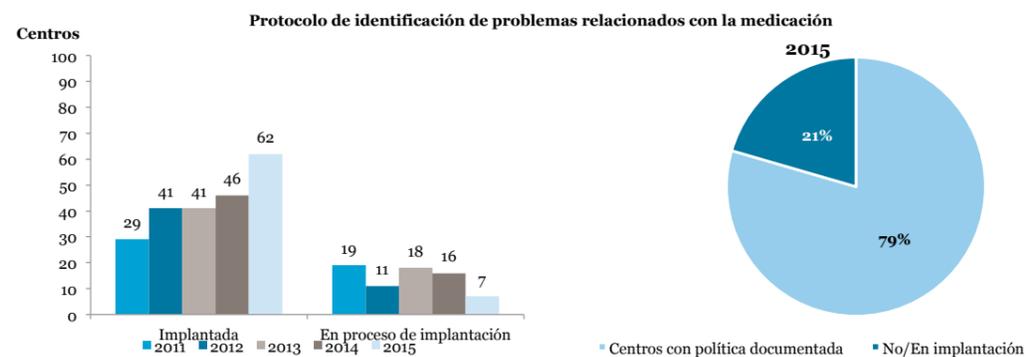
Es especialmente satisfactorio comprobar el importante volumen de centros que han pasado a tener estos programas plenamente implantados (un aumento de 16 centros) permaneciendo un pequeño número de centros que aún se encuentran en fase de implantación o no disponen del programa por el momento.

El hecho de que se trate de un programa de implantación compleja tiene su reflejo en que los incrementos de centros que se producen cada año son discretos aunque constantes (3 nuevos centros se incorporan a este indicador este año).

Respecto a 2011 el incremento de centros con esta política implantada se duplica en el período estudiado.

INDICADOR 17.3.

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente : Problemas relacionados con la medicación (2011-2015, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios 2011: 66; 2012: 67; 2013: 73; 2014: 75 y 2015: 78
 Variación 2014/2015: +4,0 %



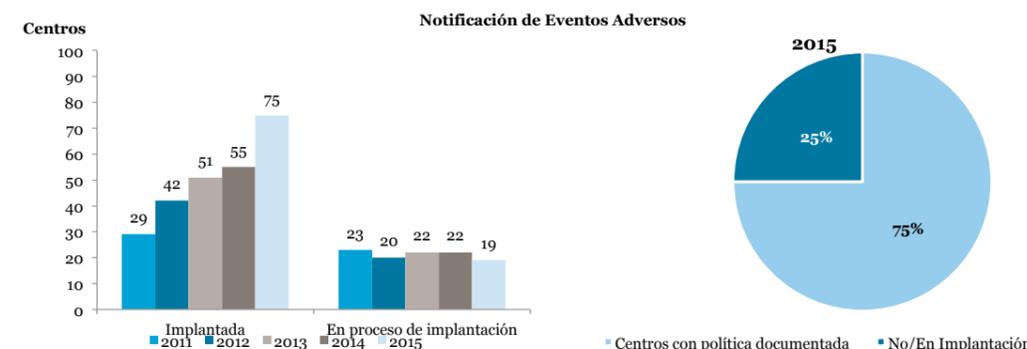
6.2.4. Sistema de notificación de eventos adversos

Los sistemas de notificación de eventos adversos son una de las prácticas sanitarias más útiles para el análisis y corrección de las causas que los producen. Son sistemas de registro anónimos por los cuales los profesionales sanitarios pueden notificar cualquier incidencia que dentro de la asistencia sanitaria prestada al paciente haya generado un evento adverso o el riesgo de producirlo. Su análisis permite implantar medidas que eviten la repetición del problema en el futuro.

En este caso, la evolución del indicador es muy positiva ya que ha aumentado en 16 el número de centros participantes y en 20 el de los centros que disponen de este sistema de notificación totalmente implantado.

INDICADOR 17.4.

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente : Notificación de eventos adversos (2011-2015, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios 2012: 77; 2013: 83; 2014: 84 y 2015: 100
 Variación 2014/2015: +19,0 %



6.2.5. Protocolo de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico)

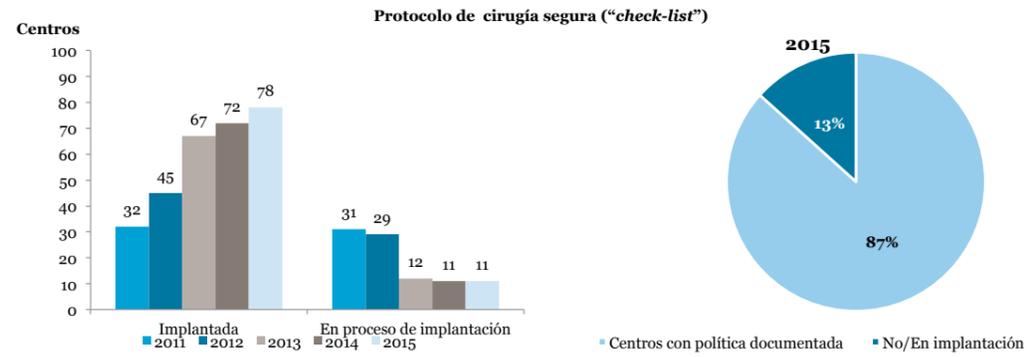
La Organización Mundial de la Salud ha difundido y generado el protocolo de cirugía segura (check-list), que consiste en la verificación sistemática de una serie de parámetros que se realizan por fases: cuando el paciente está consciente, una vez ya ha sido anestesiado y después de la cirugía.

Su impacto en salvar vidas de los pacientes está abundantemente documentado en la bibliografía.

Los 6 nuevos centros que han participado en este indicador tienen plenamente implantada esta política de seguridad para el paciente.

INDICADOR 17.5.

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente: Protocolo de cirugía segura (Check-list) (2011-2015, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios 2012: 77; 2013: 82; 2014: 84 y 2015: 90
 Variación 2014/2015: +7,1 %



6.3. Ratio de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico)

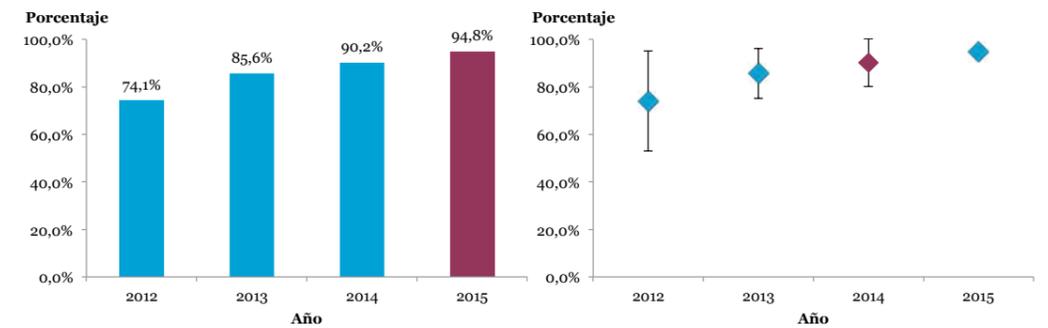
La cuantificación del grado de aplicación de la política anterior viene determinada por el ratio de intervenciones quirúrgicas en las que se ha realizado el check-list de quirófano. Se trata no solo de medir si se dispone del protocolo implantado sino conocer su operativa.

El nivel de cumplimiento de esta medida presenta resultados muy similares a los del año anterior, en número de casos analizados y en resultado, que se sitúa en cerca del 95%. La desviación estándar es mínima lo que implica que todos los centros alcanzan un resultado muy elevado.

Las limitaciones a la hora de calcular este indicador vienen por la necesidad de que los centros deben de tener integrado dentro de sus sistemas informáticos la valoración del cumplimiento del procedimiento para cada paciente al que se le realiza una cirugía.

INDICADOR 18

RATIO DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA SEGURA ("CHECK LIST" QUIRÚRGICO) (2012-2015, EN %)
 NÚMERO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2012: 77.788; 2013: 79.689; 2014: 195.949 Y 2015: 149.329
 VARIACIÓN 2014/2015: -24,0 %



6.4. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo

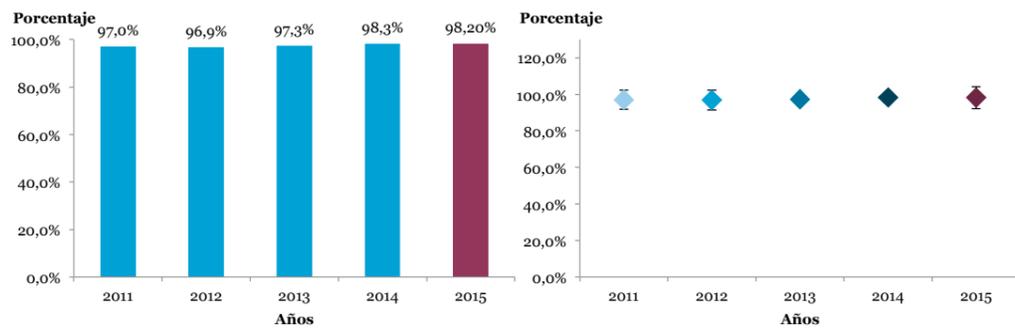
La tasa de supervivencia a las 48 horas de pacientes ingresados con síndrome coronario agudo es uno de los indicadores de resultados más tradicionales. Se obtiene del CMBD de hospitalización, calculando el número de pacientes dados de alta por fallecimiento con el total de pacientes ingresados con diagnóstico principal de Síndrome Coronario Agudo.

Este año el resultado se mantiene similar al del año anterior y en estándares comparables o mejores a la mayoría de los hospitales de nuestro entorno geográfico.

La tasa de supervivencia por SCA se mantiene en estándares comparables o mejores a la mayoría de los hospitales de nuestro entorno geográfico

INDICADOR 19

TASA DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO (2011-2015, TASA EN%)
 NÚMERO PACIENTES INGRESADOS POR IAM 2011: 1.711; 2012: 4.137; 2013: 3.721; 2014: 3.613 Y 2015: 5.015
 VARIACIÓN 2014/2015: +38,8 %



6.5. Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario

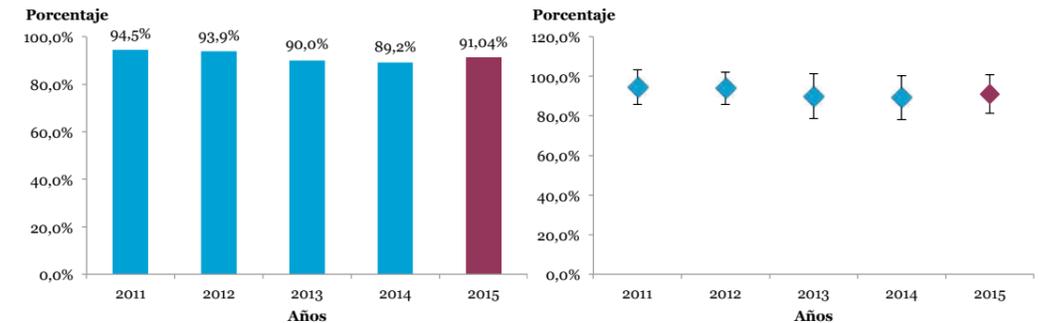
La intervención precoz en los casos de fractura de cadera se ha relacionado en la literatura con un mejor pronóstico vital y una instauración precoz de la rehabilitación lo que contribuye a mejorar el resultado funcional, de especial importancia en una patología que se presenta, sobre todo, en personas de edad avanzada. La dificultad de aplicar esta técnica precozmente deriva, por una parte, de los posibles problemas del paciente (como es el tratamiento con anticoagulantes) y en gran medida de las dificultades de la programación quirúrgica.

Los resultados de este año se sitúan por encima del 91%, en línea con los dos años anteriores. Se mantiene por tanto un excelente estándar de los centros privados respecto a su flexibilidad para programar estas intervenciones en el plazo recomendado. Es de observar también que disminuye la variabilidad del indicador al presentar una desviación estándar menor que en los dos años anteriores, lo que implica que los centros mayoritariamente mejoran su rapidez de actuación.

Los resultados mantienen un excelente estándar para la programación de estas intervenciones en el plazo recomendado

INDICADOR 20

RATIO DE CIRUGÍAS DE PRÓTESIS DE CADERA DENTRO DE LAS 48 HORAS POSTERIORES AL INGRESO (2011-2015, EN %)
 NÚMERO DE PACIENTES 2011: 2.205; 2012: 2.664; 2013: 5.394; 2014: 5.278 Y 2015: 4.778
 VARIACIÓN 2014/2015: -9,5 %



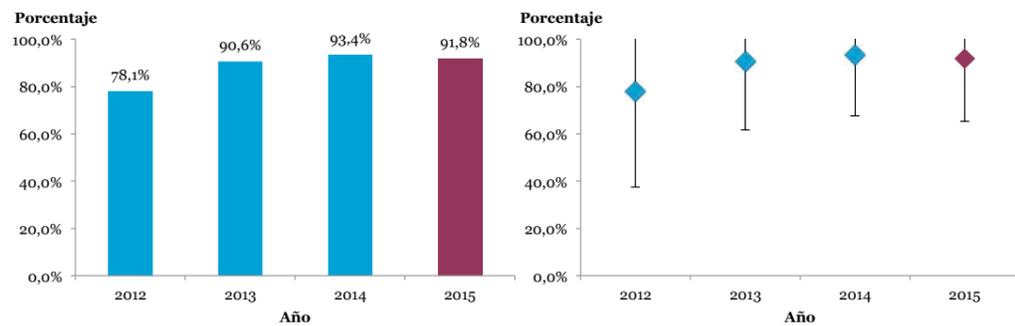
6.6. Ratios de colonoscopias y gastroscopias realizadas con sedación profunda

Este indicador muestra el grado de calidad asistencial en la realización de pruebas endoscópicas realizadas en los hospitales participantes en el estudio. La realización de este tipo de procedimientos con sedación profunda continúa extendiéndose como el estándar en el sector en respuesta a las exigencias de los propios pacientes.

Los resultados obtenidos en ambas pruebas son excelentes, por encima o muy cerca del 90% de los procedimientos endoscópicos analizados se realizan con sedación profunda. También, la variabilidad de los resultados continúa reduciéndose paulatinamente, especialmente en el caso de las gastroscopias. El volumen de datos tiene un importante incremento en la gastroscopia y un discreto decremento en la colonoscopia.

