



# Estudio Resa **2018**

"Indicadores de resultados  
en salud de la sanidad privada"

# Índice

Presentación .....	4
Resumen ejecutivo .....	6
<b>1. Objetivos .....</b>	<b>10</b>
<b>2. Ficha metodológica .....</b>	<b>12</b>
2.1. Datos utilizados .....	13
2.2. Distribución territorial .....	15
2.3. Centros participantes .....	16
2.4. Crecimiento de la participación .....	17
2.5. Datos básicos de los centros participantes .....	18
2.6. Proceso de selección de indicadores .....	18
2.7. Recopilación y procesamiento de los indicadores .....	20
2.8. Adaptación a la clasificación CIE-10. ....	21
<b>3. Eficiencia .....</b>	<b>22</b>
3.1. Estancia media ajustada por casuística .....	23
3.2. Estancia media pre-quirúrgica .....	24
3.3. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias .....	24
3.4. Porcentaje de cirugía laparoscópica en colecistectomía para cálculo biliar .....	25
<b>4. Accesibilidad en la atención sanitaria .....</b>	<b>26</b>
4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias .....	27
4.1.1. Mamografías .....	28
4.1.2. Resonancia Magnética Osteoarticular .....	29
4.1.3. Tomografía Axial Computarizada .....	30
4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias .....	31
4.2.1. Tiempo medio de entrega de informe de mamografía .....	31
4.2.2. Tiempo medio de entrega de informe de resonancia magnética.....	32
4.2.3. Tiempo medio de entrega de informe de TAC .....	32
4.3. Tiempo medio de espera de citación primera consulta de especialista .....	33
4.4. Tiempo medio de atención en urgencias.....	36
4.5. Espera media quirúrgica .....	37
4.6. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo de tratamiento en procesos oncológicos.....	38
<b>5. Resolución asistencial .....</b>	<b>40</b>
5.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico.....	41
5.2. Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta .....	42
5.3. Tasa de reingreso por causas quirúrgicas a los 7 días.....	43
5.4. Reingresos por enfermedad pulmonar (EPOC) a los 30 días .....	44
5.5. Reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días .....	45
5.6. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas .....	45
<b>6. Calidad y seguridad del paciente .....</b>	<b>46</b>
6.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios .....	47
6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente .....	48
6.2.1. Protocolo de higiene de manos .....	48
6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión.....	49
6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación.....	50
6.2.4. Sistema de notificación de eventos adversos.....	51
6.2.5. Protocolo de intervenciones de cirugía segura ( <i>check-list</i> quirúrgico) .....	52

6.3. Ratio de intervenciones de cirugía segura ( <i>check-list</i> quirúrgico).....	53
6.4. Tasa de supervivencia a las 48 horas de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA) .....	54
6.5. Tasa de supervivencia al alta por Síndrome Coronario Agudo (SCA) .....	55
6.6. Tasa de supervivencia al alta por Insuficiencia Cardíaca (IC).....	56
6.7. Tasa de supervivencia al alta por Ictus.....	57
6.8. Indicadores de mortalidad EIQI.....	58
6.8.1. Tasa de mortalidad por neumonía no complicada .....	58
6.8.2. Tasa de mortalidad por fractura de cuello de fémur .....	59
6.8.3. Tasa de mortalidad por fractura de cadera pertrocantérea.....	59
6.9. Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario .....	60
6.10. Tasa de reingresos posteriores a cirugía ambulatoria a 30 días.....	61
6.11. Septicemia postquirúrgica .....	62
6.12. Tasa de partos por cesárea .....	63
<b>7. Indicadores de centros de fertilidad .....</b>	<b>64</b>
<b>8. Indicadores de centros de diálisis .....</b>	<b>68</b>
8.1. Tasa bruta de mortalidad .....	69
8.2. Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo .....	70
8.3. Porcentaje de pacientes con albúmina mayor de 3,5 gr/dl. ....	71
8.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga .....	72
<b>9. Los pacientes mayores en la sanidad privada .....</b>	<b>74</b>
<b>10. Conclusiones .....</b>	<b>86</b>
<b>11. Anexos .....</b>	<b>88</b>
11.1. Proceso de selección y definición de indicadores .....	89
11.2. Fichas de los indicadores .....	89
11.3. Especificaciones metodológicas .....	105
11.3.1. Aplicación de políticas estrictas de no trazabilidad de datos .....	105
11.3.2. CMBD .....	106
11.3.3. Actividad urgencias .....	107
11.3.4. Consultas externas .....	107
11.3.5. Pruebas complementarias .....	108
11.3.6. Cáncer .....	108
11.3.7. Auditorías y certificaciones .....	109
11.3.8. Seguridad del paciente .....	110
11.3.9. Ratio de intervenciones de cirugía segura ( <i>check-list</i> quirúrgico): .....	111
11.3.10. Reproducción asistida .....	111
11.3.11. Hemodiálisis .....	111
11.4. Relación de participantes .....	112
11.4.1. Centros hospitalarios y clínicas .....	112
11.4.2. Centros ambulatorios .....	118
11.4.3. Comité de Expertos .....	124
11.4.4. Responsables (IDIS y Antares Consulting) .....	124
<b>Miembros de la Fundación IDIS .....</b>	<b>126</b>

# PRESENTACIÓN

## MEDIR RESULTADOS DE SALUD, UNA TAREA QUE SÍ TIENE RETORNO

Todo lo que no se mide y se compara difícilmente se mejora, este es el principio que rige los programas de gestión en materia de calidad, seguridad y resultados, y fieles a este principio la Fundación IDIS lleva apostando de una forma decidida no solo por sacar a la luz el resultado de sus actuaciones en términos asistenciales sino que además trabaja en tres dimensiones. La primera dimensión, la de los propios resultados de salud en base a indicadores de acceso, eficiencia, resolución asistencial y calidad y seguridad (RESA); la segunda corresponde a la opinión del propio paciente y ciudadano que cuenta con un seguro de salud acerca de la opinión sobre los servicios que recibe (Barómetro) y la tercera la de su percepción en todas y cada una de las etapas que componen su *patient journey* a lo largo del contacto que mantiene con el propio sistema (Experiencia de Paciente).

A todo ello aun podríamos añadir una cuarta dimensión que es la del tiempo una vez que todos estos análisis pormenorizados son constantes en periodicidad, metodología, indicadores (aunque estos se van incrementando en cada ejercicio) y método de evaluación, lo que nos ofrece una visión dinámica de recorrido y por lo tanto nos permite disponer de una fotografía no estática sino en movimiento que recoge todos los avances que se van produciendo año tras año.

Todo sector que se precie debe prestar atención a estas cuatro dimensiones que acabo de expresar, máxime teniendo en cuenta que la sociedad y el ciudadano es cada vez más exigente, está mejor informado y tiene un nivel formativo y cultural más avanzado. Este hecho ocurre de forma muy especial en el sector de la sanidad de titularidad privada y por ello el ciudadano que accede a nuestros centros y servicios tiene unas necesidades y expectativas en las que hemos de poner nuestra máxima atención si queremos mantener y reforzar su

credibilidad, confianza y reputación adquirida ya que de lo contrario pondrá su mirada en otros entornos que le ofrezcan aquello que precisa, espera y desea.

Desde la Fundación IDIS hemos tratado de ser pioneros aportando nuestra visión acerca de la importancia capital de las cuatro dimensiones a las que he hecho referencia. Es por ello que hemos planteado iniciativas que sin duda marcan puntos de referencia en la buena praxis aseguradora y asistencial destacando siempre la ingente aportación de valor del emprendimiento privado en sanidad. Para ello no hay que denostar la imprescindible y reconocida función pública sanitaria con todas sus cualidades reflejadas en la Ley General de Sanidad y en las diferentes normativas que la complementan e incluso la determinan en algunos aspectos, ordenamiento jurídico que en nuestra opinión precisa ser adaptado a la realidad social y demográfica vigente con la concurrencia de todos los agentes implicados del sector.

Aprovechando la oportunidad que me ofrece este informe no querría dejar de señalar las grandes dificultades por las que puede pasar nuestro sistema sanitario si no somos capaces de poner remedio mediante medidas consensuadas, sinérgicas y eficaces en tres aspectos que influyen directamente en los recursos disponibles. Por un lado el envejecimiento progresivo poblacional, por otro y ligado a él el fenómeno de la cronicidad en toda su expresión y magnitud, y la demanda creciente de salud y bienestar que manifiesta una sociedad avanzada y empoderada que transita dentro de un modelo sanitario colaborativo donde el paciente adopta las decisiones que atañen a su salud de una forma corresponsable con el profesional sanitario.

No cabe ninguna duda de que en este contexto de complejidad elevada y de gran exigencia se hace imprescindible poner la máxima atención en los procedimientos que ponemos en marcha en nuestros centros, en los procesos que desarrollamos, en la dotación de estructuras e infraestructuras, en la innovación que promovemos, adoptamos e implantamos, en la calidad y seguridad que procuramos y somos capaces de conseguir, y en los resultados de todo tipo que obtenemos especialmente los relacionados con acceso, eficiencia, calidad y seguridad y resolución asistencial que son las áreas que recoge este estudio de resultados de salud.

En esta nueva edición del estudio RESA podemos apreciar nuevamente un incremento en el número de centros participantes (325), cifra en la que están representadas todas las comunidades autónomas, un aumento en indicadores evaluados (45) que nos permiten establecer conclusiones comparativas con otros entornos asistenciales no solo de España sino también de otros contextos geográficos; lo que nos lleva a afirmar que nuestros datos están al nivel o incluso mejoran los estándares internacionales más exigentes.

Fieles a nuestra cita anual presentamos a la sociedad, a la comunidad científica, al sector en su más amplia expresión y por supuesto a las diferentes administraciones los resultados de salud de un entorno que aporta gran valor y que trabaja con ahínco por la salud y el bienestar de todos nuestros ciudadanos. Un sector que se ha granjeado el respeto de nuestros pares más allá de nuestras fronteras, y que procura y trabaja por un sistema único con una doble provisión y aseguramiento por la consecución de un objetivo común: aportar valor a la sociedad mediante el

sumatorio estratégico, sinérgico y coordinado de esfuerzos, recursos y potenciales. Solo así seremos capaces de ofrecer a todos los ciudadanos la cobertura específica y precisa de todas sus necesidades en materia de salud y bienestar, solo así conseguiremos abordar con garantía de éxito los problemas que afectan al sistema público de salud y solo así podremos dejar un legado de sostenibilidad en esta materia adecuado y de futuro para las nuevas generaciones que lo precisan y lo demandan.

**Luis Mayero Franco**

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



Estos nuevos datos redundan en el objetivo de presentar resultados de la sanidad privada que puedan compararse con los suministrados por los diferentes observatorios nacionales e internacionales tanto del sector privado como público.

Con esta incorporación disponemos ya de un amplio abanico de 45 indicadores, que al desagregarse algunos en varias dimensiones suponen en realidad 63, y que abarcan todas las dimensiones importantes de la calidad y los resultados de la sanidad privada.