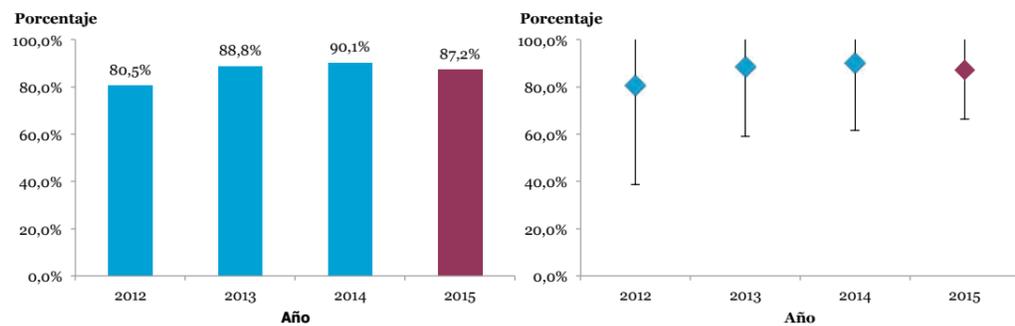
INDICADOR 21

RATIO DE COLONOSCOPIAS REALIZADAS CON SEDACIÓN PROFUNDA (2012-2015, EN %)
 NÚMERO DE COLONOSCOPIAS 2012: 27.217; 2013: 50.454; 2014: 59.405 Y 2015: 57.828
 VARIACIÓN 2014/2015: -2,6 %



INDICADOR 22

RATIO DE GASTROSCOPIAS REALIZADAS CON SEDACIÓN PROFUNDA (2012-2015, EN %)
 NÚMERO DE GASTROSCOPIAS 2012: 6.037; 2013: 31.473; 2014: 35.599 Y 2015: 39.490
 VARIACIÓN 2014/2015: +10,9 %



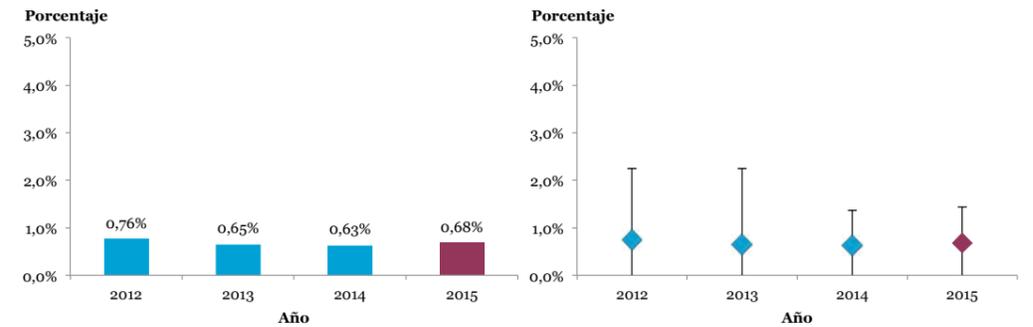
6.7. Tasa de reingresos posteriores a cirugía ambulatoria a 30 días

Este indicador de seguridad mide la proporción de ingresos en hospitalización del paciente que ha realizado una cirugía mayor ambulatoria en los 30 días anteriores. Representa por tanto un importante indicador de seguridad y eficacia de la cirugía mayor ambulatoria.

El resultado de este año se mantiene muy similar al de los tres últimos años y con una desviación estándar también muy similar. Ello implica que los centros mantienen un buen resultado de este indicador, que suele estar en la mayoría de sistemas sanitarios alrededor de un 1%.

INDICADOR 23

TASA DE REINGRESOS POST ALTA DE CIRUGÍA AMBULATORIA A 30 DÍAS (2012-2015, %)
 NÚMERO DE INTERVENCIONES AMBULATORIAS 2012: 141.030; 2013: 288.150; 2014: 296.505 Y 2015: 315.439
 INCREMENTO 2015/2014: +6,3%



6.8. Indicadores de hemodiálisis

Como habíamos comentado en la introducción, este año se incorporan 4 indicadores de hemodiálisis. Aunque la inclusión de estos indicadores al Estudio RESA no se ha formalizado aún para todos los centros, presentamos los datos aportados por los 29 centros que han promovido la iniciativa de participar en el estudio con datos específicos de esta área.

Los pacientes en hemodiálisis son pacientes con abundante pluripatología y deterioro funcional con el tiempo. Ello hace inevitable la existencia de unas tasas de mortalidad importantes. Se consideran estas tasas como un indicador de calidad. En este caso presentamos la tasa bruta de mortalidad de los centros participantes.

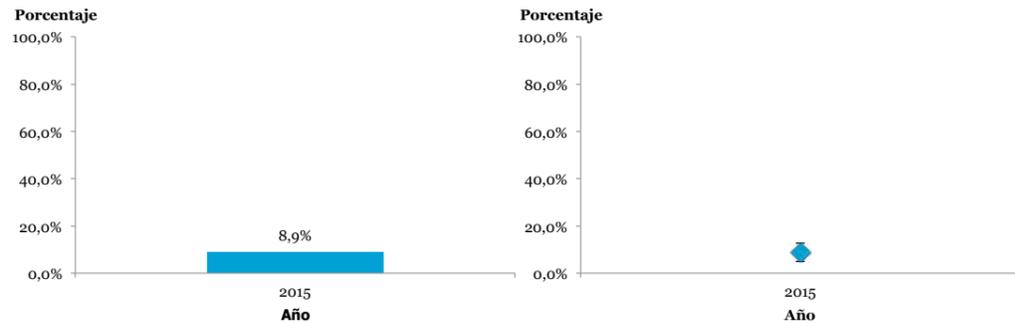
Se presentan estos indicadores como una primera edición para ser incorporados en el futuro haciéndolos extensivos a todos los centros de diálisis del sector.

Los centros participantes en los indicadores de hemodiálisis presentan unos niveles elevados de cumplimiento de objetivos con los pacientes

Se trata de indicadores conocidos internacionalmente que miden los resultados en un campo de especial complejidad como es la hemodiálisis.

INDICADOR 24

TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN HEMODIÁLISIS (2015, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2015: 2.920

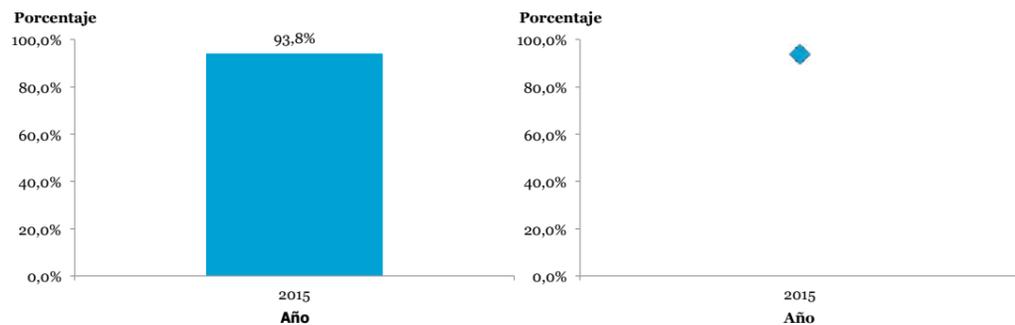


El indicador KT/V es un indicador que mide el aclaramiento (K) en el tiempo (T) y el volumen. Es una fórmula compleja utilizada en nefrología que ha sustituido a la medida de la concentración de urea en el tiempo. La

razón de su uso es que tiene una correlación establecida con la supervivencia. Por tanto, cuanto mayor sea la proporción de pacientes que se encuentran en los niveles objetivo, es de esperar una mejor supervivencia.

INDICADOR 25

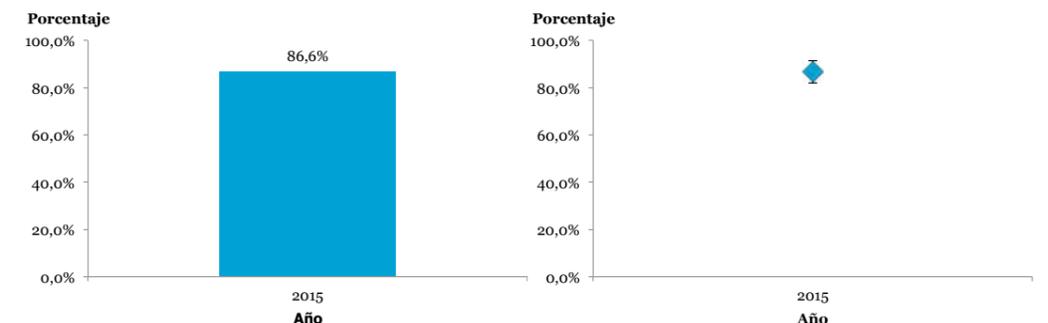
PORCENTAJE DE PACIENTES CON KT/V OBJETIVO (2015, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2015: 2.920



El mantenimiento de los niveles adecuados de albúmina en sangre es uno de los objetivos en la insuficiencia renal crónica. Su consecución implica el mantenimiento de la función renal y la calidad de vida del paciente.

INDICADOR 26

PORCENTAJE DE PACIENTES CON ALBUMINA >3,5 G/DL (2015, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2015: 2.920

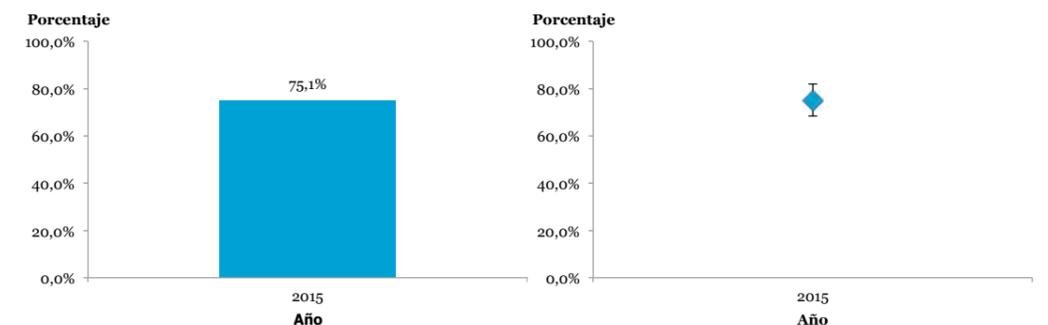


La fistula arteriovenosa autóloga es la conexión de una vena con una arteria próximas del brazo del paciente que se realiza para facilitar el uso del catéter de hemodiálisis y que constituye la solución óptima por sus

menores complicaciones y fácil reversibilidad. Aunque no se puede practicar en todos los pacientes, se considera un indicador de calidad en hemodiálisis el que la prevalencia de FAV sea la más alta posible.

INDICADOR 27

PORCENTAJE DE PACIENTES PREVALENTES CON FAV AUTÓLOGA (2015, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2015: 2.920



A falta de una comparación mas amplia, podemos observar que los centros participantes presentan unos indicadores elevados de cumplimiento de objetivos con los pacientes, especialmente en el caso del indicador KT/V objetivo, que incluye a la gran

mayoría de sus pacientes. La inclusión de más centros en próximas ediciones permitirá contrastar con más información de referencia estos datos que, de entrada, son unos mas que buenos resultados.

7 POSICIONAMIENTO DEL ESTUDIO RESA ENTRE LOS OBSERVATORIOS DE CALIDAD Y RESULTADOS



7.1. Introducción: Objetivos de los Observatorios de Calidad y Resultados en el mundo

El concepto de “public reporting” o la difusión transparente de resultados en salud logrados por los centros hospitalarios y otros proveedores sanitarios es una tendencia en auge en los principales sistemas sanitarios del mundo desarrollado.

Las primeras experiencias de publicación sistemática de los datos sanitarios datan de mediados de los años 80 y la tendencia se consolida y empieza a generalizarse alrededor del año 2000. Ya en 2004 un informe del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios, patrocinado por la Organización Mundial de la Salud, muestra un amplio y rico panorama internacional de iniciativas en este tema.

El desarrollo de esta tendencia ha ido estrechamente ligado al **objetivo de facilitar la decisión informada de los pacientes** para poder optar entre los diferentes proveedores sanitarios:

“Una de las primeras razones para el public reporting de la información sobre calidad es ayudar a los pacientes y usuarios y otros compradores de atención sanitaria, a hacer decisiones informadas y racionales respecto a los proveedores de cuidados. Sin embargo, a pesar de la inversión extensiva, el despegue de la elección y el uso de la información sobre calidad para informar las decisiones de los pacientes ha sido lento en materializarse. Ello puede estar ligado a una serie de barreras incluyendo la falta de información de calidad user-friendly.”¹

Los observatorios de este tipo suelen presentar información cuantitativa de dos clases:

- Datos estadísticos sobre calidad de los resultados de desempeño de los centros o de los profesionales, extraídos de la información administrativa (como el CMBD o los procesos de facturación a las aseguradoras) o clínica (historia clínica o registros ad-hoc). En algunos países, se tiende a incluir también los tiempos de espera especialmente en los sistemas públicos de servicio nacional de salud.
- Datos cuantitativos sobre opinión y satisfacción de los pacientes, bien mediante encuestas sistematizadas de satisfacción o, más recientemente, sistemas de puntuación de la experiencia por parte de los propios pacientes.

El objetivo de asistir al paciente en la decisión aparece como un punto central en estas iniciativas. Sin embargo, no es el único y otros objetivos aparecen en la literatura como colateral pero igualmente importantes:

- Estimular a los proveedores a mejorar la calidad de sus servicios.
- Implantar en la sanidad los principios de transparencia y responsabilidad sobre los resultados (*accountability*).
- Favorecer la competencia entre los centros.

La tendencia a publicar los datos de calidad asistencial se amplía en muchos casos para incorporar en los “observatorios” otro tipo de información mucho más tradicional y básica. Datos como el estado de salud de la población, la incidencia o prevalencia de los problemas de salud, o temas específicos de interés general eran ya difundidos públicamente por la mayoría de las organizaciones sanitarias, pero incorporándolos a los observatorios ganan visibilidad e importancia. Aunque esta información no está directamente relacionada con la calidad y los resultados de desempeño, se incorpora en muchos casos para constituir “observatorios” más genéricos sobre los sistemas de salud.

¹ Kumpunen S, Trigg L, Rodrigues R. Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2014.