Los resultados caracterizan claramente a la sanidad privada española como:

**Una sanidad eficiente.** Como cada año, el Estudio RESA 2018 demuestra empíricamente el reconocido valor de eficiencia de la sanidad privada que mantiene sus datos en resultados similares a los de años anteriores:

- Una estancia media de 3,49 días y una estancia preoperatoria de 0,34 días.
  - Un 58,3% de las intervenciones quirúrgicas realizadas mediante cirugía ambulatoria, a pesar de la notable dificultad que representa el hecho de que la realización de la cirugía en horarios de tarde implique en muchos casos la necesidad de ingreso por razones operativas.
  - El porcentaje de cirugías biliares realizadas por laparoscopia, cuya medida se incorpora este año, es del 95,7% lo que indica la rápida y total adaptación de los centros privados a las nuevas técnicas de cirugía mínimamente invasiva que disminuyen muy significativamente el impacto y los riesgos sobre el paciente.
- **Una sanidad altamente accesible.** Los análisis de tiempos en las diferentes líneas asistenciales muestran, de forma repetida cada año, unos resultados excelentes.
    - En consultas externas, los tiempos de citación se mantienen por debajo de 2 semanas (Oftalmología 10,81 días, Traumatología 12,04, Obstetricia y Ginecología 13,83). Únicamente la especialidad de Dermatología mantiene un tiempo algo más largo, pero aún así inferior a las tres semanas (18,6 días).
    - La sanidad privada continúa manteniendo también muy por debajo de las dos semanas los tiempos para citación de las principales exploraciones de diagnóstico por la imagen (Mamografía, TAC y Resonancia Magnética) con alguna de estas exploraciones con tiempos de citación de seis días.
    - La accesibilidad para la realización de las exploraciones se completa con tiempos de entrega del informe entre 2 y 3 días.
    - En la atención a urgencias, la sanidad privada continúa manteniendo un tiempo medio de atención por debajo de los 30 minutos: 23 minutos. El tiempo para el *triage* es de 8 minutos y 14 segundos y de 15 minutos y 13 segundos para primera asistencia facultativa.
    - La espera media quirúrgica se mantiene también en los datos de la serie temporal, con un tiempo medio de 29,1 días. Considerando que se incluyen aquí las programaciones a conveniencia del paciente, hay que valorarlo como un excelente dato.
    - Un dato de gran valor lo constituyen los tiempos entre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer para los tres tipos estudiados (mama, colon y pulmón) que se sitúan en 13,48 días, 14,31 días y 10,61 días respectivamente. Es decir, la primera intervención, médica o quirúrgica se realiza en menos de dos semanas para estos casos.

- **Una sanidad resolutive.** El análisis de las tasas de retorno y reingreso muestra que los resultados de 2017 se mantienen en los valores que se habían presentado anteriormente:
  - La tasa de retorno a urgencias a las 72 horas por el mismo diagnóstico se mantiene en el resultado del año anterior de 3,4%, lo que constituye un excelente resultado.
  - La tasa de reingreso a hospitalización a 30 días del alta también se mantiene dentro de los buenos valores de años anteriores, con un 4,5%.
  - Igualmente, la tasa de reingreso por causas quirúrgicas a los 7 días, se mantiene en un valor (0,8%) muy bajo y casi idéntico al del año pasado, valores que están muy por debajo de los publicados en otros centros.
  - Los reingresos a 30 días por EPOC e Insuficiencia Cardíaca tienen este año tasas más bajas que el año anterior (8,3% y 9,5% respectivamente).

En conjunto, el sector privado presenta unos indicadores de resolutive que están en línea o por debajo de los publicados en otros sistemas públicos o privados.

- **Una sanidad comprometida con la calidad.** Detrás de los buenos resultados se encuentra siempre un esfuerzo mantenido por la calidad. El Estudio RESA 2018 incluye un conjunto de indicadores de valoración cualitativa que demuestra el importante nivel de implicación de los centros en las políticas de calidad:
  - La existencia de acreditaciones o certificaciones de calidad es generalizada, y está por encima del 90% de los centros participantes para casi todos los tipos de servicios.

- Las políticas más eficaces tienen cada año un mayor nivel de implantación: el protocolo de higiene de manos un 100%, el de evaluación de úlceras por presión un 90%, el de problemas relacionados con la medicación está implantado en un 64% de los centros y en implantación en un 30%, el de notificación de eventos adversos en un 87% y el de seguridad quirúrgica en un 97%. De los centros que recogen informatizadamente la política de seguridad quirúrgica (*check list*), ésta se aplica al 93,3% de los pacientes intervenidos.

- **Una sanidad con unos resultados medibles.** Ya hemos comentado los buenos resultados que se obtienen en los centros privados en las tasas de reingresos por determinadas patologías crónicas o por actividades quirúrgicas. Además, una serie de indicadores de mortalidad (Infarto agudo de miocardio, Insuficiencia cardíaca, Ictus, Fractura de cadera...) mantienen valores por debajo o en la línea de los grupos de hospitales de mejor calidad. Este año se añaden tres indicadores del proyecto EIQI (mortalidad por neumonía y por dos tipos de fractura de cadera), que presentan resultados comparables o por debajo de los publicados en otros centros.

Los indicadores de **resultados de los centros de fertilidad**, suministrados por la Sociedad Española de Fertilidad, muestran un año más los excelentes resultados obtenidos por la sanidad privada en este campo.

Asimismo, los resultados de los **centros de diálisis muestran el elevado grado de cumplimiento de los estándares** fijados por las sociedades científicas y su comparabilidad con los mejores resultados internacionales.

### Los pacientes mayores en la sanidad privada

Este año, el Estudio RESA 2018 incorpora un análisis específico de las personas mayores en la sanidad privada. Se trata de un fenómeno muy estudiado pero cuyo impacto en la sanidad privada es poco conocido.

Los mayores de 64 años suponen en el Estudio RESA 2018 un 35,7% de las altas y un 44% de las estancias: cerca de la mitad de un hospital privado está dedicada a la atención de las personas mayores.

Hay una diferencia clara en la proporción que representan los mayores respecto al conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Sin contar los ingresos pediátricos, las altas de mayores de 64 años suponen en el sector privado una proporción 8 puntos menos que en el conjunto del SNS y 6 puntos menos la proporción de estancias realizadas.

Es decir, la población atendida del sector privado es más joven que la del conjunto del sistema sanitario, pero aún así se trata de una gran proporción.

En el análisis se observa que el sector privado trata con la misma eficiencia los ingresos de los pacientes en todos los grupos de edad: todos los grupos presentan alrededor de tres días menos de estancia media que en el conjunto del SNS.

Otro aspecto a destacar es que la buena accesibilidad se mantiene para todos los grupos de edad: los tiempos medios para citación en consulta externa, atención facultativa en urgencias o intervención quirúrgica presentan unas diferencias mínimas por grupo de edad y en todo caso se produce una cierta tendencia a atender antes a las personas muy mayores. La accesibilidad se distribuye por igual en el sector privado para todas las edades.

Es de destacar también que no se puede considerar como un segmento homogéneo de pacientes el de los mayores de 64 años. Los datos comparativos de varios indicadores muestran como existen importantes diferencias de comportamiento entre por ejemplo los pacientes de 65-74 años y los mayores de 75 o de 85 años.

### Un año más de transparencia con el Estudio RESA 2018

El Estudio RESA 2018 vuelve a mostrar, por séptimo año consecutivo un compromiso con la calidad de los centros que se concreta en mostrar unos excelentes indicadores, comparables con los de los mejores sistemas sanitarios, de eficiencia, de accesibilidad, de resolutiveidad, de compromiso con la calidad y de resultados.



## Siete años de transparencia de la sanidad privada

El Estudio RESA es ya un clásico entre las fuentes de información sobre la sanidad española. Los centros privados más representativos del país han acordado, voluntariamente, mostrar públicamente sus indicadores de calidad y resultados. Se trata de un ejercicio de transparencia informativa con la sociedad española que permite conocer a gran escala, los resultados obtenidos por un sector que realiza una de cada cinco altas hospitalarias del país<sup>1</sup>.

La Fundación 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.

Por séptimo año consecutivo, la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad vuelve a mostrar los resultados del sector privado con un volumen de datos cada vez mayor que representa ampliamente al conjunto de la sanidad privada y a un segmento muy importante del conjunto de la sanidad del país.

Al iniciar el Estudio RESA 2018 este año se plantearon objetivos en torno a tres ejes:

- **Más datos de más pacientes.** Si a lo largo de los años anteriores habíamos conseguido una participación creciente y muy mayoritaria de hospitales y centros privados, este año el objetivo se centró en que los centros que ya participaban ampliaran la aportación de datos a otros indicadores que nos permitan presentar resultados de un volumen mayor de pacientes.
- **Una información comparable con la sanidad pública y privada internacional.** La información asistencial tiene su mayor sentido cuando puede compararse con otros referentes. Si en años anteriores se han ido incorporando al estudio una buena parte de los indicadores que están disponibles en observatorios de la sanidad pública en España (y que están basados en indicadores utilizados internacionalmente), este año se incorporan de forma piloto algunos indicadores de un proyecto internacional (EIQI) muy implantado en tres países (Austria, Alemana y Suiza) que nos permitirá compararnos con la sanidad privada y pública de estos territorios.
- **Profundizar en el análisis de los datos.** Este año, la Fundación IDIS se ha planteado incorporar un primer análisis de **los pacientes mayores en la atención sanitaria privada**. Es conocido que la sanidad privada presenta una pirámide de población de menor edad que la pública, pero que conozcamos, no se han publicado datos concretos sobre este hecho. El Estudio RESA 2018 incorpora por lo tanto un primer análisis sobre las características y la utilización de los servicios sanitarios privados por parte de la población de edad más avanzada.

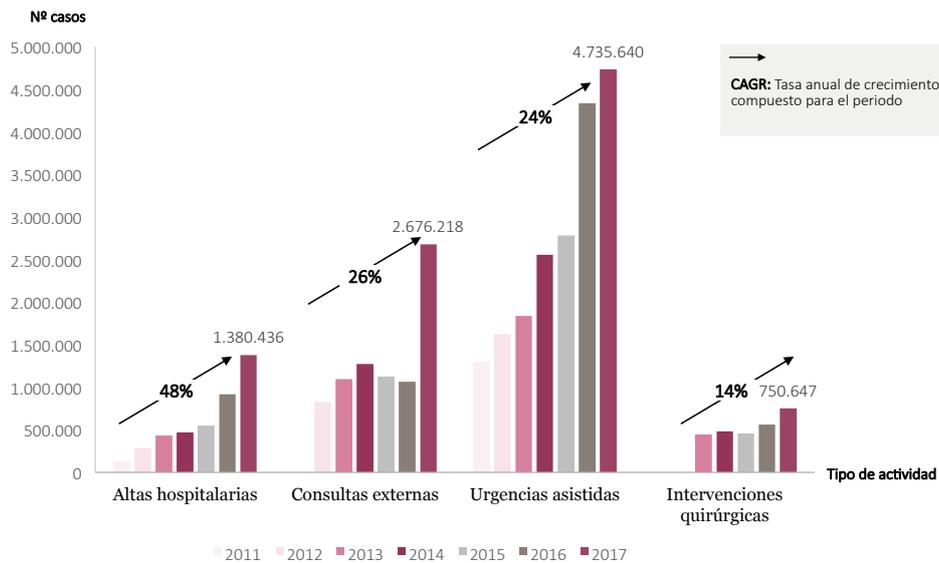
<sup>1</sup> Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Estadística de Centros de Atención Especializada: hospitales y centros sin internamiento, año 2015



## 2.1. Datos utilizados

El estudio se realiza sobre datos de los hospitales y centros ambulatorios privados de España referidos al año 2017, excepto en el caso de los indicadores de resultados de unidades de fertilidad en que se utiliza el año anterior, para permitir la valoración de nacimientos conseguidos.