72. Origen de los observatorios de calidad y resultados

La iniciativa de estos observatorios proviene en la mayoría de ocasiones de los sistemas públicos de salud, bien como ejercicio de transparencia y calidad de los sistemas que gestionan directamente los centros públicos (caso por ejemplo del National Health Service en Reino Unido) o como requerimiento de las autoridades financiadoras a los centros privados que proveen de asistencia sanitaria (caso mayoritario en Estados Unidos).

Las sociedades profesionales han contribuido significativamente a esta tendencia, destacando, por ejemplo, las iniciativas en el campo de la cirugía cardíaca, tanto en los Estados Unidos como en Europa (Euroscore) o en oncología.

Un elemento adicional lo constituye la existencia de iniciativas privadas independientes, tanto no lucrativas (Robert Wood Johnson Foundation en Estados Unidos) como iniciativas lucrativas independientes (Portal Dr Foster en el Reino Unido) así como un importante volumen de iniciativas en Estados Unidos orientadas a facilitar a los usuarios la elección de centro.



73. ¿Qué impacto tienen estas iniciativas?

Curiosamente, el objetivo nuclear de estas iniciativas (asistir al paciente en la elección de proveedor) es el que parece más discutido en la literatura: una encuesta de la revista JAMA señala que sólo el 19% de los usuarios había dado relevancia a la información comparativa sobre médicos, muy por debajo de otros criterios como los años de experiencia, la accesibilidad o la opinión de familiares y amigos.

*“El public reporting está más probablemente asociado con cambios en los comportamientos del proveedor sanitario que con la selección de proveedores sanitarios por los pacientes y las familias”.*²

Esta cierta resistencia a la utilización por parte de los pacientes de esta información parece señalar barreras de uso: en Estados Unidos son mucho más utilizadas las puntuaciones globales de los portales privados que las comparaciones más técnicas en base a indicadores de los sistemas públicos. Ello ha llevado a incorporar a los sistemas ayudas visuales en los portales como semáforos (Inglaterra), barras de colores y puntuaciones sobre cinco (Finlandia) o puntuaciones con estrellas (Holanda).

En cambio los sistemas de *public reporting* parecen tener un prometedor impacto en la mejora de la calidad: ello resulta bastante evidente en la literatura para el caso de la publicación de los resultados por médico, y también existe una evidencia prometedora, aunque mucho más variable, de la publicación de resultados por hospital.

*“La publicación de datos podría dejar a los profesionales con peor desempeño sin lugar donde esconderse y forzarlos a mejorar o dejar de hacer ciertos procedimientos y operaciones. Podría dar a los “caballeros” de naturaleza competitiva un impulso para mejorar para ser los mejores entre sus pares...”*³

La aportación de la evidencia científica no implica necesariamente que los sistemas no sean útiles para el usuario. No debemos olvidar que el hecho de que no exista una clara evidencia científica a favor no implica que exista en contra. Aquí sabemos que las limitaciones metodológicas en muchos casos son las que impiden encontrar asociaciones significativas. La mejora en su contenido y presentación y el notable incremento del uso de internet para orientarse en el mundo sanitario pueden hacer que en el futuro esta situación cambie, pero sí que parece muy prometedor el papel de estas iniciativas en la mejora de la calidad por el “efecto ranking” que conllevan.

² AHRQ: Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science Series: Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. July 2012.

³ Catherine Foot. Show us your data doctor. King's Fund Blog. 20th June 2013.

7.4. Algunas limitaciones de los observatorios de calidad

Como en todo, también se han señalado algunos potenciales efectos colaterales del *public reporting*. Los críticos del sistema señalan la dificultad de garantizar la excelente calidad de los datos, las

dificultades de comparar resultados sin una buena estandarización por casuística y el riesgo de representar mal, en base a algunos indicadores, la calidad real de los servicios.

7.5. Observatorios de resultados en salud en el mundo

Internacionalmente, la concienciación sobre la transparencia en los sistemas públicos y más concretamente en sanidad, ha promovido un gran número de iniciativas de esta índole.

Algunas de las organizaciones con más prestigio a nivel internacional como la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en Estados Unidos, el Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), el National Health Service (NHS) en Reino Unido o el Canadian Institute for Health Information (CIHI), han desarrollado herramientas que permiten publicar abiertamente los resultados asistenciales y realizar comparativas a nivel de recurso asistencial.

FIGURA 7
EJEMPLOS DE OBSERVATORIOS INTERNACIONALES

| País | Nombre iniciativa | Institución responsable | Año inicio |
|----------------|----------------------------|---------------------------------|------------|
| Estados Unidos | Hospital Compare | CMS | 2005 |
| Reino Unido | Public Health Observatory | NHS | 2001 |
| Reino Unido | Dr Foster | Privada | 2000 |
| Australia | Clinical Indicator Program | ACHS | 1989 |
| Canadá | Hospital Report Series | CIHI / Asoc. Hospitales Ontario | 2001 |
| Francia | Scope Santé | HAS | 1999 |

A continuación, presentamos algunos ejemplos concretos e iniciativas pioneras en el mundo.

7.5.1. Europa

■ Reino Unido

En Reino Unido la publicación de información básica sobre el desempeño de los hospitales comenzó a publicarse a principios de los años 80 de forma aislada, incorporando otros resultados como la tasa de mortalidad en 1992. No obstante, y a pesar de ser una información de acceso público, la publicación de datos tenía un mero propósito de gestión, teniendo un impacto prácticamente imperceptible en los pacientes.

Las primeras iniciativas dirigidas al público general, las llamadas Patient's Charter, se focalizaron en los tiempos de espera de la atención sanitaria en lugar de en calidad asistencial. Fue en 1998 cuando se introdujeron en el Reino Unido iniciativas de carácter nacional, una década después de haberlo hecho en Estados Unidos.

Desde entonces las aproximaciones británicas a la publicación de datos han sido mucho más coordinadas y estratégicas que las desarrolladas en Estados Unidos. En 1998 se introdujo un marco nacional para la valoración del desempeño (Performance Assessment Framework, PAF) con el objetivo de incentivar a los profesionales en base a sus resultados en salud (*pay for performance*). En 2001, el National Health Service (NHS) definió como prioritaria esta iniciativa y se convirtió en la primera publicación de un gobierno en introducir el concepto de *report cards* (hace referencia a boletín de calificaciones). Posteriormente, se desarrollaron un total de 12 observatorios de salud públicos regionales dedicados a transformar los datos recopilados en información útil para los pacientes y proveedores.

Dentro de esta iniciativa se desarrolló el programa y el observatorio Quality of Outcomes Framework. Este programa, de carácter anual y voluntario, pretende incentivar las buenas prácticas clínicas y recompensar a aquellos centros y profesionales que dispongan de indicadores óptimos de calidad. Algunas de las prácticas recompensadas son la gestión de enfermedades crónicas, la gestión de problemas de salud pública (tabaquismo, obesidad, etc.) y la implantación de medidas de salud preventivas.

En el año 2000 se desarrolló en Reino Unido una iniciativa independiente, fundada por dos periodistas del *Sunday Times*, el portal Dr Foster. Esta iniciativa publica en su página web datos de actividad y resultados de los hospitales británicos y vende esta información a los medios. A diferencia de los programas desarrollados por el NHS, el portal Dr Foster incluye información de todos los hospitales de agudos de carácter público y de la mayoría de hospitales de los principales proveedores privados. Su principal contribución al *public reporting* radica en la visibilidad del portal y en la comunicación de los datos, debilidades que aún tienen que afrontar los observatorios de salud desarrollados por los gobiernos.

Aunque Reino Unido fue pionero y sigue liderando la tendencia en Europa, el resto de países no se han quedado atrás y han desarrollado sus propios observatorios de salud. Algunos ejemplos son los siguientes:

■ Suiza

Observatoire Suisse de la Santé. Recoge un total de 63 indicadores de salud y publica anualmente un informe con los resultados de los análisis que realiza el propio observatorio.

■ Francia

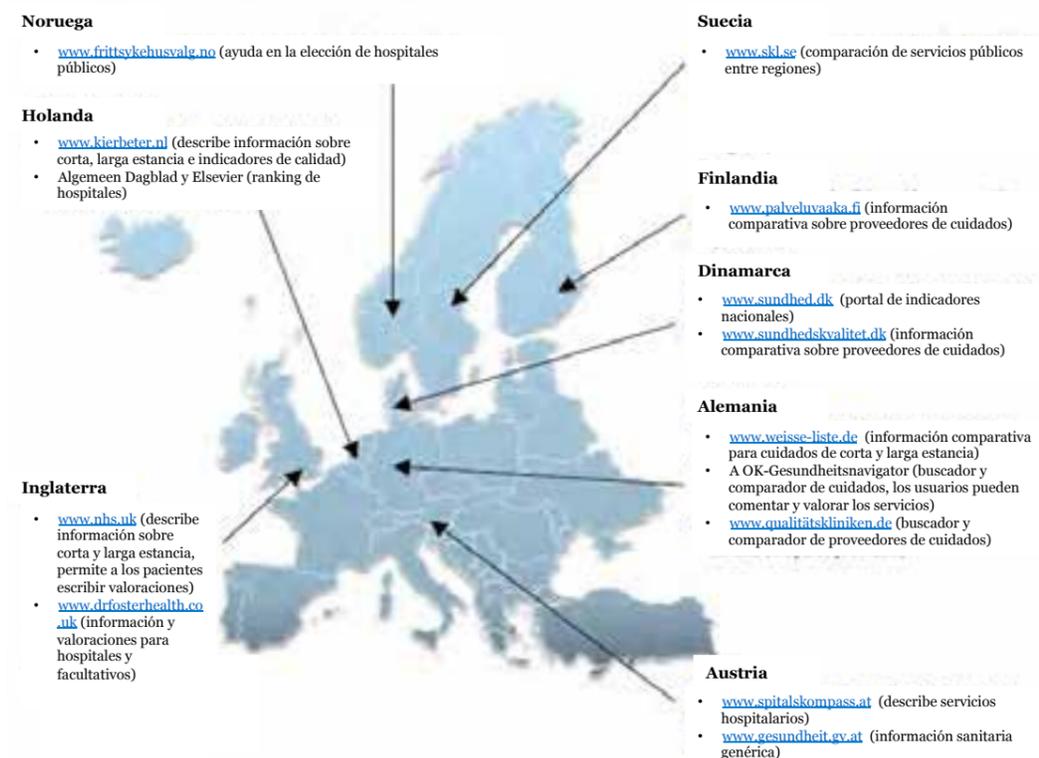
La Alta Autoridad Sanitaria (HAS) es una agencia pública independiente, con carácter científico, encargada de promover recomendaciones y verificar la calidad asistencial en los centros públicos y privados del País. Desde 1999 organiza las certificaciones de calidad en todos los centros de Francia, y desde 2012 publica anualmente los resultados de los indicadores de certificación en el sitio ScopeSanté, para que esté disponible a todos los usuarios de la sanidad francesa, pública y privada.

■ Italia

Osservatorio Nazionale sulla Salute. Impulsado por la Universidad Católica del Sacro Cuore, este observatorio de carácter nacional recopila información de los diferentes sistemas regionales del país. Cuenta con una extensa biblioteca de indicadores agrupados en 30 categorías.

Asimismo, iniciativas similares han sido desarrolladas en Noruega, Suecia, Holanda, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Austria, Bélgica y Portugal. También España ha desarrollado algunas experiencias de interés.

FIGURA 8
PLATAFORMAS ONLINE DE OBSERVATORIOS DE SALUD EN EUROPA



Fuente: European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2014.

7.5.2. Norteamérica y Australia

■ Estados Unidos

Estados Unidos fue pionero indiscutible en el public reporting. La por entonces denominada Health Care Financing Administration (ahora denominada Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), comenzó a publicar las tasas específicas de mortalidad de cada centro hospitalario en 1986.

De forma mucho más reciente, el CMS ha sido responsable del desarrollo del conocido observatorio "Hospital Compare", encargado de medir y publicar datos relacionados con indicadores de calidad como en el infarto agudo de miocardio, fallo cardíaco, neumonía o cirugía general. Este observatorio, puesto en marcha en 2005, se nutre de diversas fuentes de datos, Physician Quality Reporting System (PQRS) y Surgical Care Improvement Project (SCIP) entre ellas. Con la incorporación de nuevas fuentes se ha garantizado la calidad de sus datos y ha generado un crecimiento en el número de iniciativas de *public reporting*. Hospital Compare incluye actualmente todos los hospitales de agudos e iniciativas similares como el Nursing Home Compare, que incluye a más de 16.000 centros sociosanitarios.

El impulso más reciente a este tipo de iniciativas ha sido la aprobación de la Ley de Protección del Paciente y Cuidados Asequibles (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA, también conocida como Obamacare). Esta reforma sanitaria, ratificada en 2012, incluye dentro de sus provisiones fondos para apoyar las iniciativas de *public reporting* y con ello, reducir los crecientes costes sanitarios, crear sistemas sanitarios coherentes de alto rendimiento y mejorar la calidad global de la asistencia sanitaria. Una de las novedades que ha introducido la Affordable Care Act, es la publicación de datos de desempeño por facultativos individuales, en lugar de por centros. Asimismo, se ha impuesto la tendencia de simplificar los datos y presentarlos de una forma más ordenada, facilitando su comprensión.

De forma paralela a los progresos de Medicare, la Agency for Healthcare and Quality Research (AHQR) desarrolló una importante labor recopilando y publicando datos con el fin de mejorar la calidad, seguridad y resultados de la asistencia sanitaria. La AHQR ofrece desde 1994 en su programa Quality Indicators, indicadores agrupados en cuatro módulos: indicadores de prevención (PQIs), indicadores de hospitalización (IQIs), indicadores de seguridad (PSIs) e indicadores pediátricos (PDIs). La AHRQ utiliza para el cálculo de estos indicadores bases de datos clínico-administrativas, empleando la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Debido a las peculiaridades del sistema sanitario estadounidense los datos de acceso público no sólo contienen resultados en salud, sino que también incluyen datos de los procesos asistenciales, de volumen de pacientes, estructurales e información sobre la experiencia de los pacientes. Los datos publicados han de ser siempre estadísticamente válidos, fiables y ser de utilidad para los consumidores, proveedores, compradores, legisladores y para los planes de salud.

La importancia de esta tendencia se manifiesta actualmente por la proliferación de iniciativas, de las que se han contabilizado 208. Únicamente las iniciativas privadas de puntuación por los usuarios de su proceso de atención (*ratings*) incluyen 70 sitios.

A pesar del impulso que han tenido los observatorios oficiales en Estados Unidos durante la última década, los observatorios comerciales son, a día de hoy, los más utilizados.