**FIGURA 1** EVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN APORTADA EN EL ESTUDIO RESA EN LOS AÑOS 2011-2017



### Un nuevo incremento del volumen de información utilizada

Una vez más se vuelve a incrementar muy notablemente el volumen de información sobre el que se ha trabajado:

- Se dispone este año de 1.380.436 altas hospitalarias, lo que incrementa alrededor del 50% las más de 900.000 altas incluidas el año pasado.
- El gran salto de información se produce en las consultas externas debido a la mayor participación de centros ambulatorios: este año disponemos de datos de 2.676.218 consultas. Supone un enorme incremento, del 151%, sobre el millón de consultas disponibles el año pasado.
- Las visitas de urgencias analizadas se han incrementado en casi 400.000, lo que supone un 9,2% de crecimiento. Se dispone por tanto de 4.735.640 visitas de urgencias para el análisis.
- Las intervenciones quirúrgicas analizadas incluyen 750.647 pacientes, un 33% de incremento sobre las 564.176 del año anterior.
- La información de Fertilización in Vitro se realiza sobre 79.321 ciclos de tratamiento iniciados, un incremento del 2% respecto al año anterior.
- Los pacientes en diálisis analizados han sido 8.700, que respecto a los más de 6.800 del año anterior supone un incremento de más del 27%.

Para valorar la representatividad de estos datos, se ha comparado con los datos oficiales disponibles en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) del Ministerio de Sanidad. Estos datos están disponibles para 2016<sup>2</sup>, pero aun considerando el decalaje de un año, se constata la representatividad de la información utilizada.

Respecto a la actividad de la atención privada en España:

- El volumen de altas incluidas en el Estudio RESA es superior al del conjunto del sector privado en los datos oficiales del Ministerio de Sanidad. Hay que tener en cuenta que en el Estudio RESA participan algunos centros públicos gestionados por el sector privado, lo que hace que los datos no sean directamente comparables, pero, en cualquier caso, ello implica que el Estudio RESA incluye prácticamente la gran mayoría de la hospitalización del sector privado. Comparando con los datos del Ministerio de Sanidad por dependencia funcional (sector privado y atención pública gestionada por el sector privado), el Estudio RESA incluye el 86% de las altas realizadas en el sector privado.
- El número de consultas externas analizado representa un 15% de la actividad privada en España. Teniendo en cuenta que el Estudio RESA solo analiza datos de cuatro especialidades (Dermatología, Traumatología, Obstetricia y Ginecología, y Oftalmología), esta cuota implica una participación masiva.
- El volumen de urgencias supone ya el 67% de la actividad privada hospitalaria.
- Las intervenciones quirúrgicas analizadas representan el 48% de la actividad del sector privado.
- En exploraciones diagnósticas de imagen, la actividad que analizamos supone para las pruebas de mamografía, resonancia magnética y TAC el 46%, el 58% y el 61% respectivamente.

Por tanto, podemos considerar que el Estudio

RESA ha alcanzado ya la cobertura de una amplísima mayoría de la actividad del sector privado en algunas modalidades de asistencia (las de hospitalización) y que tiene una gran representatividad, que se va incrementando año a año, en el resto de actividades.

También es de destacar lo que representan estos datos respecto al conjunto de la actividad del Sistema Nacional de Salud (la actividad total pública y privada en España):

- La hospitalización incluida en RESA constituye el 26% del total de actividad de los hospitales, públicos y privados, españoles.
- Las consultas externas analizadas de cuatro especialidades son el 3% del total nacional de consultas.
- Las urgencias asistidas suponen el 16% del total de urgencias hospitalarias del país.
- Las intervenciones quirúrgicas son el 15% de la actividad total.
- Los estudios de mamografías, resonancias magnéticas y TAC representan respectivamente el 13%, 23% y 10% de toda la actividad nacional pública y privada.

Es evidente que el Estudio RESA, además de su indiscutible representatividad del sector privado, incluye ya también una importante proporción del total de la actividad sanitaria española.

---

2 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. <http://pestatadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/Cubo.aspx?IdNodo=14039>. Consultado en junio 2018.

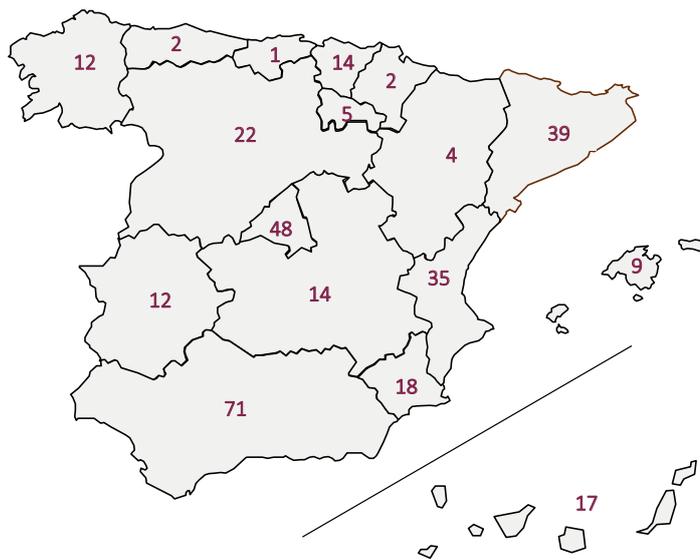
## 2.2. Distribución territorial

### El Estudio RESA cubre ya todo el territorio nacional

Este año se consolida definitivamente la amplísima distribución territorial. Con la incorporación de dos centros en Navarra, se incluyen ya centros de todas las comunidades autónomas.

**FIGURA 2**

REPRESENTACIÓN DEL NÚMERO DE CENTROS SANITARIOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO RESA 2018 POR COMUNIDAD AUTÓNOMA



No sólo se produce la cobertura de todo el territorio, sino que ésta se realiza con un importante número de centros en las comunidades autónomas: 71 centros en Andalucía, 48 centros de Madrid, 39 en Cataluña, 35 en Comunidad Valenciana, 22 en Castilla León, 18 en Murcia, etc., y también números importantes en las comunidades autónomas de menor población, muestran un amplísimo abanico de centros participantes en todo el territorio.

## 2.3. Centros participantes

El Estudio RESA 2018 incluye ya más de 500 centros sanitarios privados, 325 participan directamente en la aportación de información y 186 centros de fertilidad a través de la información suministrada por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF).

Si bien este año han participado 2 hospitales más, el número total ha disminuido en 3 debido a la imposibilidad de participar de 5 centros, por motivos de cambios importantes organizativos o de sistemas de información.

En cambio, se ha producido un importante incremento de 44 centros ambulatorios más. En reproducción asistida, el estudio de la SEF arroja también un incremento de 5 centros más.

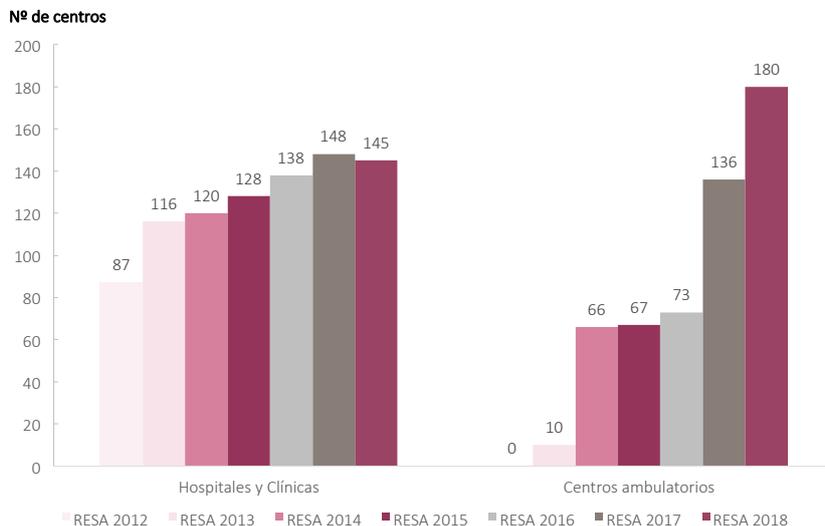
**FIGURA 3** REPRESENTACIÓN DEL NÚMERO DE CENTROS SANITARIOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO RESA 2018

		2017	2018	Diferencia participantes	Variación participación (%)
Estudio RESA	Centros Hospitalarios	148	145	-3	-2,0%
	Centros Ambulatorios	136	180	44	32,4%
	<b>TOTAL</b>	<b>284</b>	<b>325</b>	<b>41</b>	<b>14,4%</b>
Sociedad Española de Fertilidad (SEF)	Centros reproducción asistida	181	186	5	2,8%

**Nota:** 186 centros ambulatorios correspondientes a los centros de reproducción asistida participan con la aportación de información del informe anual por parte de la Sociedad Española de Fertilidad. No se incluyen estos centros en el total.

**FIGURA 4** EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE CENTROS EN EL ESTUDIO RESA 2018 VS 2012

### Evolución de la participación por tipo de centro



## 2.4. Crecimiento de la participación

Como comentábamos antes, el incremento de participación ha sido muy importante especialmente en consultas ambulatorias, hospitalización y actividad quirúrgica, como muestra la tabla de participación en los indicadores más significativos:

**FIGURA 5** EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN ALGUNO DE LOS INDICADORES MÁS SIGNIFICATIVOS 2013 A 2017

Área	Indicador	2013	2014	2015	2016	2017
Eficiencia	Estancia media ajustada por casuística	432.984	470.788	546.840	616.771	750.743
	Estancia media pre-quirúrgica	411.428	475.465	454.262	449.574	531.529
	Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	443.890	482.551	487.283	564.176	792.393
Accesibilidad	Tiempo medio de espera citación de pruebas complementarias (mamografías)	139.294	184.399	224.532	235.620	288.513
	Tiempo medio de espera citación de pruebas complementarias (resonancias magnéticas)	369.046	480.310	567.870	640.143	715.217
	Tiempo medio de espera citación de pruebas complementarias (TAC)	255.022	343.985	410.901	457.291	496.746
	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (mamografías)	130.766	168.021	204.780	223.178	295.251
	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (resonancias magnéticas)	345.172	447.394	529.110	597.163	715.217
	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (TAC)	241.355	327.108	390.859	438.425	496.746
	Tiempo medio de espera de citación para consultas de especialista (traumatología)	391.637	472.676	431.025	625.079	1.038.794
	Tiempo medio de espera de citación para consultas de especialista (ginecología)	220.446	321.957	218.293	323.853	617.271
	Tiempo medio de asistencia en <i>triage</i> en urgencias	1.840.125	2.555.436	2.653.621	4.162.113	4.072.899
	Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias	1.840.125	2.555.436	2.653.621	4.162.113	4.072.899
Resolución asistencial	Espera media quirúrgica	75.189	91.493	93.122	90.943	80.544
	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento en cáncer de colon	979	1.108	1.576	1.489	1.085
	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento en cáncer de pulmón	791	881	1.118	1.098	910
	Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico	892.634	1.323.185	1.339.500	2.132.407	4.072.899
	Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta	687.819	772.531	801.833	920.494	1.057.297
	Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas	37.792	41.692	37.214	33.511	42.720
Calidad y seguridad del paciente	Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	68	71	101	130	155
	Ratio de intervenciones de cirugía segura	79.689	195.949	149.329	155.603	193.084
	Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días	-	288.150	296.505	315.439	406.258

Los importantes incrementos de número de datos se han mantenido para prácticamente todos los indicadores. Únicamente en los indicadores de espera para el tratamiento en procesos oncológicos y de demora quirúrgica se producen discretas disminuciones de volumen de datos. Se trata de dos indicadores en que la disponibilidad de datos no es estándar y en el caso del cáncer, de recogida manual para muchos centros lo que dificulta su transmisión al estudio.

## 2.5. Datos básicos de los centros participantes

Los centros y grupos participantes suponen la mayor parte de la sanidad privada, reuniendo un amplio conjunto de recursos y actividad como se puede visualizar en la Figura 6.

**FIGURA 6**
**RECURSOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS QUE PARTICIPAN EN EL ESTUDIO RESA 2017**

Recursos hospitalarios	2017
Nº camas hospitalización convencional	13.683
Camas de UCI adultos	994
Camas neonatos y pediatría	412
Quirófanos de cirugía mayor	740
Salas de partos	225

## 2.6. Proceso de selección de indicadores

El Estudio RESA pretende dotar de la máxima transparencia a la sanidad privada respecto a sus resultados de calidad y seguridad del paciente.

Como en años anteriores el Grupo de Trabajo del Estudio RESA revisó los indicadores con el objetivo de aumentar la comparabilidad de los resultados con otras bases de datos y observatorios nacionales e internacionales. De esta revisión se decidió incorporar nuevos indicadores:

- a) Incorporar **indicadores de calidad EIQI, procedentes de la IQM (Initiative Qualitätsmedizin)** alemana, en la que participan más de 400 hospitales públicos y privados de Alemania, Suiza y Austria. Se incorporan así los siguientes indicadores:
- 1. Porcentaje de cirugía laparoscópica en colecistectomía para cálculo biliar.**
  - 2. Tasa de mortalidad por neumonía no complicada.**
  - 3. Tasa de mortalidad por fractura de cadera de cuello de fémur.**
  - 4. Tasa de mortalidad por fractura de cadera pertrocantérea.**

- b) Se incorpora también este año el indicador de **tasa de cesáreas** con el objeto de monitorizar un indicador que se considera generalmente que es bastante elevado en la práctica privada.

- c) Se han mantenido el resto de indicadores del Estudio RESA 2017 así como la aportación de la información sobre indicadores de fertilidad in vitro por parte de la Sociedad Española de Fertilidad.

Por tanto, este año se presentan los resultados de 45 indicadores sobre los 40 del año anterior, un incremento muy significativo en el número de indicadores analizados. Estos 45 indicadores generales se desagregan en realidad en **63 indicadores**, ya que varios de éstos incluyen otros más específicos por determinadas áreas, especialidades, etc.

Los indicadores que constituyen el Estudio RESA 2018 son los que se detallan en la siguiente tabla (con fondo azul los indicadores incorporados este año):

**FIGURA 7** RELACIÓN DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO RESA 2018

Cód. 2018	Indicador	Tipo de indicador
1	Estancia media ajustada por casuística	Resultado
2	Estancia media pre-quirúrgica	Proceso
3	Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	Resultado
4	Porcentaje de cirugía laparoscópica en colecistectomía para cálculo biliar	Proceso
5	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (Mamografía, RM y TAC)	Proceso
6	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (Mamografía, RM y TAC)	Proceso
7	Tiempo medio de espera de citación primera consulta especialista (Oftalmología, Dermatología, Traumatología, Ginecología y Obstetricia)	Proceso
8	Tiempo medio de asistencia en <i>triage</i> en urgencias	Proceso
9	Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias	Proceso
10	Espera media quirúrgica	Proceso
11	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y comienzo de tratamiento del cáncer de mama	Proceso
12	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y comienzo de tratamiento del cáncer de colon	Proceso
13	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y comienzo de tratamiento del cáncer de pulmón	Proceso
14	Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico	Resultado
15	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	Resultado
16	Tasa de reingreso por causas quirúrgicas a los 7 días	Resultado
17	Reingresos por enfermedad pulmonar (EPOC) a los 30 días	Resultado
18	Reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días	Resultado
19	Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas	Resultado
20	Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	Proceso
21	Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente	Proceso
22	Ratio de intervenciones de cirugía segura (" <i>check list</i> " quirúrgico)	Proceso
23	Tasa de supervivencia a las 48 horas de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA)	Resultado
24	Tasa de supervivencia al alta por Síndrome Coronario Agudo (SCA)	Resultado
25	Tasa de supervivencia al alta por Insuficiencia Cardíaca (IC)	Resultado
26	Tasa de supervivencia al alta por ictus	Resultado
27	Tasa de mortalidad por neumonía no complicada	Resultado
28	Tasa de mortalidad por fractura de cuello de fémur	Resultado
29	Tasa de mortalidad por fractura de cadera pertrocantérea	Resultado
30	Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso	Resultado
31	Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días	Resultado
32	Septicemia postquirúrgica	Resultado
33	Tasa de partos por cesárea	Resultado
34	Gestaciones con ovocitos propios frescos sobre número de ciclos realizados.	Resultado
35	Partos con ovocitos propios frescos sobre número de ciclos realizados.	Resultado
36	Gestaciones con ovocitos propios congelados sobre número de ciclos realizados.	Resultado
37	Partos con ovocitos propios congelados sobre número de ciclos realizados.	Resultado
38	Gestaciones con ovocitos donados frescos sobre número de ciclos realizados.	Resultado
39	Partos con ovocitos donados frescos sobre número de ciclos realizados.	Resultado
40	Gestaciones con ovocitos donados congelados sobre número de ciclos realizados.	Resultado
41	Partos con ovocitos donados congelados sobre número de ciclos realizados	Resultado
42	Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis	Resultado
43	Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo	Resultado
44	Porcentaje de pacientes con Albúmina >3,5 g/dl	Resultado
45	Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga	Resultado

En su gran mayoría son indicadores cuantitativos elaborados sobre bases de datos de pacientes que entregan los hospitales. Sólo hay 13 cualitativos de los 63 indicadores (una vez desagregados) para medir, mediante criterios homogéneos, la documentación que presentan los centros sobre acreditación de los sistemas y servicios y sobre políticas de seguridad del paciente.



## 2.8. Adaptación a la clasificación CIE-10

El año 2017 ha sido el segundo año de implantación de la Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 (CIE-10) para substituir a la CIE-9, que hasta 2015 era el estándar de codificación de los diagnósticos y procedimientos. La CIE-10 se ha implantado en todas las comunidades autónomas excepto en Cataluña que decidió mantener la CIE-9.

La implantación de la CIE-10 y el proceso de ganar experiencia en la codificación en la misma, pueden haber introducido sesgos en la codificación que afecten a la comparabilidad entre años, tanto con los resultados de 2015 hacia atrás como entre 2016 y 2017 (por el proceso de aprendizaje con la nueva codificación). Estos posibles sesgos son difíciles de identificar en una explotación estadística.

Hemos de tener en cuenta por tanto este cambio a la hora de considerar la comparación de los indicadores con años anteriores. El cambio afecta a todos los indicadores que dependen del diagnóstico o los procedimientos, en concreto a:

- El indicador 1 (estancia media, al estar ajustado por casuística).
- Los indicadores 15 a 19 (reingresos en hospitalización).
- Los indicadores 23 a 31 (mortalidad y otras complicaciones del proceso de hospitalización).

Los efectos que pueden haberse producido son del tipo de:

- 1.** Calidad de la codificación. Evidentemente, no es de esperar que la calidad de codificación en el primer año de implantación de una nueva clasificación sea la misma que la de una clasificación que se está utilizando durante décadas. En este sentido, hemos identificado problemas de variabilidad especialmente en la codificación de procedimientos.
- 2.** Correspondencia de los diagnósticos. Aunque en muchos casos existe una correspondencia directa entre ambas clasificaciones, también hay una abundante casuística en que la correspondencia entre los códigos no es directa, lo que afecta especialmente a los ajustes de muchos de los indicadores citados antes.
- 3.** Mejora en los ajustes. Este es el caso por ejemplo de las intervenciones de cataratas en que la CIE-10 introduce códigos diferenciados para la intervención de ojo derecho y ojo izquierdo. Ello mejora mucho la precisión para los indicadores de reingreso post intervención de cataratas al permitir diferenciar como no complicación el reingreso para intervención del segundo ojo. Evidentemente es una mejora pero dificulta la comparación con los años anteriores en que la exclusión de reingresos se ajustaba por diagnóstico o procedimiento de forma menos afinada.

En general, por tanto, hay que interpretar con prudencia los cambios respecto a años anteriores en estos indicadores.



El Estudio RESA en los seis años anteriores ha mostrado sobradamente una característica que es ampliamente reconocida a la sanidad privada: la eficiencia en la utilización de sus recursos.

Este año, además de la estancia media global y preoperatoria y la tasa de ambulatorización de las intervenciones quirúrgicas, se

presenta la proporción de cirugías de vesícula biliar realizadas por laparoscopia. Es uno de los indicadores EIQI que utiliza la Fundación Initiative Qualitätsmedizin y que se ha incorporado dentro de la estrategia de comparabilidad internacional de los indicadores RESA.

### 3.1. Estancia media ajustada por casuística

La gestión de camas es uno de los principales aspectos de la eficiencia en los hospitales. La permanencia en el hospital del paciente ingresado lo estrictamente necesario constituye tanto un beneficio para el paciente, evitando riesgos, como para la gestión de un recurso de alto coste como es la hospitalización.

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. En nuestro caso, la participación de centros

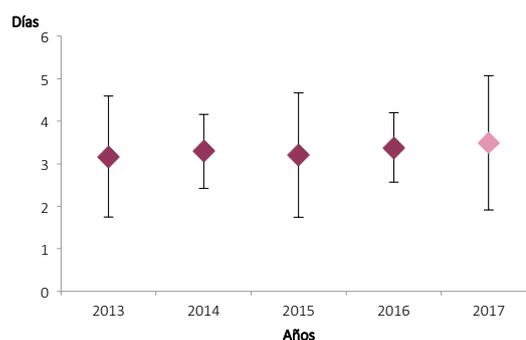
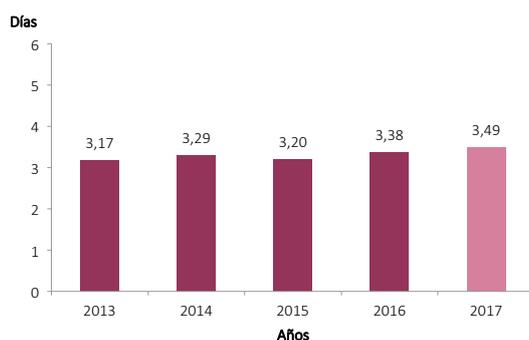
hospitalarios puede cambiar cada año, por lo que se mantiene la norma de comparación original del primer año para permitir que el resultado sea comparable entre diferentes años.

El resultado de 3,49 días, es algo más elevado que cifras de años anteriores pero manteniéndose en una estancia media excelente, por debajo de los tres días y medio. Este año se ha incrementado un 21,7% la aportación de datos a este indicador, con un discreto incremento de la dispersión, a pesar de lo cual se mantiene el excelente resultado. Comparativamente, se debe recordar que la estancia media en hospitales es un indicador que actualmente se sitúa entre los cinco y los seis días para la mayoría de hospitales de otros entornos (Observatorio de la Comunidad de Madrid: 5,7-5,8 y CatSalud: 5,70).

Se confirma por tanto el excelente resultado que ya habíamos presentado en este indicador los seis años anteriores.