■ Canadá

Canadá por su parte, desarrolló un programa nacional de indicadores en salud tras la puesta en marcha del Acuerdo en Salud (Communiqué on Health) del año 2000. Según este acuerdo, los gobiernos locales debían comenzar a publicar datos de los programas y servicios sanitarios que ofrecían. Para ello, se acordaron conjuntamente una serie de indicadores comparables en tres áreas fundamentales: estado de salud, resultados en salud y calidad de los servicios. Los indicadores se empezaron a publicar en el año 2002, haciéndolo a partir de entonces de forma bienal.

El Canadian Institute for Health Information (CIHI) colaboró en la iniciativa ayudando a definir los indicadores a incluir en el programa. Esta agencia independiente, fundada en 1994, tuvo desde sus comienzos el objetivo de mejorar la calidad del sistema sanitario canadiense a través de la difusión de información. CIHI dispone a día de hoy de varias bases de datos de diferente temática (actividad y desempeño, personal, gasto sanitario, etc.) y publica anualmente varios informes para concienciar a la población sobre el estado y calidad del sistema sanitario.

De forma paralela, se inicia en el año 2001 la iniciativa Hospital Report Series, de forma conjunta por la Asociación de Hospitales de Ontario y el gobierno de la misma región. Los análisis y la difusión de indicadores son realizadas por el CIHI, con la colaboración del equipo de investigación al que le fue encomendado el proyecto.

El CIHI también desarrolla el Canadian Hospital Reporting Program (CHRP), iniciativa nacional en la que participan más de 600 centros hospitalarios de Canadá. Este proyecto proporciona información sobre indicadores hospitalarios a la población canadiense, a los gestores hospitalarios y a los decisores políticos. En marzo de 2013, este programa incluía 21 indicadores clínicos y 6 financieros que abarcan las dimensiones de efectividad clínica, seguridad del paciente, adecuación de la asistencia, accesibilidad, eficiencia y productividad.

■ Australia

Australia fue pionera en la publicación de datos y report cards, junto con Estados Unidos y Reino Unido. La National Health Performance Authority (NHPA), una agencia independiente del gobierno, es la encargada de monitorizar y publicar los datos de actividad de los hospitales, centros de atención y otros proveedores de cuidados, tanto públicos como privados. Los informes anuales de la NHPA se publican desde 2012, y en 2013 desarrollaron una herramienta web para permitir a los pacientes comparar los indicadores de calidad de un determinado área geográfica con los de otras áreas del país.

Además de esta iniciativa pública existen otras de carácter privado, como la desarrollada por The Australian Council on Health Standards (ACHS). Entre sus programas se encuentra la recopilación, tratamiento, análisis y publicación de indicadores clínicos de calidad de Australia y Nueva Zelanda desde 1989. Este conjunto de datos permite el *benchmark* de centros, tanto a nivel local como nacional.

7.6. Observatorios de salud en España

A pesar de ser una tendencia consolidada en otros países, la publicación sistemática de resultados en salud, calidad y seguridad del paciente es una tendencia poco madura en España. Sin embargo, el número de iniciativas sigue una tendencia en constante crecimiento.

Una de las instituciones pioneras en España en este sentido fue el Servei Català de Salut (CatSalut), mediante el desarrollo de su plataforma Central de Resultats (Central de Resultados). Esta plataforma recoge la información y resultados de los principales proveedores de salud públicos de toda la Comunidad Autónoma de Cataluña. Ello incluye no sólo los hospitales sino también la atención primaria y el amplio sector catalán de centros sociosanitarios. A comienzos del año 2009, el Departamento de Salud inició el proyecto Sistema Integrat d'Informació en Salut (Sistema Integrado de Información en Salud, SIIS) con el objetivo de normalizar, integrar y organizar toda la información disponible en los sistemas de información de salud en un repositorio accesible y seguro, así como distribuir la información de la forma más conveniente para facilitar la toma de decisiones. La central de resultados juega un papel fundamental en este proyecto.

Desde los 80 indicadores que conformaron el primer informe publicado, el observatorio ha ido ampliando y modificando los indicadores de acuerdo a las necesidades detectadas cada año (indicadores monográficos, indicadores de evaluación de cuidados de enfermería, etc.). En la actualidad, la central de resultados ofrece información en las siguientes categorías: datos generales, atención al paciente, adecuación, efectividad, seguridad, eficiencia, sostenibilidad, docencia y por último, tecnologías de la información y comunicación.

Por otro lado, el Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid (SERMAS) puso en marcha en el año 2014 su propio observatorio de resultados en salud, publicando un informe con los resultados de los tres últimos años. El observatorio fue concebido en primera instancia como una herramienta accesible para facilitar a los ciudadanos ejercer su derecho de libre elección sanitaria, permitiendo conocer las actividades desarrolladas y los resultados conseguidos en los centros públicos de la región, tanto de atención primaria como especializada.

La información del Observatorio Madrileño de Salud se segmenta en tres grandes categorías:

- **Estado de salud de la población.** Incluye indicadores demográficos de salud clásicos como la mortalidad y la esperanza de vida. Dispone de información sobre la morbilidad y carga de enfermedad de patologías de alta relevancia como VIH, cáncer, diabetes y asma.
- **Atención Primaria.** Ofrece información de 53 indicadores agrupados en las siguientes categorías: datos generales, efectividad clínica y seguridad del paciente, eficiencia, atención al paciente, docencia e investigación.
- **Hospitales.** El observatorio dispone de información sistematizada relativa a 56 indicadores, agrupados en las mismas categorías que los de Atención Primaria, de los 35 hospitales públicos de la región.

El análisis de los distintos indicadores constituye un primer paso para conocer la actividad asistencial del sistema sanitario madrileño, evaluar la evolución de los resultados en el tiempo, detectar nuevas oportunidades y poner en marcha actuaciones de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria prestada.

Aunque con un planteamiento diferente, es interesante incluir aquí también los Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) publicados anualmente por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El sistema produce un informe anual y, lo que es de mayor interés, contiene herramientas interactivas que permiten al usuario la explotación (anonimizada para los centros) de bases de datos como el CMBD con el cálculo de un amplio volumen de indicadores. Si bien estas herramientas no están dirigidas al conocimiento público sino más bien al uso experto, contienen un importantísimo potencial de un futuro sistema de public reporting.

Pero estas iniciativas no son las únicas que se desarrollan en el ámbito público en nuestro país. Otras comunidades e instituciones han desarrollado sus propios observatorios o programas. Entre ellos destacan:

- Resultados de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Observatorio de Salud en Asturias.

Ya en el ámbito privado, el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación IDIS), edita año tras año el Estudio RESA cuya primera edición vio la luz en 2011, marcando un hito en la sanidad privada en España. Difundido con la única finalidad de poner en evidencia los resultados de la sanidad privada, pretende también convertirse en un vehículo de concienciación sobre la posibilidad de mejorar continuamente los procesos y procedimientos, y por consiguiente, los resultados de salud obtenidos.

7.6.1. Comparación de indicadores de los observatorios nacionales

Tanto los observatorios de Madrid y Cataluña como el de IDIS, presentan gran cantidad de información en forma de indicadores agrupados en varias categorías. Aunque los indicadores y segmentación de éstos difieren entre los observatorios, algunos de ellos son similares o incluso de idénticas características.

Las iniciativas de las Comunidades Autónomas de Madrid y Cataluña, cuentan con sendos apartados de datos generales en los que se recoge información básica como número de ingresos, número de intervenciones quirúrgicas, número de partos, etc. De forma análoga, el observatorio de IDIS recoge datos básicos de los centros privados como dotación, número de altas e intervenciones y número de consultas externas.

Los indicadores de efectividad clínica recogen en los observatorios públicos información sobre la tasa de mortalidad en ictus, infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardíaca, y los reingresos a los 30 días de pacientes afectados con insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El de Cataluña recoge asimismo indicadores sobre trasplantes y, el de Madrid, información sobre la incidencia de infecciones en el sitio quirúrgico y septicemias, recogidos por los otros observatorios en el apartado de seguridad del paciente. El IDIS por su parte, recoge en el presente estudio, datos sobre las tasas de reingreso a los 30 días y la tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta.

En cuanto a la atención al paciente, las comunidades de Madrid y Cataluña incluyen en sus observatorios indicadores del tipo índice de satisfacción de los pacientes, satisfacción con el trato recibido por los profesionales sanitarios, etc. El observatorio del Servicio Madrileño de Salud recoge también indicadores de tiempo medio de espera para intervenciones quirúrgicas y para acceder a atención especializada. El Estudio RESA, a pesar de no contar con indicadores sobre la satisfacción de pacientes y el trato recibido (éstos se incluyen en otro estudio denominado Barómetro de la Sanidad Privada), sí que recoge un amplio abanico de indicadores sobre tiempos de espera en la sanidad privada (accesibilidad de la atención): tiempo medio citación pruebas complementarias, tiempo medio espera quirúrgica, tiempo medio estancia en urgencias, tiempo medio de citación para atención especializada y tiempo medio entre diagnóstico e inicio del tratamiento en procesos oncológicos, entre otros.

Los tres observatorios incluyen en sus apartados de indicadores de eficiencia, información como la estancia media ajustada y el ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias. La Comunidad de Madrid incluye también indicadores sobre el gasto farmacéutico (importe por receta y % medicamentos genéricos), mientras que IDIS recoge la estancia media pre-quirúrgica.

La seguridad del paciente, elemento fundamental de una asistencia sanitaria de calidad se valora por indicadores como las complicaciones desarrolladas, las infecciones post-quirúrgicas y bacteriemias. Cataluña y Madrid recogen este tipo de indicadores, mientras que IDIS por su parte ha desarrollado una amplia batería de indicadores propios incluyendo el número de acreditaciones y certificaciones de calidad de los servicios hospitalarios, políticas y procedimientos de seguridad del paciente implantados y ratio de intervenciones de cirugía segura (*check-list* quirúrgico).

Los observatorios públicos dedican un apartado en exclusiva a la docencia e investigación. Mientras que la central de resultados únicamente recoge dos indicadores sobre las puntuaciones de los tres primeros MIR y residentes de enfermería que entran en el hospital, el observatorio del SERMAS ofrece indicadores sobre la elección MIR, hospitales con acreditación universitaria, número de investigadores, publicaciones indexadas, factor de impacto y estudios clínicos iniciados, entre otros, ofreciendo resultados más completos y globales.

Por último, el observatorio de salud de Cataluña recoge indicadores no incluidos en otras iniciativas, probablemente debido al mayor grado de madurez de la plataforma. En este sentido, el CatSalut ofrece datos sobre la sostenibilidad de sus centros (rentabilidad económica, solvencia, liquidez, productividad ajustada del personal...) y sobre las tecnologías de información y comunicación (número de dispositivos asistenciales móviles, servicios de telediagnóstico, servicios de telemonitorización, digitalización de la historia clínica, etc.). Aunque estos indicadores no han sido incluidos en otros observatorios, la actualización de la asistencia sanitaria y su adaptación a la era de las nuevas tecnologías, harán necesario su inclusión y monitorización como elemento indicativo de calidad asistencial.

7.7. Posicionamiento del Estudio RESA entre los observatorios de calidad de resultados

El Estudio RESA tiene una característica única: se trata de una iniciativa autónoma de un amplio grupo de centros, no impulsada ni desde el sector público ni desde iniciativas privadas externas

Dentro de la necesaria reflexión tras la publicación del Estudio RESA durante cinco años, hemos de prestar especial atención a su posicionamiento y papel en el variado mundo de los Observatorios de Calidad y Resultados que hemos revisado.

Al comparar el proceso seguido, las características y el contenido del Observatorio RESA con las iniciativas nacionales e internacionales, destacan algunos rasgos distintivos que consideramos muy importantes:

- El Informe RESA tiene una característica de origen que no hemos observado en otros observatorios: se trata de una **iniciativa autónoma de un amplio grupo de centros**, no impulsada ni desde el sector público ni desde iniciativas privadas externas. Ello contiene un gran potencial de futuro: implica un compromiso voluntario con la mejora de la calidad asistencial y la transparencia. Tanto la participación de los centros como el impacto de los resultados en la mejora de la calidad, pensamos que se benefician notablemente de la voluntariedad del proyecto y su asunción en el contexto de una estrategia de calidad.
- Un rasgo prácticamente único entre las iniciativas analizadas es el hecho de que se trata de un **grupo de centros privados** que desarrollan voluntariamente el proyecto sin responder a requerimientos de los organismos públicos. Esta es una característica casi única. No podemos asegurar, dada la gran variedad y amplitud de iniciativas existentes, que no exista una iniciativa similar, pero al menos esta circunstancia no la hemos observado entre las que hemos analizado en Europa.

■ El objetivo original del estudio, a diferencia de buena parte de estas iniciativas internacionales, es **la medida de la calidad de los resultados** sin haberse considerado inicialmente como objetivo el facilitar la elección de centro a los usuarios. Precisamente vemos con satisfacción como este objetivo aparece en las revisiones de la evidencia científica como el más prometedor en la consecución de resultados prácticos. Evidentemente, no hay que minusvalorar el potencial que podrían tener nuestros resultados en el aspecto de facilitar la elección de centro, pero con toda seguridad ello requiere un planteamiento muy diferente en cuanto a los contenidos y la presentación de resultados, tal como se identifica en la experiencia internacional. Nuestra propia observación del proceso es que la publicación del Estudio RESA es un importante estímulo a la mejora de la accesibilidad y la calidad entre nuestros hospitales.

- Aunque de carácter más técnico, otra característica diferencial es la inclusión en el estudio no sólo de datos cuantitativos de resultados sino también de **proceso de implantación de iniciativas de calidad** (la implantación de medidas de acreditación y de protocolos de seguridad del paciente). Ello es coherente con el foco del estudio en la calidad asistencial y enriquece los datos de resultados con la presentación de datos de valoración cualitativa del proceso.

■ Por último, también es de destacar el **momento de aparición del proyecto** en España. La primera publicación del Estudio RESA se realizó con los datos de 2011, sólo dos años después del nacimiento de la Central de Resultados catalana y tres antes que el Observatorio madrileño. El Estudio RESA es, por tanto, una de las primeras iniciativas sistemáticas de transparencia sobre los Resultados y la Calidad de un amplio sector sanitario que representa una de cada cinco altas hospitalarias que se realiza en España.