#### INDICADOR 1

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR CASUÍSTICA (2016-2017, MEDIDO EN DÍAS)  
NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS 2016: 616.771; 2017: 750.743  
VARIACIÓN 2017/2016: +21,7%



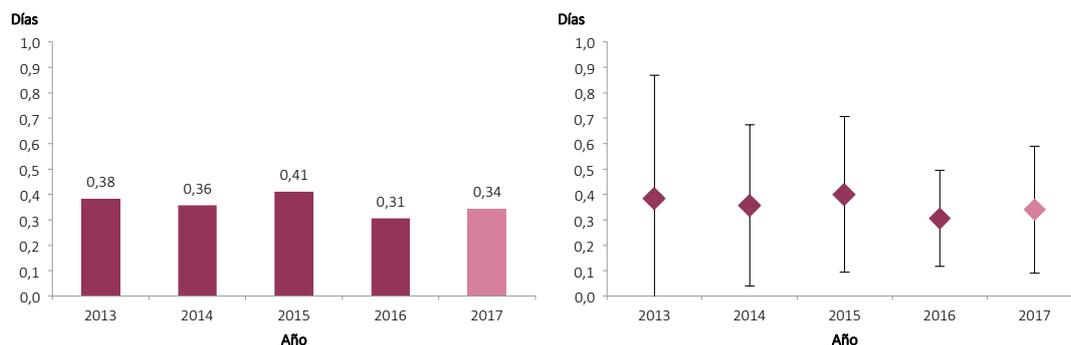
### 3.2. Estancia media pre-quirúrgica

La estancia media pre-quirúrgica se mantiene este año en uno de los valores más bajos de la serie y con una menor variabilidad que en años anteriores.

El resultado de este año implica que el paciente ingresa en promedio menos de 8 horas antes de la cirugía, y que el 90% de los pacientes ingresan entre 6 y 12 horas antes de la intervención. Ello permite la correcta preparación del paciente sin causar estancias adicionales.

**INDICADOR 2**

ESTANCIA MEDIA PRE-QUIRÚRGICA (2016-2017, TIEMPO EN DÍAS)  
 NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2016: 449.574; 2017: 531.529  
 VARIACIÓN 2017/2016: +18,2%



### 3.3. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias

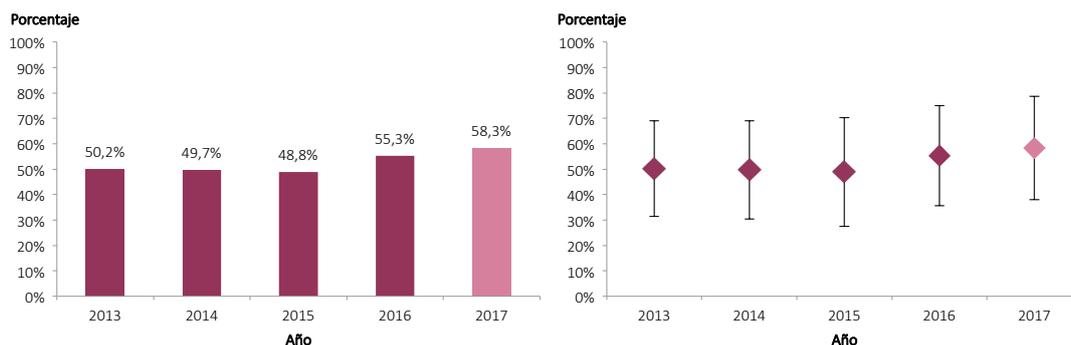
La realización de la Cirugía Mayor Ambulatoria ha supuesto uno de los cambios más radicales en el proceso quirúrgico en las últimas décadas. La innovación tecnológica permite hoy que más de la mitad de las intervenciones que anteriormente se realizaban con ingreso se realicen ambulatoriamente y el paciente pueda volver en el mismo día a su domicilio evitando la hospitalización.

Los resultados obtenidos muestran una ratio del 58,3% de intervenciones ambulatorias, el mayor de la serie y que supera el del año anterior en tres puntos porcentuales.

Los resultados los analizamos como excelentes, sobre todo 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.

**INDICADOR 3**

RATIO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS (2016-2017, %)  
 NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2016: 564.176; 2017: 792.393  
 VARIACIÓN 2017/2016: +40,4%



### 3.4. Porcentaje de cirugía laparoscópica en colecistectomía para cálculo biliar

Como comentábamos, se incorpora este año un nuevo indicador para medir la utilización de la laparoscopia en los procesos de escisión de la vesícula biliar como consecuencia de la existencia de cálculos en la misma, excluyendo los casos de tumores. La laparoscopia en estos casos es actualmente la técnica de elección habiéndose generalizado en los últimos 20 años.

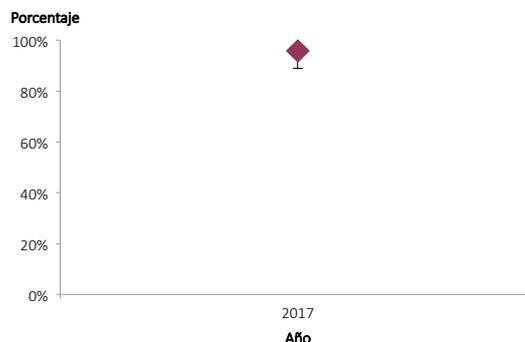
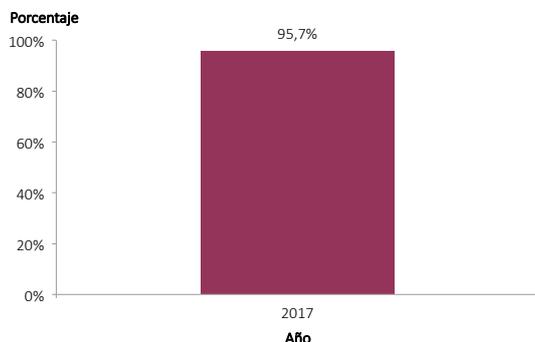
Una de las tendencias más beneficiosas para el paciente actualmente es la denominada cirugía mínimamente invasiva que evita realizar incisiones quirúrgicas en la piel del paciente. Entre las técnicas más desarrolladas y mas frecuentes de

este concepto se encuentra la cirugía laparoscópica que permite realizar la intervención con una incisión mínima de piel mediante equipos de endoscopia (laparoscopia).

En esta primera medición, los centros que participan en el estudio presentan un excelente resultado del 95,7%. En entornos de hospitales tradicionales los resultados de este indicador se suelen situar alrededor del 80% (Observatorio de la Comunidad de Madrid: 78,5% - 88,4%) por lo que podemos considerar que los centros privados en España han sido muy eficaces en la adopción de la innovación.

**INDICADOR 4**

PORCENTAJE DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN COLECISTECTOMÍA PARA CÁLCULO BILIAR (2017, EN %) NÚMERO DE CASOS 2017: 12.220





La accesibilidad de la atención es uno de los valores ampliamente reconocido y valorado por los usuarios en la atención sanitaria privada. Desde su inicio el Estudio RESA incorporó una serie de indicadores para cuantificar esta característica de ausencia de demoras tan apreciada por los pacientes.

Se miden en este capítulo una serie de indicadores de tiempo de espera para la realización de pruebas complementarias, consultas externas e intervenciones quirúrgicas.

## 4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

Este año se ha vuelto a producir un importante incremento en el volumen de datos aportados que va desde más del 8,6% para el TAC hasta un importante 22,4% para la mamografía. La mayor variabilidad de los resultados en los tres indicadores implica que se han incorporado resultados más extremos de los centros con estas nuevas aportaciones. Estamos hablando ya de cifras tan importantes como los 715.000 casos de resonancias magnéticas, el casi medio millón de TAC o las casi 300.000 mamografías.

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.

Los tiempos medios de espera tras la citación se mantienen este año por debajo de las 2 semanas y dentro de la línea histórica de los últimos cinco años:

- 11,32 días para la mamografía.
- 9,68 días para la resonancia magnética.
- 6,46 días para el TAC.

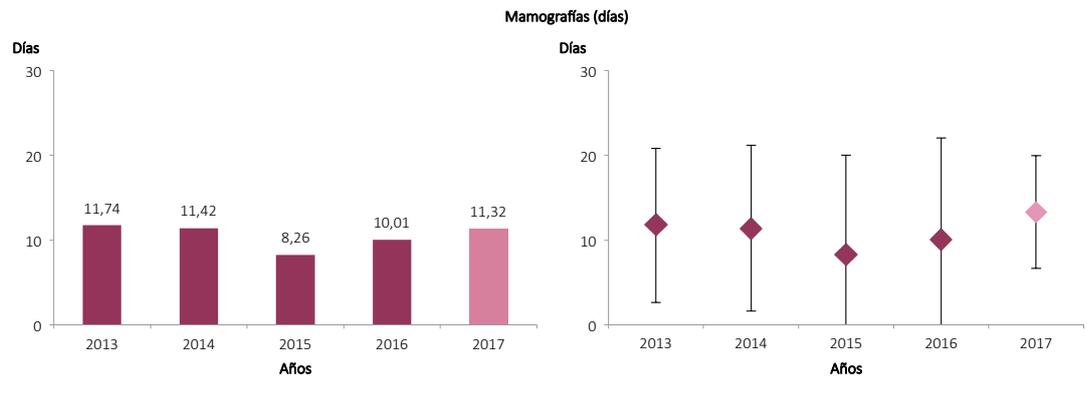
Incluso con el importante incremento de nuevos centros que aportan datos, los resultados se mantienen este año dentro de la serie histórica y por debajo de 1 semana para el TAC y de menos de 2 para la resonancia magnética y la mamografía.

### 4.1.1. Mamografías

El tiempo de espera para la mamografía es de 11,32 días. Su evolución en el tiempo se mantiene por debajo de los primeros años aunque por encima del mejor dato de 2015.

En los dos últimos años se ha experimentado un incremento de la variabilidad, seguramente atribuible al incremento del volumen de datos aportado.

<b>INDICADOR 5</b>	<b>TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS</b>
<b>INDICADOR 5.1.</b>	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2016-2017, tiempo en días) Número mamografías 2016: 235.620; 2017: 288.513 Variación 2017/2016: +22,4%



En el análisis de detalle de distribución de tiempos se observa que en más de un 28% de los casos la citación es inmediata para el día que se solicita y sólo el 11% superan los 22 días. Sólo mínimas proporciones de pacientes tienen tiempos de espera mayores, lo que interpretamos como debido, en general, a la propia conveniencia del paciente.

También en la variabilidad mensual de los tiempos de espera se observa cómo los meses de invierno y julio son los que presentan una menor demora y los de agosto y septiembre los que más, lo que identificamos como un efecto de la conveniencia por vacaciones en que se tiende a acelerar la realización en el mes de julio.

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.



### 4.1.3. Tomografía Axial Computarizada

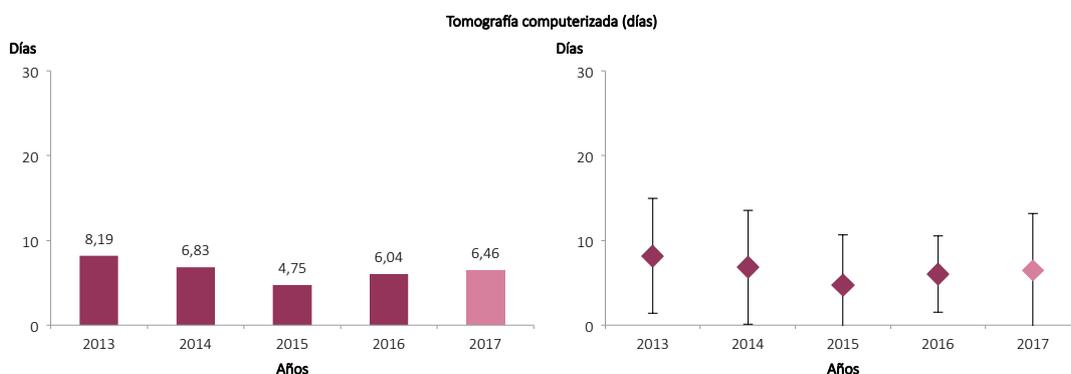
Las demoras para la realización de TAC son de 6,46 días este año, cifra ligeramente superior a la del año anterior pero inferior a las de los primeros años de la serie.

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

El análisis de distribución sigue mostrando este año una alta concentración en la realización el día que se solicita la exploración con más del 45% de casos realizados en el mismo día.