Cuando iniciamos el proyecto RESA lo hicimos convencidos de que la calidad y los resultados del sector privado tienen un alto nivel y que el país y los ciudadanos merecen que éstos sean conocidos para asegurar su confianza en que vivimos en un país en el que la sanidad, tanto pública como privada, merece la confianza que los usuarios depositan en ella.

8 CONCLUSIONES

El Estudio RESA llega a su quinto año plenamente consolidado y es uno de los informes de referencia en cuanto a la transparencia de resultados asistenciales de centros sanitarios a nivel nacional.

El Estudio RESA es una **iniciativa privada de carácter voluntario**, y esto le otorga un carácter especial pues las iniciativas de *public reporting* y transparencia de resultados son habitualmente lideradas por los reguladores, restringidas al sector público y son de obligado cumplimiento.

El objetivo inicial del estudio ha sido siempre **el compromiso con la mejora de la calidad asistencial**, y un año más el Estudio RESA pone de manifiesto dicho compromiso con la publicación anual de los resultados. En este sentido es de destacar no solo los buenos resultados obtenidos, comparables con cualquier sistema sanitario tanto nacional como internacional, sino un elemento todavía más relevante: la observación y medición de estos indicadores de calidad están llevando a una mejora continua en los resultados.

Este estudio es **plenamente representativo del sector privado**, pues en su quinta edición está representado el 62% de las camas de hospitales privados de agudos y casi una de cada 5 altas hospitalarias públicas y privadas del país.

Los resultados obtenidos en la presente edición vuelven a ser muy satisfactorios, quedando refrendados así los alcanzados en ediciones anteriores. Una vez más, por lo tanto, los centros privados pueden mostrar sus excelentes resultados en la gestión de la atención asistencial, la accesibilidad, la calidad y la seguridad del paciente.

A este éxito han contribuido algunos hechos entre los que cabe destacar el continuo incremento de la participación en la gran mayoría de los indicadores del estudio, debido tanto a la incorporación de nuevos centros como al aumento de la participación en más indicadores por parte de los centros ya habituales.

El Estudio RESA 2016 **pone de manifiesto el compromiso de la sanidad privada con el paciente y presenta unos excelentes resultados comparables con cualquier sistema sanitario tanto nacional como internacional**, y aún así, lo más importante de todo es comprobar que la sanidad privada tiene iniciativa, impulso y fervientes deseos de seguir mejorando.

Este compromiso es coherente con el posicionamiento del Estudio RESA entre los Observatorios de Resultados existentes. La revisión realizada muestra cómo especiales valores del Estudio RESA:

- El tratarse de una iniciativa autónoma del sector hospitalario privado, en un entorno en que la mayoría de iniciativas son de carácter público o *parapúblico*.
- El poner el foco en la calidad para mostrar sus resultados y utilizarlo como instrumento de mejora.
- El ser una de las primeras iniciativas de este tipo que se han producido en España lo que coloca al sector privado en la vanguardia de las tendencias actuales.

El análisis adicional realizado este año sobre los observatorios de calidad, refuerza nuestro convencimiento de que hemos trabajado en la dirección que marcan las tendencias internacionales sobre resultados y que este trabajo abre grandes posibilidades de cara al futuro.

Bibliografía

- 1 Leatherman S. Applying Performance Indicators to Health Systems Improvement. School of Public Health, University of North Carolina.
- 2 Chen J. Public Reporting improves healthcare. Bureau of Health Information, 2010.
- 3 Kumpunen S, Trigg L, Rodrigues R. Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. Policy Summary 13, European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, 2014.
- 4 Rechel B, McKee M, Haas M, Marchildon GP, Bousquet F, Blümel M, Geissler A, van Ginneken E, Ashton T, Saunes IS, Anell A, Quentin W, Saltman R, Culler S, Barnes A, Palm W, Nolte E. Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries. *Health Policy* (2010), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.008>.
- 5 National Collaborating Centre for Determinants of Health. Purposeful Reporting to Advance Health Equity. CPHA Pre-Conference Workshop, June 2012.
- 6 Marshall MN, Shekelle PG, Davies HTO, Smith PC. Public Reporting on quality in the United States and the United Kingdom. *Health Affairs*, 2010; 22 (3): 134-48.
- 7 Hibbard J, Sofaer S. Best Practices in Public Reporting. Agency for Healthcare Research and Quality, June 2010.
- 8 American Academy of Orthopedics Surgeons, American Association of Orthopaedic Surgeons. Public Reporting of Provider Performance. Position statement, February 2012.
- 9 Totten AM, Wagner J, Tiwari A, O'Haire C, Griffin J, Walker M. Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Evidence Report No. 208. Agency for Healthcare Research and Quality, July 2012.
- 10 Shaw C. How can hospital performance be measured and monitored? World Health Organization, Copenhagen 2003. Health Evidence Network Report.
- 11 Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public Reporting in Health Care: how do consumers use quality-of-care information? *Medical Care*, 2009; 47 (1).
- 12 Hafner J, Williams SC, Richard GK, Brette A, et al. The perceived impact of public reporting hospital performance data. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(6):697-704.
- 13 AHRQ. July 2012. Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/gapqistp.html>. Consultado en Abril 2016.
- 14 Physician Compare. The Affordable Care Act requires the federal government to post information about physician performance and quality of care on a public website. How is it developing? Health Affairs-Robert Wood Johnson Foundation. Health Policy Brief. October 29, 2015.

9 ANEXOS



9.1. Proceso de selección y definición de indicadores

El Comité de Expertos del Estudio RESA 2016, nombrado por la Fundación IDIS, ha sido el encargado de determinar el alcance del informe del presente año.

Este comité consideró oportuno no continuar incrementando la base de indicadores del Estudio RESA bajo el argumento de que ya son un reflejo claro de los resultados y calidad asistencial que se presta en los hospitales privados en España.

Sin embargo, a iniciativa de un grupo de centros de hemodiálisis, sí que se ha realizado una experiencia piloto con indicadores de hemodiálisis que se incluyen en el Estudio.

Los puntos del documento que se incluyen a continuación forman parte del manual de recogida de datos entregado a los participantes:

9.2. Fichas de los indicadores

Las siguientes fichas detallan la definición, fórmula y términos de cada uno de los indicadores del Estudio RESA 2016:

| | |
|--|---|
| Código: 1 | Nombre: Estancia media ajustada por casuística |
| Definición: Número de estancias en días de los pacientes atendidos en el hospital ajustada para cada GRD sobre el número de altas por GRD. | |
| Fórmula: $((A1 * P1) + \dots + (An * Pn)) / ((B1 * P1) + \dots + (Bn * Pn))$ | |
| Numerador (A y P): A1... An: Número total de días de estancia hospitalaria causados por pacientes clasificados en GRD 1...GRD n, excluidos outsiders. P1... Pn: Proporción de casos del GRD 1...GRD n en el conjunto de centros estudiados (Norma). | Denominador (B y P): B: Número total de pacientes dados de alta en el hospital del GRD 1...GRD n, excluidos outsiders. P1... Pn: Proporción de casos del GRD 1...GRD n en el conjunto de centros estudiados (Norma). |
| Código: 2 | Nombre: Estancia media pre-quirúrgica |
| Definición: Número de estancias producidas desde la fecha de ingreso en el hospital hasta el día de la intervención quirúrgica en la totalidad de pacientes sometidos a intervenciones programadas. | |
| Fórmula: A/B | |
| Numerador (A): Sumatorio de la diferencia entre la fecha de intervención y la fecha de ingreso. | Denominador (B): Número total de altas hospitalarias con intervención quirúrgica. |
| Código: 3 | Nombre: Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias |
| Definición: Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias (CMA) sobre el número total de intervenciones quirúrgicas (hospitalarias + ambulatorias). | |
| Fórmula: $(A/B) * 100$ | |
| Numerador (A): Número total de intervenciones quirúrgicas sin ingreso hospitalario. | Denominador (B): Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas en el centro hospitalario. |

| | |
|---|--|
| Código: 4 (4.1, 4.2, 4.3) | Nombre: Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias |
| Definición: Promedio de días que los pacientes deben esperar desde la solicitud de una cita para realizar una prueba técnica complementaria (Mamografía general, Resonancia Magnética osteomuscular y TAC craneal) hasta la fecha de su realización (citación). | |
| Fórmula: $\sum (A-B)/C$ | |
| Numerador (A y B): A: Fecha de citación del paciente. B: Fecha de solicitud de la prueba complementaria. | Denominador (C): Número de pacientes que han sido citados a una prueba complementaria. |

| | |
|---|--|
| Código: 5 (5.1, 5.2, 5.3) | Nombre: Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias |
| Definición: Promedio de días de espera de los pacientes para la entrega del informe adjunto a las pruebas técnicas complementarias, tomando como fecha inicial el día de realización de la prueba y como fecha final la disponibilidad del informe por el facultativo. Las pruebas a considerar son: mamografía, resonancia magnética osteomuscular y extremidades y TAC. | |
| Fórmula: $\sum (A-B)/C$ | |
| Numerador (A y B): A: Fecha en la que el facultativo dispone del informe de la prueba complementaria. B: Fecha en la que el paciente se realiza la prueba técnica. | Denominador (C): Número de pacientes a los que se les ha realizado una prueba complementaria objetivo. |

| | |
|--|--|
| Código: 6 (6.1, 6.2, 6.3, 6.4) | Nombre: Tiempo medio de espera en la citación para consultas de especialistas (Oftalmología, Dermatología, Traumatología, y Ginecología y Obstetricia) |
| Definición: Promedio de días que los pacientes deben esperar desde la fecha de solicitud de una cita para primera consulta con un especialista (Oftalmología, Dermatología, Traumatología, y Ginecología y Obstetricia) hasta la fecha de su realización (citación). | |
| Fórmula: $\sum (A-B)/C$ | |
| Numerador (A y B): A: Fecha de citación del paciente. B: Fecha de solicitud de consulta especialista. | Denominador (C): Número total de pacientes citados para la realización de una primera consulta con facultativo especialista. |

| | |
|--|--|
| Código: 7 | Nombre: Tiempo medio de asistencia en triage en urgencias |
| Definición: Tiempo medio de espera transcurrido desde el registro de entrada en urgencias hasta el triage en urgencias. | |
| Fórmula: $\sum (A-B) / C$ | |
| Numerador (A y B): A: Fecha y hora del triage en urgencias médica. B: Fecha y hora de registro a la entrada en urgencias. | Denominador (C): Número de pacientes registrados en urgencias. |

| | |
|--|---|
| Código: 8 | Nombre: Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias |
| Definición: Tiempo medio de espera transcurrido desde el triage en urgencias hasta la atención médica. | |
| Fórmula: $\sum (A-B) / C$ | |
| Numerador (A y B): A: Fecha y hora de la atención médica. B: Fecha y hora del triage en urgencias. | Denominador (C): Número de pacientes registrados en urgencias. |

| | |
|---|---|
| Código: 9 | Nombre: Espera media quirúrgica |
| Definición: Número total de días entre la fecha de citación en la consulta pre-anestésica y la fecha de la cirugía (En una determinada fecha de corte incluyendo intervenciones realizadas e intervenciones pendientes de ser atendidas). | |
| Fórmula: $\sum [(A-B)+(C-A)] / D$ | |
| Numerador (A, B y C): A: Fecha de citación en consulta preanestésica. B: Fecha de solicitud de consulta preanestésica. C: Fecha de realización de la intervención quirúrgica. | Denominador (D): Número total de pacientes con fecha de realización de intervención quirúrgica y estudio preanestésico. |

| | |
|--|---|
| Código: 10 | Nombre: Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento en cáncer de mama |
| Definición: Promedio de número de días transcurridos entre el diagnóstico firme de cáncer de mama y el inicio del tratamiento oncológico. Quedan excluidas las pacientes que no se han realizado el diagnóstico en el hospital, las que no han iniciado el tratamiento y las altas voluntarias y/o derivaciones a otros centros. | |
| Fórmula: $\sum (A-B) / C$ | |
| Numerador (A y B): A: Fecha de citación para el inicio del tratamiento oncológico del cáncer de mama (puede ajustarse con la fecha de cierre del informe diagnóstico para pacientes que se encuentren pendientes del inicio del tratamiento). B: Fecha del informe diagnóstico del cáncer de mama. | Denominador (C): Total de pacientes con informe diagnóstico de cáncer de mama. |
| Ajustes: Se excluyen las pacientes a las que no se les ha realizado el diagnóstico en el centro hospitalario. Se excluyen las pacientes que no inician el tratamiento en el centro hospitalario. Se excluyen las altas voluntarias y las derivaciones a otros centros hospitalarios. | |

| | |
|---|--|
| Código: 11 | Nombre: Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento en cáncer de colon |
| Definición: Promedio de número de días transcurridos entre el diagnóstico firme de cáncer de colon y el inicio del tratamiento oncológico. Quedan excluidos los pacientes que no se han realizado el diagnóstico en el hospital, los que no han iniciado el tratamiento y las altas voluntarias y/o derivaciones a otros centros. | |
| Fórmula: $\sum (A-B) / C$ | |
| Numerador (A y B): A: Fecha de citación para el inicio del tratamiento oncológico del cáncer de colon (puede ajustarse con la fecha de cierre del informe diagnóstico para pacientes que se encuentren pendientes del inicio del tratamiento). B: Fecha del informe diagnóstico del cáncer de colon. | Denominador (C): Total de pacientes con informe diagnóstico de cáncer de colon. |
| Ajustes: Se excluyen los pacientes a los que no se les ha realizado el diagnóstico en el centro hospitalario. Se excluyen los pacientes que no inician el tratamiento en el centro hospitalario. Se excluyen las altas voluntarias y las derivaciones a otros centros hospitalarios. | |

| | |
|--|---|
| Código: 12 | Nombre: Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento en cáncer de pulmón |
| Definición: Promedio de número de días transcurridos entre el diagnóstico firme de cáncer de pulmón y el inicio del tratamiento oncológico. Quedan excluidos los pacientes que no se han realizado el diagnóstico en el hospital, los que no han iniciado el tratamiento y las altas voluntarias y/o derivaciones a otros centros. | |
| Fórmula: $\sum (A-B) / C$ | |
| Numerador (A y B): A: Fecha de citación para el inicio del tratamiento oncológico del cáncer de pulmón (puede ajustarse con la fecha de cierre del informe diagnóstico para pacientes que se encuentren pendientes del inicio del tratamiento). B: Fecha del informe diagnóstico del cáncer de pulmón. | Denominador (C): Total de pacientes con informe diagnóstico de cáncer de pulmón. |
| Ajustes: Se excluyen los pacientes a los que no se les ha realizado el diagnóstico en el centro hospitalario. Se excluyen los pacientes que no inician el tratamiento en el centro hospitalario. Se excluyen las altas voluntarias y las derivaciones a otros centros hospitalarios. | |