**INDICADOR 5.3.**

Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2016-2017, tiempo en días)  
 Número tomografías computerizadas 2016: 457.291; 2017: 496.746  
 Variación 2017/2016: +8,6%



## 4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

La elaboración y entrega del informe médico posterior a la realización de las pruebas complementarias es otro componente del proceso que puede generar demoras. Ello hizo que se incluyesen, desde el inicio del Estudio RESA, estos indicadores de medida del tiempo de entrega del informe.

Este 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.

Los datos de este 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.

### 4.2.1. Tiempo medio de entrega de informe de mamografía

Los informes de mamografía se entregan en un tiempo medio inferior a 2,5 días, manteniéndose así con discretas oscilaciones cada año. En 2017 el tiempo medio fue de 2,42 días.

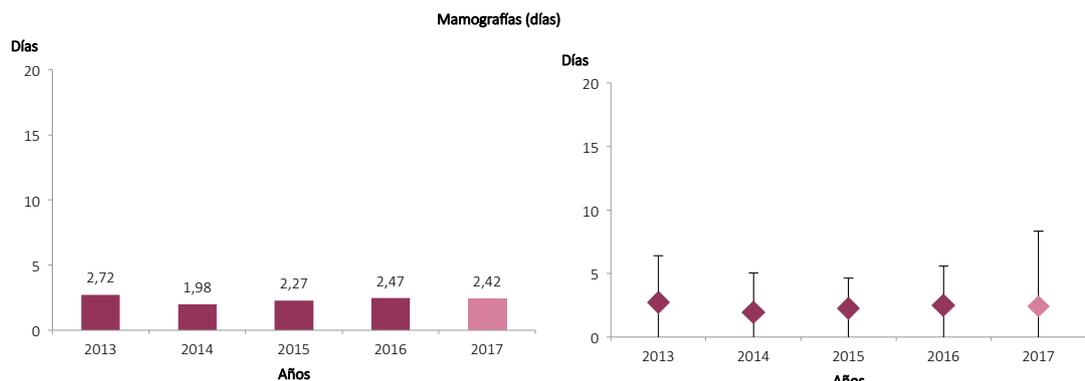
Del análisis de detalle se debe destacar una vez más que el 70% de los informes de mamografía están disponibles para su entrega en menos de un día tras su realización, llegando al 90% a los cuatro días, siendo por tanto marginales los casos en los que la disponibilidad del informe supera estos tiempos.

#### INDICADOR 6

#### TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

#### INDICADOR 6.1.

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2016-2017, tiempo en días)  
Número mamografías 2016: 223.758; 2017: 295.251  
Variación 2017/2016: +31,9%



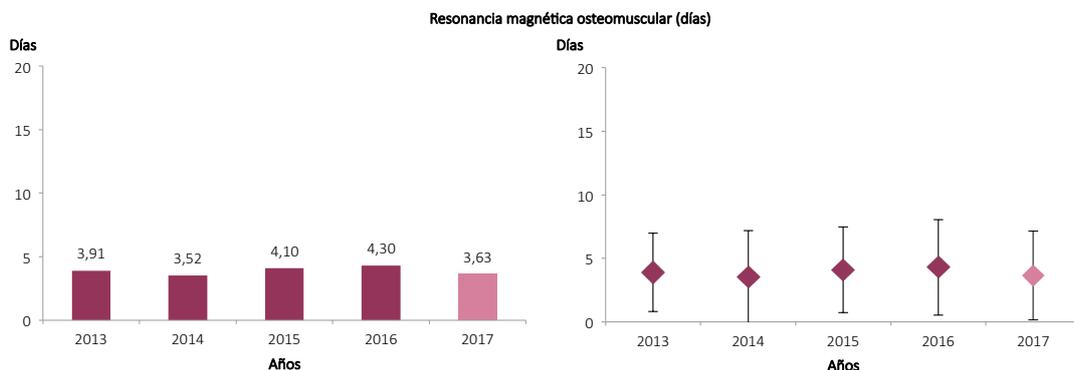
## 4.2.2. Tiempo medio de entrega de informe de resonancia magnética

En el caso de la resonancia magnética (RM), el tiempo de entrega del informe ha disminuido este año para situarse en 3,63 días, uno de los valores más bajos de la serie.

En el desglose de los datos hemos apreciado que, en el caso de la RM, el 60% de los informes se entregan en un día, y el 75% en una media de tres, quedando sólo un 10% de los casos en los que el informe se demora 9 o más días.

### INDICADOR 6.2.

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2016-2017, tiempo en días)  
 Número resonancias magnéticas 2016: 597.163; 2017: 715.217  
 Variación 2017/2016: +19,8%



## 4.2.3. Tiempo medio de entrega de informe de TAC

También el TAC presenta una importante disminución de más de 1 día en este indicador con un resultado de 2,47 días, el más bajo de la serie.

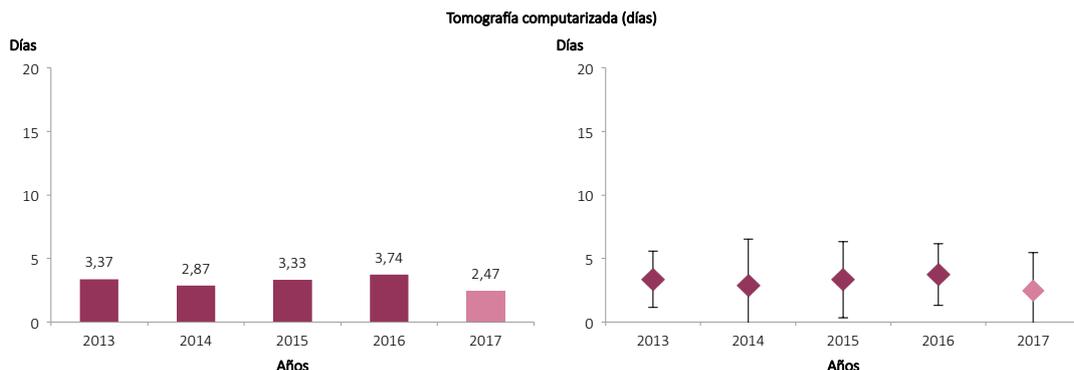
Los tiempos de entrega del informe de TAC se han mantenido en los últimos cuatro

años alrededor de los 3 días con pequeñas variaciones anuales.

Descendiendo a más detalle, en el 60% de los casos se entrega la prueba en las siguientes 24 horas. En el 83% de los casos la entrega se realiza en menos de 6 días.

### INDICADOR 6.3.

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2016-2017, tiempo en días)  
 Número tomografías computarizadas 2016: 438.425; 2017: 496.746  
 Variación 2017/2016: +13,3%



### 4.3. Tiempo medio de espera de citación primera consulta de especialista

Se analizan aquí los tiempos de espera para consultas de cuatro de las especialidades que por su volumen de actividad son de las más representativas de la sanidad privada.

En el análisis hay que tener en cuenta que los datos de consultas externas han tenido un importantísimo incremento de entre el 30% y el 90% para las diferentes especialidades. Ello implica que centros que antes no suministraban esta información han pasado a facilitarla.

Todas las especialidades analizadas mantienen tiempos de espera desde la citación que están por debajo de las dos semanas excepto en dermatología que se encuentra algo por encima de esta cifra con 18,6 días.

Los tiempos de espera este año han disminuido, con la salvedad de dermatología, respecto a los resultados del año anterior en varios días, por lo que los resultados de 2017 deben ser considerados una oscilación natural en estas cifras.

Valoramos especialmente el hecho de que incluso con un incremento tan notable de los datos, los tiempos se mantengan por debajo o en 2 semanas en la mayoría de especialidades.

#### INDICADOR 7

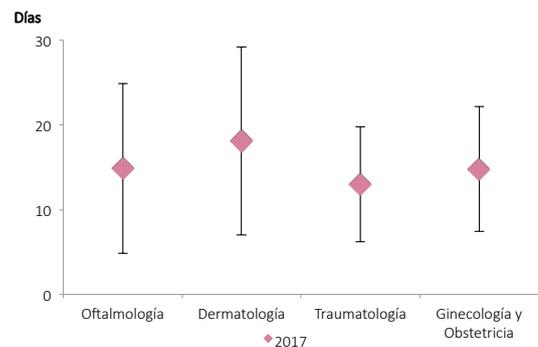
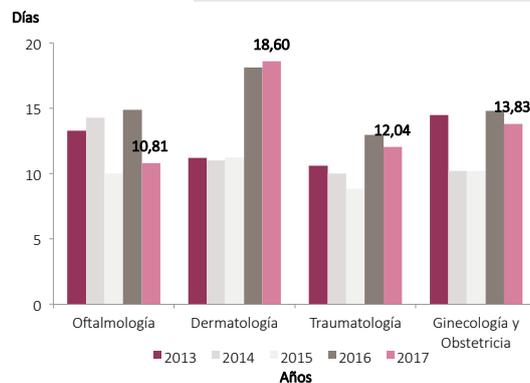
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA PRIMERA CONSULTA DE ESPECIALISTA (2013-2017, TIEMPO EN DÍAS)

NÚMERO DE CONSULTAS OFTALMOLOGÍA 2016: 287.447; 2017: 402.087 (+39,9%)

NÚMERO DE CONSULTAS DERMATOLOGÍA 2016: 338.458; 2017: 438.221 (+29,5%)

NÚMERO DE CONSULTAS TRAUMATOLOGÍA 2016: 625.079; 2017: 1.038.794 (+66,2%)

NÚMERO DE CONSULTAS GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2016: 323.853; 2017: 617.271 (+90,6%)



Nota: Se han eliminado los *outliers* y los centros con concesiones públicas de estos indicadores.

## Variaciones de los tiempos de demora

Se analiza también la distribución mensual de los tiempos de espera para valorar la existencia de posibles picos de presión de la demora en función de la demanda. En los tiempos de espera medios en los diferentes meses del año, para las cuatro especialidades estudiadas, se observa un patrón coincidente en todas ellas:

- La variación de los tiempos medios mínimos y máximos mensuales de espera es muy pequeña: 3 días para oftalmología, 6 días para dermatología, 4 para traumatología y 3,5 para ginecología y obstetricia.

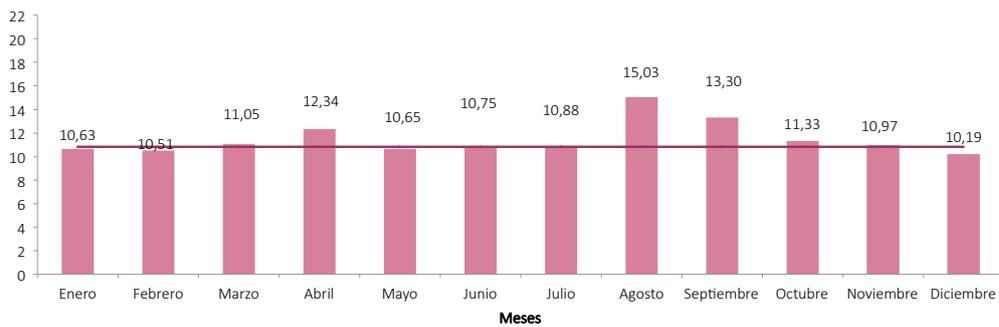
- En todas coinciden los tiempos de mayor demora con el mes de agosto, septiembre, abril y enero. El mes de agosto es siempre el que presenta tiempos más largos de atención.

Con este análisis parece demostrarse una vez más la flexibilidad y la capacidad de regulación del equilibrio oferta-demanda en la sanidad privada: la capacidad de absorción de los picos de demanda no parece un problema y sólo se producen discretos incrementos en los períodos vacacionales, sea por las preferencias de los pacientes o la disponibilidad de los profesionales.

### INDICADOR 7.1.

Tiempo medio de espera de citación para consultas de oftalmología por mes (2017, tiempo en días)

Días

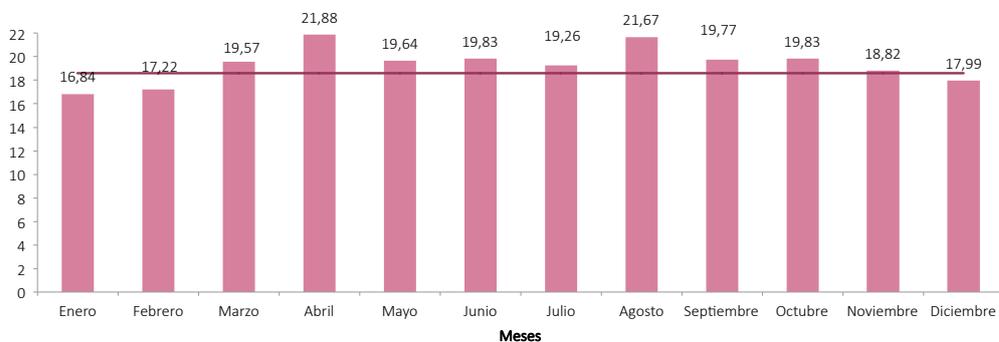


Nota: Se han eliminado los outliers y los centros con concesiones públicas de estos indicadores.

### INDICADOR 7.2.

Tiempo medio de espera de citación para consultas de dermatología por mes (2017, tiempo en días)

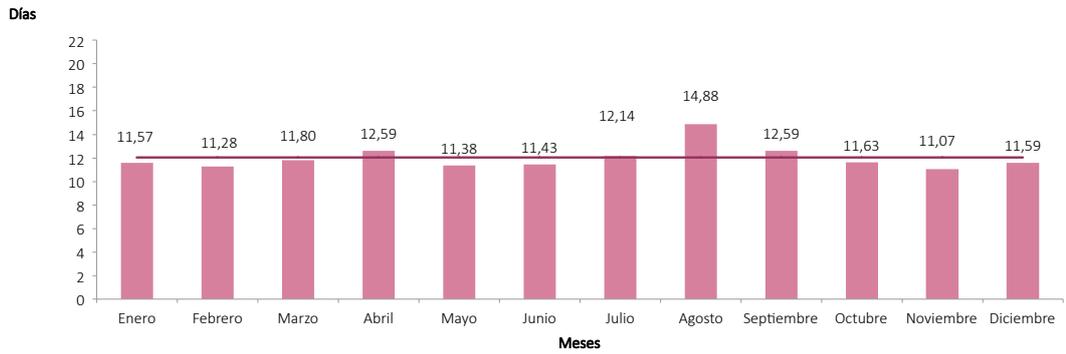
Días



Nota: Se han eliminado los outliers y los centros con concesiones públicas de estos indicadores.

**INDICADOR 7.3.**

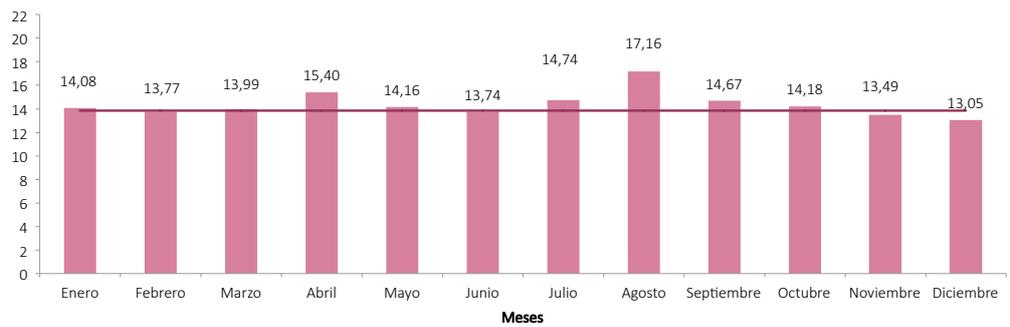
Tiempo medio de espera de citación para consultas de traumatología por mes (2017, tiempo en días)



**Nota:** Se han eliminado los *outliers* y los centros con concesiones públicas de estos indicadores.

**INDICADOR 7.4.**

Tiempo medio de espera de citación para consultas de ginecología y obstetricia por mes (2017, tiempo en días)



**Nota:** Se han eliminado los *outliers* y los centros con concesiones públicas de estos indicadores.

## 4.4. Tiempo medio de atención en urgencias

Si el año pasado se produjo un importante salto en el número de urgencias reportadas por los hospitales, este se ha incrementado en un 13% más de datos. El análisis de este indicador, una vez excluidos los datos sin información correcta de tiempos de atención, supera los 4 millones de visitas de urgencia, un gran volumen, aunque algo menor que el del año pasado, al disminuir un 2% el número de casos válidos.

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.

Este año el tiempo de espera para *triage* disminuye en 1 minuto, y el de asistencia en 4 minutos, volviendo a tiempos similares a los de los años 2014 y 2015. Continúa manteniéndose por tanto el tiempo total de espera por debajo de los 30 minutos (23:27 minutos).

En realidad parece tratarse de una vuelta a los valores de la serie anterior con tiempos que se habían incrementado en el caso del *triage* en 2016 y en el del tiempo entre *triage* y asistencia médica en 2015 y 2016.

Estos tiempos se mantienen a pesar de la mayor presión asistencial. Con los datos del Sistema de Información de Atención Especializada del Ministerio de Sanidad, se confirma un incremento de aproximadamente medio millón de urgencias anuales en el sector privado.

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.

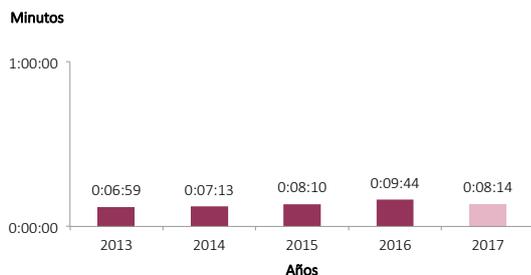
El patrón que presenta la atención de urgencias es el de un discreto incremento los lunes y en los picos horarios a partir de las 9 de la mañana y las seis de la tarde.

### INDICADOR 8-9

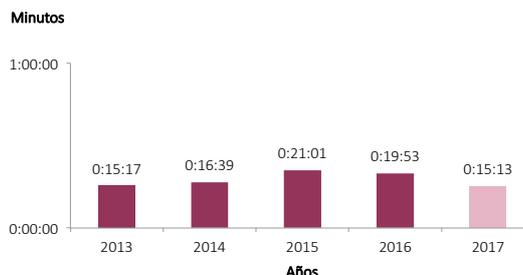
TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS (2016-2017, TIEMPO EN MINUTOS)  
 NÚMERO URGENCIAS 2016: 4.162.113; 2017: 4.072.899  
 VARIACIÓN 2017/2016: -2,1%



Tiempo medio de asistencia en *triage* en urgencias



Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias



## 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.

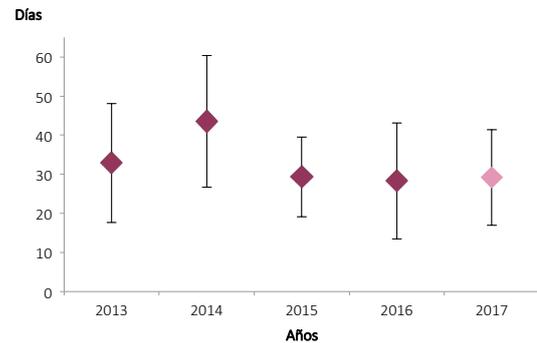
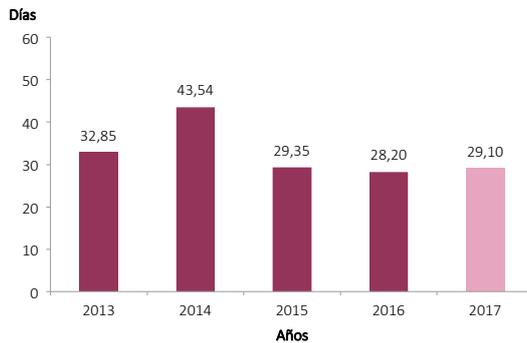
Para la participación en este indicador, los centros deben de tener registrados en sus sistemas de información la fecha de pre-anestesia, lo que dificulta la obtención de datos dado que en muchos casos la pre-anestesia se realiza fuera del propio centro. Ello genera dificultades para conseguir los datos que este año han tenido una pequeña disminución. Aun así, se dispone de más de 80.000 registros para el análisis de este indicador.

En los últimos tres años, el tiempo de espera media quirúrgica se mantiene alrededor de los 28-29 días. En 2017 el tiempo es de 29,2, un muy discreto incremento de 1 día respecto a 2016. En cambio, la desviación estándar ha disminuido.

Estos datos confirman también la excelente accesibilidad del sector privado para la atención quirúrgica, con tiempos de demora para intervenciones electivas que apenas suponen el tiempo técnico necesario para proceder a las intervenciones.

### INDICADOR 10

ESPERA MEDIA QUIRÚRGICA (2016-2017, TIEMPO EN DÍAS)  
NÚMERO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2016: 90.943; 2017: 80.544  
VARIACIÓN 2017/2016: -11,4%



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

Es conocido en la bibliografía sobre demoras sanitarias que las esperas quirúrgicas con datos globales son en realidad muy poco explicativas de los problemas de accesibilidad. En una demora quirúrgica media se incluyen desde problemas de salud que se benefician claramente de una intervención rápida hasta otros que apenas influyen en la capacidad funcional del paciente y cuya fecha es fijada generalmente a conveniencia del paciente.

Esto ha hecho que en los sistemas públicos más avanzados y que tienen demoras importantes se hayan establecido sistemas de priorización de pacientes en función del problema de salud que presentan.

Aunque los tiempos de demora media global son mínimos en el sector privado español, se ha querido medir desde el inicio en el Estudio RESA las demoras que presentan los problemas de mayor prioridad. Se estableció para ello una medida del tiempo de demora para cáncer desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento médico o quirúrgico.

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.

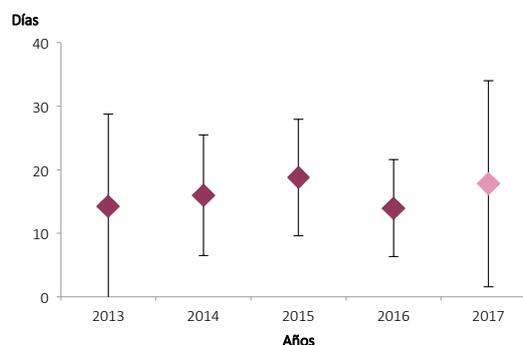
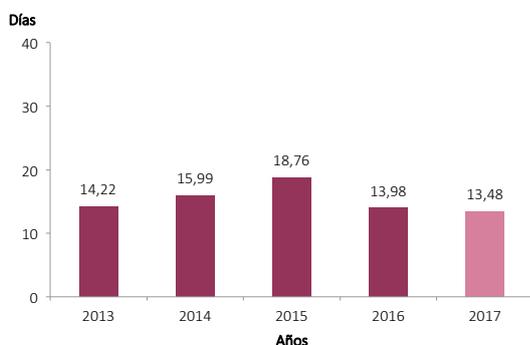
El volumen de datos aportados ha sido algo menor al de años anteriores. Ello se explica porque se trata de un indicador de recolección manual mayoritariamente al ser los tiempos de diagnóstico e inicio del tratamiento dos datos que no se recogen explícitamente como tales en los sistemas de información hospitalarios.