| | |
|--|--|
| Código: 13 | Nombre: Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico |
| Definición: Porcentaje de pacientes que retornan al servicio de urgencias del hospital en menos de las 72 horas posteriores a su primer registro en urgencias. | |
| Fórmula: $(A/B)*100$ | |
| Numerador (A): Número total de pacientes dados de alta en urgencias que vuelven a ser atendidos en urgencias en menos de 72 horas (se calcula mediante las horas de registro de entrada en urgencias). | Denominador (B): Número total de pacientes dados de alta en urgencias en el período estudiado hasta 72 horas antes del día y hora de cierre del período estudiado. |

| | |
|--|--|
| Código: 14 | Nombre: Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta |
| Definición: Porcentaje de reingresos, tras un alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un periodo de 30 días tras el episodio inicial (el reingreso debe ser causado por la patología de su ingreso inicial o patología relacionada). | |
| Fórmula: $(A/B)*100$ | |
| Numerador (A): Número total de pacientes dados de alta (casos índice) que reingresan en el hospital por la misma causa o una causa potencialmente relacionada con la patología inicial dentro de los 30 días posteriores al alta. | Denominador (B): Número total de pacientes ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria". |

| | |
|--|--|
| Código: 15 | Nombre: Complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de catarata |
| Definición: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de catarata no complicada, que tuvo una cirugía de cataratas y debe ser intervenido nuevamente de catarata por la aparición de una complicación mayor en los 3 días posteriores a la cirugía. | |
| Fórmula: $(A/B)*100$ | |
| Numerador (A): Número total de pacientes reintervenidos quirúrgicamente de cataratas por: • Conservar fragmentos nucleares • Endoftalmitis • Dislocada o lente intraocular de energía incorrecta • Desprendimiento de retina • Dehiscencia de la herida | Denominador (B): Número total de intervenciones de cirugía de catarata realizadas en el centro hospitalario. |

| | |
|---|---|
| Código: 16 | Nombre: Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios |
| Definición: Número de unidades y/o servicios que han obtenido reconocimiento externo de calidad (certificación, acreditación...) en las principales áreas de funcionamiento del hospital (indicador autodeclarativo). | |
| Fórmula: $\sum A / B$ | |
| Numerador (A): Número de centros hospitalarios que han obtenido, en el período estudiado, un certificado y/o acreditación de calidad ISO, EFQM o Joint Commission por servicio hospitalario: a) Hospitalización; b) Hospital de Día; c) Consultas Externas y servicios ambulatorios; d) Bloque quirúrgico y obstétrico; e) Urgencias, f) Servicios Centrales diagnósticos y terapéuticos y g) Gestión del Paciente (Admisiones, Atención al Paciente, documentación clínica). | Denominador (B): Número de centros hospitalarios que han participado en el estudio. |

| | |
|---|--|
| Código: 17 (17.1, 17.2, 17.3, 17.4, 17.5) | Nombre: Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente |
| Definición: Número de políticas y procedimientos de seguridad de pacientes implantados en el hospital en las áreas prioritarias: 1) higiene de manos; 2) protocolo de evaluación de úlceras por presión; 3) protocolos de identificación de problemas relacionados con la medicación; 4) sistemas de notificación anónima de eventos adversos y 5) <i>Check-list</i> quirúrgico. Indicador autodeclarativo. | |
| Fórmula: $\sum A / B$ | |
| Numerador (A): Número de políticas y procedimientos de seguridad del paciente implantados en el hospital que cumplen los criterios definidos. | Denominador (B): Número de centros hospitalarios que participan en el estudio. |

| | |
|---|--|
| Código: 18 | Nombre: Ratio de intervenciones de cirugía segura (<i>check list</i> quirúrgico) |
| Definición: Porcentaje de intervenciones quirúrgicas con anestesia general con hoja de verificación (<i>check-list</i>) de seguridad completada respecto al total de intervenciones quirúrgicas practicadas en el hospital. | |
| Fórmula: $(A/B)*100$ | |
| Numerador (A): Número de intervenciones quirúrgicas con anestesia general con constancia en la documentación clínica de una hoja estandarizada de verificación (<i>check-list</i>) de seguridad quirúrgica, que cumpla los criterios de cirugía segura, completada y firmada. | Denominador (B): Número total de intervenciones quirúrgicas con anestesia general practicadas en el hospital durante el período establecido. |

| | |
|--|---|
| Código: 19 | Nombre: Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo |
| Definición: Porcentaje de pacientes no fallecidos en las 48 horas posteriores al ingreso por Infarto Agudo de Miocardio respecto al total de ingresos por este mismo diagnóstico. | |
| Fórmula: $(A/B)*100$ | |
| Numerador (A): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal el de Síndrome Coronario Agudo (CIE: 410.xx y 411.xx), y que no tengan como motivo de alta "defunción/éxito" en el período estudiado dentro de las 48 horas posteriores al ingreso. | Denominador (B): Número de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Síndrome Coronario Agudo (CIE: 410.xx y 411.xx.). |
| Ajustes: Se excluyen las altas por traslado del paciente a otro hospital. | |

| | |
|--|--|
| Código: 20 | Nombre: Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso |
| Definición: Número de intervenciones realizadas dentro de las 48 horas después del ingreso urgente sobre el total de cirugías de prótesis de cadera realizadas durante el periodo de estudio. | |
| Fórmula: (A/B)*100 | |
| Numerador (A): Número total de intervenciones de prótesis de cadera realizadas dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario urgente del paciente realizadas durante el periodo de estudio. | Denominador (B): Número total de intervenciones de prótesis de cadera realizadas durante el periodo de estudio a pacientes con ingreso hospitalario urgente. |

| | |
|--|--|
| Código: 21 | Nombre: Ratio de colonoscopias realizadas con sedación profunda |
| Definición: Porcentaje de colonoscopias realizadas con sedación profunda sobre el total de colonoscopias realizadas en el centro hospitalario. | |
| Fórmula: (A/B)*100 | |
| Numerador (A): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una colonoscopia con sedación profunda. | Denominador (B): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una colonoscopia en el centro hospitalario. |

| | |
|--|--|
| Código: 22 | Nombre: Ratio de gastroscopias realizadas con sedación profunda |
| Definición: Porcentaje de gastroscopias realizadas con sedación profunda sobre el total de gastroscopias realizadas en el centro hospitalario. | |
| Fórmula: (A/B)*100 | |
| Numerador (A): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una gastroscopia con sedación profunda. | Denominador (B): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una gastroscopia en el centro hospitalario. |

| | |
|---|---|
| Código: 23 | Nombre: Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días |
| Definición: Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) que han sido ingresados en el mismo centro en el que se le realizó la CMA por complicaciones relativas a la intervención. | |
| Fórmula: (A/B)*100 | |
| Numerador (A): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una CMA y han sido ingresados por una complicación relativa a la intervención antes de 30 días. | Denominador (B): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una CMA tanto en centro hospitalario como ambulatorio. |

| | |
|---|--|
| Código: 24 | Nombre: Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis |
| Definición: La tasa bruta de mortalidad es el número de muertes que se producen al año en pacientes con indicación de hemodiálisis entre la prevalencia de hemodiálisis en ese mismo año. | |
| Fórmula: (A/B)*100 | |
| Numerador (A): Número de muertes de pacientes de hemodiálisis al año. | Denominador (B): Prevalencia hemodiálisis en el año. |

| | |
|--|---|
| Código: 25 | Nombre: Porcentaje de pacientes con KT/V objetivo |
| Definición: El porcentaje de pacientes con KT/V objetivo es el número de pacientes con spkt/v medio en el periodo superior a 1,3 entre el número de pacientes prevalentes de hemodiálisis en el mismo periodo. | |
| Fórmula: (A/B)*100 | |
| Numerador (A): Número de pacientes de denominador bimestral con spkt/v medio en el periodo >1,3. | Denominador (B): Número de pacientes prevalentes del periodo que lleven en hemodiálisis 3 meses y que se dializan 3 veces por semana. |

| | |
|---|---|
| Código: 26 | Nombre: Porcentaje de pacientes con Albumina >3,5 g/dl |
| Definición: El porcentaje de pacientes con Albumina >3,5 g/dl es la razón del número de pacientes con cifra media de albúmina sérica en el periodo de estudio superior a 3,5 g/dl y el número de pacientes de hemodiálisis prevalentes en el mismo periodo. | |
| Fórmula: (A/B)*100 | |
| Numerador (A): Número de pacientes del denominador con cifra media de albúmina sérica en el periodo de estudio > 3,5 g/dl. | Denominador (B): Número de pacientes de hemodiálisis prevalentes en el mismo periodo. |

| | |
|--|---|
| Código: 27 | Nombre: Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga |
| Definición: El porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga equivale al número de pacientes con FAV autóloga del total de pacientes prevalentes a final del año. | |
| Fórmula: (A/B)*100 | |
| Numerador (A): Número de pacientes prevalentes con FAV autóloga. | Denominador (B): Número de pacientes de hemodiálisis prevalentes en el mismo periodo. |

9.3. Especificaciones metodológicas

La información a suministrar se facilitó en el formato Excel modelo Cuestionario IDIS RESA 2016.

CMBD

Dentro del fichero Excel se solicitó la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos del último año (2015). Ésta podía ser enviada tanto dentro del mismo fichero Excel o en formato Access, asegurándose que se cumplimentaban todos los campos solicitados.

Adicionalmente se debía hacer constar el sistema de clasificación en GRD utilizados para el CMBD.

En todos los casos y para evitar confusiones en la gestión de datos agregados se hizo constar el código identificativo del hospital. Este código podía ser el código oficial de registro de hospitales o cualquier código identificativo que se nos debió comunicar.

Cumplimentación del ítem de identificación de los usuarios en el CMBD y los pacientes en indicadores que lo requieran.

Los datos personales del paciente no debían figurar en las bases de datos que se utilizaron en el estudio.

En los indicadores en que era necesario suministrar una identificación individual del paciente que permitiese cruzar datos para obtener, por ejemplo, las tasas de reingreso, este número, se utilizó cualquier número que garantizara el anonimato del paciente (por ejemplo, un centro podía suministrar un número aleatorio de identificación personal que sólo pudiese relacionarlo el responsable del centro con la historia clínica o identificación personal del paciente).

Estos números de identificación personal fueron codificados por los responsables del estudio de forma que no quedó en la base de datos ningún identificador que permitiera trazar los datos de un paciente a su historia clínica o identificación personal. La correspondencia entre los códigos asignados por el estudio y los códigos asignados inicialmente por el centro fue devuelta al centro y no quedó en poder de los responsables del estudio ninguna copia de la misma.

9.3.1. Estancia media ajustada por casuística

La estancia media ajustada por casuística se calculó a partir de los datos requeridos en la explotación del CMBD.

9.3.2. Estancia media pre-quirúrgica

La estancia media pre-quirúrgica se calculó a partir de los datos requeridos en la explotación del CMBD de actividad quirúrgica.

9.3.3. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias

En la muestra de casos con la que se realizó el cálculo del ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias (CMA), se han tenido en cuenta las cirugías en las que dentro de la base de datos CMBD de actividad quirúrgica en la que la fecha de ingreso era igual a la fecha de alta.

No se han tenido en cuenta los pacientes cuyo registro de alta refleje que han sido derivados a otro centro hospitalario.

Fuente: CMBD de actividad quirúrgica de los Sistema de Información (HIS) del hospital o similar.

9.3.4. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

Se incluyeron las siguientes pruebas realizadas en 2015:

- Mamografía.
- Tomografía Axial Computerizada (TAC).
- Resonancia Nuclear Magnética (RNM) osteomusculares.

Para cada una de las pruebas se suministraron los siguientes datos:

- Prueba (de las tres indicadas).
- Fecha en formato dd/mm/aaaa de solicitud de la prueba, sea ésta realizada por el profesional o por el paciente.
- Fecha fijada para la realización de la prueba en formato dd/mm/aaaa.

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS) o sistemas departamentales de las pruebas.

9.3.5. Tiempo medio de espera de entrega de informe de pruebas complementarias

Incluyó únicamente las siguientes pruebas realizadas en 2015:

- Mamografía.
- Tomografía Axial Computerizada (TAC).
- Resonancia Nuclear Magnética (RNM) osteomuscular.

Se diferenció si se trataba de pacientes hospitalizados o ambulatorios (incluyendo los pacientes del servicio de urgencias en este concepto).

Se suministraron para cada tipo de prueba los siguientes datos:

- Prueba (de las tres indicadas).
- Fecha de realización de la prueba. Se hizo constar la fecha en el formato dd/mm/aaaa y la hora en el formato hh:mm.
- Fecha final de disponibilidad de la prueba. Se hizo constar en el mismo formato la fecha en que el facultativo puede disponer del informe en formato electrónico o mediante entrega manual o la fecha en que la prueba está disponible para que la pueda recoger el paciente, independientemente de cuándo éste la recoja efectivamente.

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS) o sistemas departamentales de las pruebas.

9.3.6. Tiempo medio de espera de citación primera consulta especialista

Se incluyeron las siguientes consultas de especialista realizadas en 2015:

- Oftalmología
- Dermatología
- Traumatología
- Ginecología y Obstetricia

Se incluyeron todas aquellas primeras consultas con fecha fijada (independientemente de que la consulta se haya realizado o no) dentro del año 2015 en

las que se da cita al paciente en el primer hueco disponible en la agenda u otra fecha próxima a conveniencia del paciente.

Para cada una de las primeras consultas se suministraron los siguientes datos:

- Fecha en formato dd/mm/aaaa de solicitud de la primera consulta.
- Fecha fijada para la realización de la consulta en formato dd/mm/aaaa.

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

9.3.7. Tiempo medio de asistencia en *triage* en urgencias

Se incluyó en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2015.

servicio de urgencias si ésta es el registro existente). Se excluyó el centro si la admisión en urgencias no es registrada a la llegada.

Se suministró la siguiente información:

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de registro en admisión de urgencias (o fecha y hora de llegada al

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm del registro de inicio de la atención de *triage* por personal de enfermería o facultativo.

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

9.3.8. Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias

Se incluyó en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2015.

enfermería o facultativo en urgencias. Se excluyó el centro si el *triage* en urgencias no es registrado.