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 en 2011, no mostrado aquí) y menos de 19 días (menos de 3 semanas).

El indicador se encuentra este año en 13,48 días, por debajo de las 2 semanas.

### INDICADOR 11

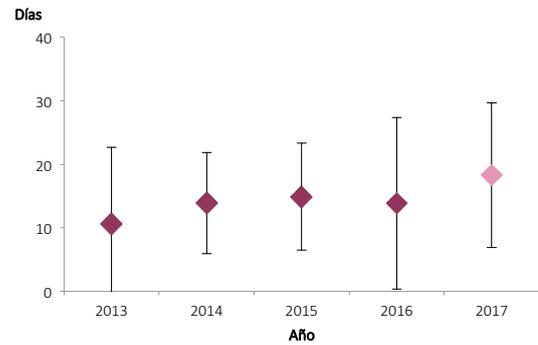
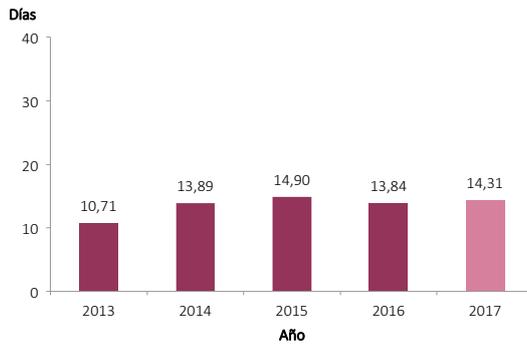
TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA (2016-2017, TIEMPO EN DÍAS)  
 NÚMERO DE PACIENTES 2016: 2.649; 2017: 2.015  
 VARIACIÓN 2017/2016: -23,9%



El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de colon se mantiene prácticamente dentro del rango de las 2 semanas a lo largo de todo el período estudiado, con datos en 2018 de 14,31 días que se encuentran en la línea de los cuatro años anteriores.

**INDICADOR 12**

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE COLON (2012-2017, TIEMPO EN DÍAS)  
 NÚMERO DE PACIENTES 2016: 1.499; 2017: 1.085  
 VARIACIÓN 2017/2016: -27,6%

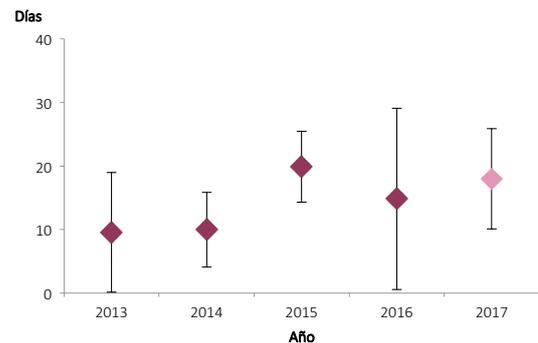
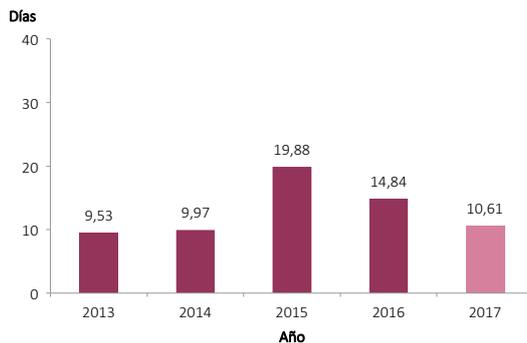


En el tratamiento del cáncer de pulmón, en que ha habido mayores variaciones en la serie histórica, el indicador vuelve en 2017 a los mejores datos de la serie con un valor de 10,61 días con lo que se corrigen los aumentos que había tenido en 2015 y 2016.

Los resultados de estos tres indicadores pueden ser valorados como excelentes, considerando que las recomendaciones de tiempo del tratamiento del cáncer en la mayoría de programas en España y otros países suelen marcar como objetivo un período de 8 semanas.

**INDICADOR 13**

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PULMÓN (2012-2017, TIEMPO EN DÍAS)  
 NÚMERO DE PACIENTES 2016: 1098; 2017: 910  
 VARIACIÓN 2017/2016: -17,1%





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

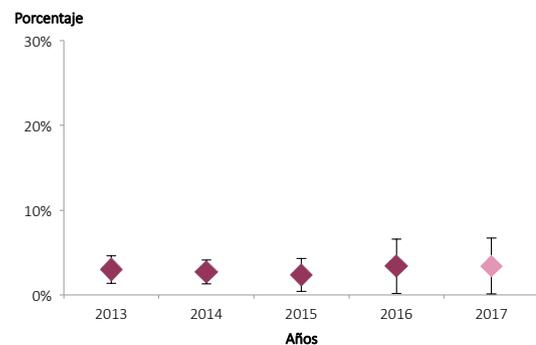
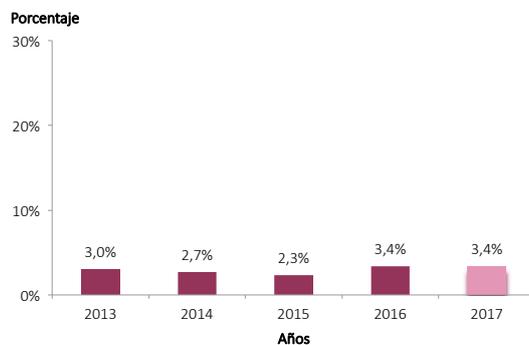
El indicador mide la proporción de pacientes que retornan a urgencias dentro de los 3 días posteriores a su atención, con el mismo diagnóstico inicial.

La tasa de retorno a urgencias a las 72 horas se mantiene en 3,4% lo que constituye un excelente resultado.

El resultado se mantiene igual que el año anterior y en la línea de los resultados obtenidos estos siete años.

### INDICADOR 14

TASA DE RETORNO A URGENCIAS A LAS 72 HORAS DEL ALTA POR EL MISMO DIAGNÓSTICO (2016-2017, EN %)  
 NÚMERO URGENCIAS 2016: 2.132.407; 2017: 2.956.301  
 VARIACIÓN 2017/2016: + 38,6%



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

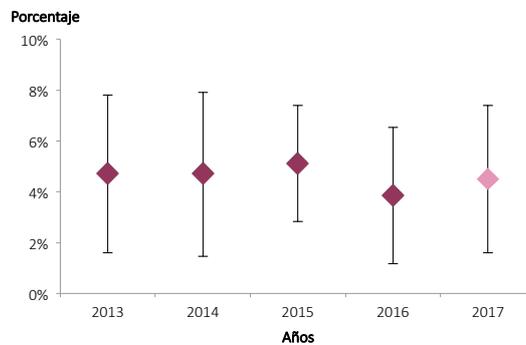
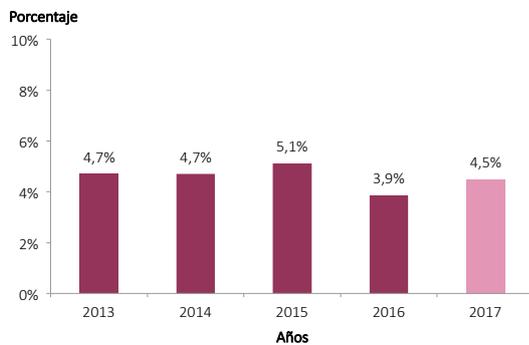
La tasa de reingreso en hospitalización es ampliamente utilizada, tanto en general (incluyendo todos los problemas de salud) como de forma específica para determinados diagnósticos. Se considera el reingreso temprano del paciente como un indicador de que posiblemente la patología original pudo no resolverse adecuadamente.

Este indicador mide la proporción de pacientes que vuelven a ingresar en el hospital por un diagnóstico similar. Se calcula en varios períodos (reingreso a las 48 horas, a las 72 horas y 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 facilita compararlo con otros resultados.

En los datos correspondientes a la actividad del año 2017 la tasa de reingresos da un valor del 4,5%. Este dato se mantiene dentro de la línea de los últimos años, en que había oscilado entre 3,9% y 5,1%, aunque incrementa el valor de 2016 (3,9%) que había sido el más bajo de toda la serie. Cabe señalar que este indicador es uno de los más afectados por el cambio a la clasificación CIE-10 de diagnósticos por lo que la comparación entre los dos últimos años y los anteriores debe ser prudente.

### INDICADOR 15

TASA DE REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN A 30 DÍAS DEL ALTA (2016-2017, EN %)  
 NÚMERO INGRESOS 2016: 920.494; 2017: 1.057.297  
 VARIACIÓN 2017/2016: 14,9%



### 5.3. Tasa de reingreso por causas quirúrgicas a los 7 días

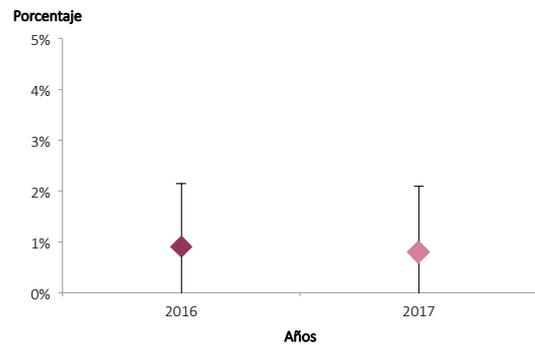
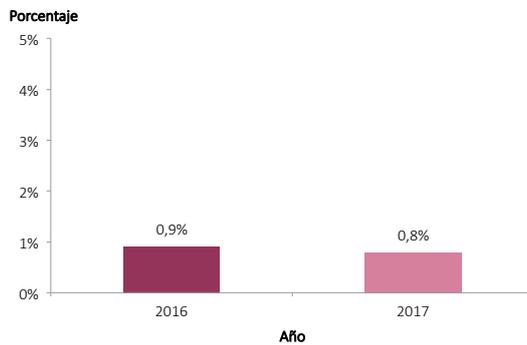
Se trata, como comentábamos antes, de uno de los indicadores más específicos de reingresos acotando en este caso los reingresos en los casos en que hay intervenciones quirúrgicas mayores. La tasa de reingreso por causas quirúrgicas pretende medir posibles complicaciones de la cirugía que hacen reingresar al paciente a los pocos días de una intervención. Este indicador se incorporó el año pasado.

En 2017 el dato se mantiene prácticamente igual, situándose en 0,8%. Esta tasa es bastante inferior a los datos que conocemos de otros sistemas que suelen estar próximos al 2%.

Para tener una referencia se puede comparar con los resultados de este indicador en la Comunidad de Madrid que se situó entre el 1,79 y el 1,84% en 2016. Esto muestra que el resultado de los centros privados se encuentra en valores más que correctos, aun teniendo en cuenta las dificultades de comparar datos con diferente casuística de pacientes.

#### INDICADOR 16

TASA DE REINGRESO POR CAUSAS QUIRÚRGICAS A LOS 7 DÍAS (2016-2017, EN %)  
 NÚMERO DE CASOS 2016: 509.893; 2017: 528.190  
 VARIACIÓN 2017/2016: +3,6%



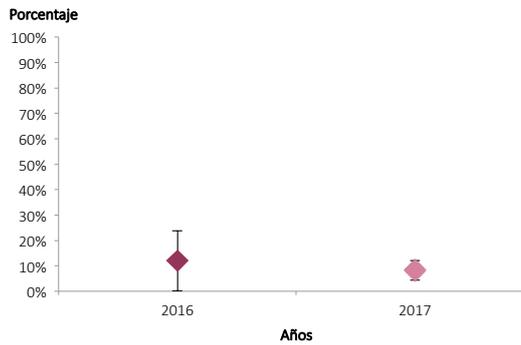