Se suministró la siguiente información:

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de registro de inicio de la atención de *triage* por el personal de

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de registro de inicio de la atención por el primer facultativo médico que visita al paciente.

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

9.3.9. Espera media quirúrgica

Incluyó todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma programada con anestesia general (incluyendo con y sin ingreso del paciente).

Se remitió la siguiente información:

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de la solicitud de consulta de anestesia previa a la intervención.

Se incluyeron los pacientes cuya programación quirúrgica fue realizada dentro del año, incluyendo los casos cancelados con posterioridad por cualquier motivo.

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de programación de la intervención.
- Número total de pacientes con fecha programada de intervención quirúrgica con anestesia general y consulta realizada de anestesia previa a la intervención.

9.3.10. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama

Incluyó todos los pacientes que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) habían sido realizados en el hospital en el período de estudio. Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio fue el 31 de enero del año siguiente (año 2015 hasta el 31 de enero de 2016).

Se suministró la información siguiente:

- Fecha de confirmación del diagnóstico en formato dd/mm/aaaa.
- Fecha de inicio del primer tratamiento quirúrgico o médico en formato dd/mm/aaaa.

Se excluyeron los pacientes que no habían realizado tanto el diagnóstico como el inicio del primer tratamiento en el centro, pacientes derivados a otros centros y altas voluntarias.

Fuente: Historia electrónica, HIS, o sistemas departamentales de los servicios.

9.3.11. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de colon

Incluyó todos los pacientes que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) habían sido realizados en el hospital en el período de estudio. Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio fue el 31 de enero del año siguiente (año 2015 hasta el 31 de enero de 2016).

Se suministró la información siguiente:

- Fecha de confirmación del diagnóstico en formato dd/mm/aaaa.
- Fecha de inicio del primer tratamiento quirúrgico o médico en formato dd/mm/aaaa.

Se excluyeron los pacientes que no habían realizado tanto el diagnóstico como el inicio del primer tratamiento en el centro, pacientes derivados a otros centros y altas voluntarias.

Fuente: Historia electrónica, HIS, o sistemas departamentales de los servicios.

9.3.12. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de pulmón

Incluyó todos los pacientes que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) habían sido realizados en el hospital en el período de estudio. Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio fue el 31 de enero del año siguiente (año 2015 hasta el 31 de enero de 2016).

Se suministró la información siguiente:

- Fecha de confirmación del diagnóstico en formato dd/mm/aaaa.
- Fecha de inicio del primer tratamiento quirúrgico o médico en formato dd/mm/aaaa.

Se excluyeron los pacientes que no habían realizado tanto el diagnóstico como el inicio del primer tratamiento en el centro, pacientes derivados a otros centros y altas voluntarias.

Fuente: Historia electrónica, HIS, o sistemas departamentales de los servicios.

9.3.13. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico

Se solicitó el último año (2015) en el formato Excel que se adjuntó. Incluyó dos explotaciones:

1 Pacientes con 2 o más visitas en 72 horas. Conteníá todos los pacientes que realizaron más de una visita al servicio de urgencias dentro del plazo de 72 horas transcurridas entre la hora de admisión para la primera visita y la hora de admisión para la segunda visita.

■ El ítem de diagnóstico principal fue opcional si constaba en los sistemas de información del centro.

2 Adicionalmente, se solicitó una descripción del número total de visitas al servicio de urgencias por pacientes segmentado por grupos de edad y sexo para poder obtener ratios de reiteración de visitas.

Fuente: Sistema de Información (HIS) del hospital o similar.

9.3.14. Tasa de reingreso en hospitalización a 30 días del alta

La tasa de reingreso a los 30 días se calculó a partir de los datos requeridos en la explotación del CMBD.

9.3.15. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas

El ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas que requieren procedimientos quirúrgicos adicionales se calculó a partir de los datos requeridos en la explotación del CMBD.

Se consideraran pacientes que presentan complicaciones dentro de los 3 días posteriores a la cirugía de catarata:

- Conservar fragmentos nucleares
- Endoftalmitis
- Dislocada o lente intraocular de energía incorrecta
- Desprendimiento de retina
- Dehiscencia de la herida

9.3.16. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

Se incluyó exclusivamente las certificaciones otorgadas por los principales organismos internacionales y/o de reconocida solvencia.

Podían incluirse las acreditaciones que se realizan con carácter plurianual obtenidas con anterioridad al periodo solicitado y que se mantenían en vigor durante el mismo.

No incluía: menciones, premios y similares de organismos no profesionales.

Dado que la casuística puede ser muy amplia, se recomendó consultar las dudas.

Se recibió copia en formato electrónico de los documentos acreditativos incluidos en el estudio.

9.3.17. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente

Recogió la existencia de determinadas políticas y procedimientos de seguridad del paciente. Las políticas incluidas fueron:

- a)** Protocolo de higiene de manos. Implica al menos la realización de un plan de formación sistemático de al menos el personal sanitario, la revisión y dotación de puntos de lavado de manos con solución hidroalcohólica, la existencia de una práctica de supervisión de la realización del lavado de manos y la realización de varias actividades de comunicación. Debe existir documentación formalizada que contenga el plan de higiene de manos (se adjuntaba copia en formato electrónico).
- b)** Protocolo de evaluación de úlceras por presión al ingreso. Implica la existencia de un protocolo formal aprobado por los órganos de gobierno (se adjuntaba copia en formato electrónico), la definición de los criterios de riesgo de UPP en los pacientes, la realización en los pacientes en riesgo de una evaluación preventiva de úlceras con al menos la identificación de pacientes de riesgo y la aplicación de una clasificación estandarizada para todo el centro, y la realización del cálculo con una periodicidad al menos trimestral de un indicador de UPP cuya información se suministre sistemáticamente a la dirección.
- c)** Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación. Implica la intervención de un profesional diferente del profesional asistencial habitual en la atención al paciente para la identificación de la medicación prescrita al paciente en el hospital al alta, la medicación que éste tiene prescrita o utiliza previamente al ingreso y la realización de al menos un análisis de duplicidades e incompatibilidades. El protocolo debe estar escrito (se remitía copia en formato electrónico).

d) Sistema de notificación anónima de eventos adversos. Implica la existencia de un sistema mecanizado de notificación de la aparición de eventos adversos en los pacientes atendidos, que respete el anonimato del notificante, la realización de un análisis del evento adverso (diagrama de Ishikawa, causa-raíz, u otros instrumentos de análisis de causas) y la difusión de las conclusiones a la unidad/es afectada/s. Se acompañaba en formato electrónico la información del funcionamiento del sistema utilizado para que éste sea conocido por el personal.

e) Protocolo de cirugía segura (Check-list). Implica, como se comentaba en el apartado anterior, la existencia de un protocolo, formalmente aprobado por los órganos de gobierno del hospital y de cumplimiento obligatorio en bloque quirúrgico, que incluya la realización de un chequeo de las principales variables de riesgo para el paciente (se adjuntaba copia en formato electrónico).

Para ser considerada como tal, una política o procedimiento de seguridad debía:

- Estar recogida y detallada en un documento formal (enviar copia en formato electrónico).
- Haber sido aprobada formalmente por los órganos de dirección del centro (considerando como tales las direcciones asistenciales y similares).
- Haber sido implantada con carácter generalizado en las áreas o servicios seleccionados (no necesariamente en todos los servicios o áreas del hospital). En el caso de las comisiones, mantener al menos una reunión semestral.
- Haberse realizado actividades de formación del personal.
- Haberse realizado al menos una evaluación, control o seguimiento del mismo.

9.3.18. Ratio de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico)

Implica la existencia de un protocolo, formalmente aprobado por los órganos de gobiernos del hospital y de cumplimiento obligatorio en el bloque quirúrgico (cirugías programadas con anestesia general con o sin ingreso del paciente), que incluya la realización de un chequeo de las principales variables de riesgo del paciente.

3 Al menos se haya cumplimentado alguno de los ítems de los que consta la herramienta y que el centro tenga constancia escrita de su cumplimentación (el indicador este año no entrará en la calidad de cumplimentación, sino sólo en la realización).

La información que se solicitó:

- Numerador: Número total de intervenciones quirúrgicas programadas con anestesia general realizadas en el mes seleccionado (con o sin ingreso del paciente) en que consta la realización de un check-list protocolizado por el hospital.
- Denominador: Número total de intervenciones quirúrgicas programadas con anestesia general realizadas en el periodo muestral (con o sin ingreso del paciente).

La muestra que recogieron los centros fue un corte mensual posterior al 31 de agosto de 2015, libremente escogido por el hospital en el que se reflejen días consecutivos.

Se consideró que la cumplimentación del check-list era válida siempre que:

- 1** En la documentación clínica del paciente exista una hoja de verificación de acuerdo con el programa aprobado en el centro.
- 2** Esta hoja esté firmada por el/los responsables.

9.3.19. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo

La tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo se calculó a partir de los datos requeridos en la explotación del CMBD.

9.3.20. Ratio de cirugías de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso

El ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario se calculó a partir de los datos requeridos en la explotación del CMBD.

9.3.21. Ratio de colonoscopias realizadas con sedación profunda

Se solicitaron las colonoscopias realizadas a pacientes con sedación profunda de un mes del año 2015. El mes de muestra podía ser seleccionado por el centro sanitario, teniendo en cuenta que debía alcanzar un número mínimo de 30 colonoscopias (n mínima = 30).

En los casos en los que el mes seleccionado no alcanzó el número mínimo, la muestra se realizó añadiendo al mes elegido los días siguientes y consecutivos al mes seleccionado hasta alcanzarlo.

Fuente: Sistema de Información (HIS) del hospital o similar.

9.3.22. Ratio de gastroscopias realizadas con sedación profunda

Se solicitaron las gastroscopias realizadas a pacientes con sedación profunda de un mes del año 2015. El mes de muestra podía ser seleccionado por el centro sanitario, teniendo en cuenta que debía alcanzar un número mínimo de 30 gastroscopias (n mínima = 30).

En los casos en los que el mes seleccionado no alcanzó el número mínimo, la muestra se realizó añadiendo al mes elegido los días siguientes y consecutivos al mes seleccionado hasta alcanzarlo.

Fuente: Sistema de Información (HIS) del hospital o similar.

9.3.23. Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días

Para el cálculo de la tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria se tuvieron en cuenta todas aquellas cirugías reflejadas en el CMBD de actividad quirúrgica en la que la fecha de ingreso de los pacientes era igual a la fecha de su alta.

No se tuvo en consideración para el cálculo del indicador los pacientes que en su registro de alta se describió que fueron derivados a otro centro hospitalario.

Fuente: CMBD de actividad quirúrgica del Sistema de Información (HIS) del hospital o similar.

9.3.24. Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis

El año de referencia de la información que se ha suministrado para este indicador ha sido 2015. Los pacientes incluidos eran aquellos con fecha de admisión en el centro anterior en tres meses al año 2015.

9.3.25. Porcentaje de pacientes con KT/V objetivo

El año de referencia de la información que se ha suministrado para este indicador ha sido 2015. Los pacientes incluidos eran aquellos con al menos 180 días de estancia en el centro.

9.3.26. Porcentaje de pacientes con albúmina >3,5 gr/dl

El año de referencia de la información que se ha suministrado para este indicador ha sido 2015. Los pacientes incluidos eran aquellos con al menos 180 días de estancia en el centro.

9.3.27. Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga

El período de referencia de la información que se ha suministrado para este indicador ha sido el mes de diciembre de 2015.

9.4. Relación de participantes

9.4.1. Centros hospitalarios y clínicas con régimen de hospitalización

Listado de centros hospitalarios y clínicas participantes en el Estudio RESA 2016¹:

ASISA (HLA GRUPO HOSPITALARIO)

- CLÍNICA MONTEPELLIER (Zaragoza)
- CLÍNICA PERPETUO SOCORRO (Lleida)
- CLÍNICA SANTA ISABEL (Sevilla)
- CLÍNICA VISTAHERMOSA (Alicante)
- HOSPITAL EL ÁNGEL (Málaga)
- HOSPITAL INMACULADA CONCEPCIÓN (Granada)
- HOSPITAL JEREZ PUERTA DEL SUR (Jerez de la Frontera, Cádiz)
- HOSPITAL LA VEGA (Murcia)
- HOSPITAL MEDITERRÁNEO (Almería)
- HOSPITAL MONCLOA (Madrid)

CLÍNICAS IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO

- IMQ VIRGEN BLANCA (San Sebastián)
- IMQ ZORROTZAURRE (Bilbao)

GRUPO GEHOSUR

- HOSPITAL INFANTA LUISA (Sevilla)
- HOSPITAL SAN AGUSTÍN (Dos Hermanas, Sevilla)

GRUPO HM HOSPITALES

- HOSPITAL HM MODELO Y MATERNIDAD HM BELÉN (A Coruña)
- HOSPITAL HM VALLÉS (Alcalá de Henares, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM MADRID (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM MONTEPRÍNCIPE (Boadilla del Monte, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM NUEVO BELÉN (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM PUERTA DEL SUR (Móstoles, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM SANCHINARRO (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM TORRELODONES (Torrelodones, Madrid)

GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓNSALUD

- CENTRO MÉDICO TEKNON (Barcelona)
- CLÍNICA LA MERCED (Poio, Pontevedra)
- CLÍNICA ROTGER (Palma de Mallorca)
- HOSPITAL EL PILAR – CENTRE CARDIOVASCULAR SANT JORDI (Barcelona)
- HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA (Collado Villalba, Madrid)
- HOSPITAL LA LUZ (Madrid)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD A CORUÑA (A Coruña)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD ALBACETE (Albacete)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD BARCELONA (Barcelona)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD BIZKAIA (Erandio, Vizcaya)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD CÁCERES (Cáceres)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD CAMPO DE GIBRALTAR (Cádiz)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD CIUDAD REAL (Ciudad Real)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD CLIDEBA (Badajoz)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD COSTA ADEJE (Santa Cruz de Tenerife)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD DEL VALLÉS (Sabadell, Barcelona)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA (Málaga)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MARBELLA (Marbella, Málaga)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MURCIA (Murcia)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD PALMAPLANAS (Palma de Mallorca)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD PONTEVEDRA (Pontevedra)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAGRADO CORAZÓN (Sevilla)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAN JOSÉ (Madrid)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD SANTA JUSTA (Villanueva de la Serena, Badajoz)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD SUR (Alcorcón, Madrid)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD TENERIFE (Santa Cruz de Tenerife)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD TOLEDO (Toledo)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD TORREVIEJA (Torrevieja, Alicante)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD VALENCIA (Valencia)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD VITORIA (Vitoria)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD ZARAGOZA (Zaragoza)
- HOSPITAL RUBER INTERNACIONAL (Madrid)
- HOSPITAL RUBER JUAN BRAVO 39 (Madrid)
- HOSPITAL RUBER JUAN BRAVO 49 (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARI DEXEUS (Barcelona)
- HOSPITAL UNIVERSITARI GENERAL DE CATALUNYA (Sant Cugat del Vallés, Barcelona)
- HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR (Barcelona)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (Madrid)

¹ En el cómputo del estudio se han incluido los centros médicos y ambulatorios asociados a los centros con hospitalización que han aportado datos para el cálculo de indicadores.

- HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA
(Valdemoro, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRÓNSALUD MADRID
(Pozuelo de Alarcón, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS
(Madrid)
- POLICLÍNICA GUIPUZKOA
(San Sebastián)

GRUPO HOSPITALARIO SAN ROQUE

- HOSPITAL SAN ROQUE LAS PALMAS
(Las Palmas de Gran Canaria)
- HOSPITAL SAN ROQUE MASPALOMAS
(Maspalomas, Gran Canaria)

GRUPO HOSPITALES NISA

- HOSPITAL AGUAS VIVAS
(Valencia)
- HOSPITAL 9 DE OCTUBRE
(Valencia)
- HOSPITAL PARDO DE ARAVACA
(Madrid)
- HOSPITAL REY DON JAIME
(Castellón de la Plana)
- HOSPITAL SEVILLA ALJARAFE
(Castilleja de la Cuesta, Sevilla)
- HOSPITAL VALENCIA AL MAR
(Valencia)
- HOSPITAL VIRGEN DEL CONSUELO
(Valencia)

GRUPO HOSPITEN

- HOSPITEN BELLEVUE
(Puerto de la Cruz, Tenerife)
- HOSPITEN CLÍNICA ROCA
(San Agustín, Gran Canaria)
- HOSPITEN ESTEPONA
(Estepona, Málaga)

- HOSPITEN LANZAROTE
(Puerto del Carmen, Gran Canaria)
- HOSPITEN RAMBLA
(Santa Cruz de Tenerife)
- HOSPITEN SUR
(Arona, Tenerife)
- MD ANDERSON CANCER CENTER
(Madrid)

GRUPO RECOLETAS

- HOSPITAL CAMPO GRANDE
(Valladolid)
- HOSPITAL FELIPE II
(Valladolid)
- HOSPITAL RECOLETAS BURGOS
(Burgos)
- HOSPITAL RECOLETAS CUENCA
(Cuenca)
- HOSPITAL RECOLETAS PALENCIA
(Palencia)
- HOSPITAL RECOLETAS SEGOVIA
(Segovia)
- HOSPITAL RECOLETAS ZAMORA
(Zamora)

GRUPO VITHAS

- HOSPITAL MEDIMAR INTERNACIONAL
(Alicante)
- HOSPITAL MONTSERRAT
(Lleida)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE AMÉRICA
(Madrid)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA
(Vigo, Pontevedra)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
(Granada)
- HOSPITAL PARQUE SAN ANTONIO
(Málaga)
- HOSPITAL PERPETUO SOCORRO
(Alicante)

- HOSPITAL SAN JOSÉ
(Vitoria)
- HOSPITAL SANTA CATALINA
(Las Palmas de Gran Canaria)
- HOSPITAL SANTA CRUZ
(Santa Cruz de Tenerife)
- HOSPITAL VIRGEN DEL MAR
(Almería)
- XANIT HOSPITAL INTERNACIONAL
(Benalmádena, Málaga)

RIBERA SALUD

- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA
(Alzira, Valencia)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA
(Torrevieja, Alicante)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VINALOPO
(Elche, Alicante)

SANITAS HOSPITALES

- HOSPITAL DE MANISES
(Manises, Valencia)
- HOSPITAL SANITAS CIMA
(Barcelona)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN
(Torrejón de Ardoz, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO SANITAS LA MORALEJA
(Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO SANITAS LA ZARZUELA
(Madrid)

OTROS

- CENTRO MÉDICO ASTURIAS
(Oviedo)
- CLÍNICA SANTA ELENA
(Madrid)
- FUNDACIÓN ONKOLOGIKOA FUNDAZIOA
(San Sebastián)
- HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS
(Madrid)
- HOSPITAL SANTÍSIMA TRINIDAD
(Salamanca)
- POLICLÍNICA COMARCAL EL VENDRELL
(Santa Oliva, Tarragona)

9.4.2. Centros ambulatorios

- DIAPERUM**
- CENTRO DE DIÁLISIS AXARQUÍA (Torredelmar, Málaga)
 - CENTRO DE DIÁLISIS BAIX LLOBREGAT (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona)
 - CENTRO DE DIÁLISIS CEDICAS (Castellón)
 - CENTRO DE DIÁLISIS COSTA DE LA LUZ (Huelva)
 - CENTRO DE DIÁLISIS EMILIO ROTELLAR (Barcelona)
 - CENTRO DE DIÁLISIS ESTEPONA (Estepona, Málaga)
 - CENTRO DE DIÁLISIS GAMAPAL (Valencia)
 - CENTRO DE DIÁLISIS ISLA DE LA CARTUJA (Santiponce, Sevilla)
 - CENTRO DE DIÁLISIS LOLA PALOMAR (Villareal, Castellón)
 - CENTRO DE DIÁLISIS MALAGA (Málaga)
 - CENTRO DE DIÁLISIS MARESME (Pineda de Mar, Barcelona)
 - CENTRO DE DIÁLISIS MATARÓ (Mataró, Barcelona)
 - CENTRO DE DIÁLISIS NEFROCLUB (Valencia)
 - CENTRO DE DIÁLISIS NEFROPLANA (Castellón)
 - CENTRO DE DIÁLISIS NEPHROS (Barcelona)
 - CENTRO DE DIÁLISIS NTRA. SRA. DE LA CABEZA (Motril, Granada)
 - CENTRO DE DIÁLISIS OROPESA (Oropesa de Mar, Castellón)
 - CENTRO DE DIÁLISIS PALAU (Barcelona)
 - CENTRO DE DIÁLISIS PLAYAS DE CARTAYA (Cartaya, Huelva)
 - CENTRO DE DIÁLISIS PONTEVEDRA (Pontevedra)
 - CENTRO DE DIÁLISIS RIOTINTO (Minas de Riotinto, Huelva)
 - CENTRO DE DIÁLISIS SANTA CATALINA (Jaén)
 - CENTRO DE DIÁLISIS TORREMOLINOS (Torremolinos, Málaga)
 - CENTRO DE DIÁLISIS VILLAGARCIA (Vilagarcía de Arousa, Pontevedra)
 - CENTRO DE DIÁLISIS VINAROSZ (Vinaros, Castellón)
 - CENTRO DE DIÁLISIS VIRGEN DE MONTSERRAT (Barcelona)
 - CENTRO DIÁLISIS BURJASSOT (Burjassot, Valencia)
 - INSTITUTO DE HEMODIÁLISIS BARCELONA (Barcelona)
 - INSTITUTO MÉDICO DE BADALONA (Badalona, Barcelona)
- GRUPO ERESA**
- ERESA BEATA (Madrid)
 - ERESA CAMPANAR (Valencia)
- GRUPO IMO**
- IMONCOLOGY ALCÁZAR DE SAN JUAN (Alcázar de San Juan, Ciudad Real)
 - IMONCOLOGY ALICANTE (Alicante)
 - IMONCOLOGY ARAVACA (Madrid)
 - IMONCOLOGY ARTURO SORIA (Madrid)
 - IMONCOLOGY GUADALAJARA (Guadalajara)
 - IMONCOLOGY LA MILAGROSA (Madrid)
 - IMONCOLOGY MESA DEL CASTILLO (Murcia)
 - IMONCOLOGY MURCIA (Murcia)
 - IMONCOLOGY SAN FRANCISCO DE ASÍS (Madrid)
 - IMONCOLOGY SEVILLA (Sevilla)
 - IMONCOLOGY TALAVERA DE LA REINA (Talavera de la Reina, Toledo)
 - IMONCOLOGY TOLEDO (Toledo)
- GRUPO INNOVA OCULAR**
- INNOVA OCULAR BEGITEK (San Sebastián)
 - INNOVA OCULAR CLÍNICA DR. SOLER (Elche, Alicante)
 - INNOVA OCULAR CLÍNICA FERRERUELA (Lleida)
 - INNOVA OCULAR CLÍNICA MUIÑOS (Santa Cruz de Tenerife)
 - INNOVA OCULAR CLÍNICA VILA (Valencia)
 - INNOVA OCULAR ICO BARCELONA (Barcelona)
 - INNOVA OCULAR IOA MADRID (Madrid)
 - INNOVA OCULAR LA ARRUZAFÁ (Córdoba)
 - INNOVA OCULAR OCULSUR (Cádiz)
 - INNOVA OCULAR VIRGEN DE LUJÁN (Sevilla)
- GRUPO HEALTH TIME**
- HEALTH TIME ALGECIRAS (Algeciras, Cádiz)
 - HEALTH TIME ANDÚJAR (Jaén)
 - HEALTH TIME CABRA (Cabra, Córdoba)
 - HEALTH TIME CÁDIZ (Cádiz)
 - HEALTH TIME CÓRDOBA ASISA (Córdoba)
 - HEALTH TIME CRISTO REY (Jaén)
 - HEALTH TIME CRUZ ROJA (Córdoba)
 - HEALTH TIME EL EJIDO (El Ejido, Almería)
 - HEALTH TIME JEREZ DE LA FRONTERA (Jerez de la Frontera, Cádiz)
 - HEALTH TIME LAS NIEVES (Jaén)
 - HEALTH TIME LINARES (Linares, Jaén)
 - HEALTH TIME MANZANARES (Manzanares, Ciudad Real)
 - HEALTH TIME MONTILLA (Montilla, Córdoba)
 - HEALTH TIME POZOBLANCO (Pozoblanco, Córdoba)
 - HEALTH TIME SAN JUAN DE DIOS (Córdoba)
 - HEALTH TIME SANLÚCAR DE BARRAMEDA (Sanlúcar de Barrameda, Cádiz)
 - HEALTH TIME VALDEPEÑAS (Valdepeñas, Ciudad Real)
- GRUPO SCANNER**
- CENTRO SCANNER VIZCAYA (RMN) (Bilbao)
 - CENTRO SCANNER VIZCAYA (TAC) (Bilbao)
 - CLÍNICA VICENTE SAN SEBASTIÁN TC 64 (San Sebastián)

9.4.3. Comité de expertos

El comité de expertos del Estudio RESA 2016 se encuentra formado por:

- Benito García-Legaz, HLA Grupo Hospitalario.
- José Francisco Tomás. Sanitas
- Celia Moar, HM Hospitales.
- Manuel Vilches. Hospitales NISA.
- Ignacio Conde, Innova Ocular.
- Nicolás Guerra, IMQ.
- Leticia Moral, Quirónsalud

9.4.4. Responsables (IDIS y Antares Consulting)

El equipo responsable del trabajo de campo del Estudio RESA 2016 se encuentra formado por profesionales de IDIS y de Antares Consulting:

Coordinación:

- | | |
|---|---|
| Manuel Vilches, Director General del IDIS | ■ Bárbara Rosado, Antares Consulting. |
| ■ Carmen Ruiz, IDIS. | ■ Esteban Carrillo, Antares Consulting. |
| ■ Victoria Ramirez, IDIS. | ■ Joan Barrubés, Antares Consulting. |
| ■ Alicia Coduras, Antares Consulting. | ■ Víctor Cañellas, Antares Consulting. |

9.5. Entidades que forman parte del IDIS

Patronos

- ACES
- ADESLAS
- ASISA
- AXA
- CASER
- DIAVERUM
- DKV
- ERESA
- Gehosur hospitales
- Grupo Hospitalario Recoletas
- HCM Hospitales Católicos de Madrid
- HM Hospitales
- Hospitales Nisa
- Hospital Perpetuo Socorro
- Hospiten
- IMOncology
- IMQ
- Innova Ocular
- Instituto Hispalense de Pediatría
- MAPFRE
- Quirónsalud
- Red Asistencial Juaneda
- Sanitas
- Vithas

Patronos de libre designación

- Alianza General de Pacientes
- Asebio
- Consejo General de Colegios de Enfermería
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- Facme
- Farmaindustria
- Fenin
- Foro Español de Pacientes
- Organización Médica Colegial

Patrocinadores

- Amgen
- Boston Scientific
- GE Healthcare
- Indra
- Johnson & Johnson Medical Companies
- Medtronic
- MSD
- Philips
- Roche
- Siemens
- TBS

Colaboradores

- Air Liquide Healthcare
- Aliad
- A.M.A.
- Aramark
- AstraZeneca
- Carbuos Medica
- Chip-Card Salud
- DNV Business Assurance
- Dräger
- Efron Consulting
- El Corte Inglés
- Elekta
- Emsor
- Esteve
- FBA Consulting
- Fundación Abbott
- GMV
- Grupo Cofares
- Hartmann
- IN2 Ingeniería de la Información, S.L.
- Mindray
- Mölnlycke
- Novartis
- Paalex
- Promede
- Sodexo
- St.Jude Medical
- Vifor Pharma
- Willis Iberia
- 3M Health Care

Asociados

- Abacid
- Analiza
- Asefa
- Centro Médico de Asturias
- Cerba Internacional
- Clínica San Francisco
- Clínica Santa Elena
- Fundación Onkológikoa Fundazioa de San Sebastián
- Fundación Tejerina
- Ginefiv
- Grupo Previsión Sanitaria Nacional
- Hospital General Santísima Trinidad
- Hospital San Francisco de Asís
- Hospitales San Roque
- Sanyres
- Unilabs

CINCO
AÑOS
DEL ESTUDIO DE
RESULTADOS
EN SALUD
DE LA SANIDAD
PRIVADA

ESTUDIO
RESA
2016



LA
SUMA DE TODOS
APORTA VALOR
A LA SANIDAD



Paseo de la Castellana 135, 7, 28046 Madrid.

☎ 91 790 67 56

☎ 91 790 68 69

✉ info@fundacionididis.com

fundacionididis.com

somos activos en las redes sociales



MIRANDO HACIA EL FUTURO. TRABAJANDO DÍA A DÍA POR EL CONJUNTO DE LA SANIDAD



CON EL PATROCINIO DE:

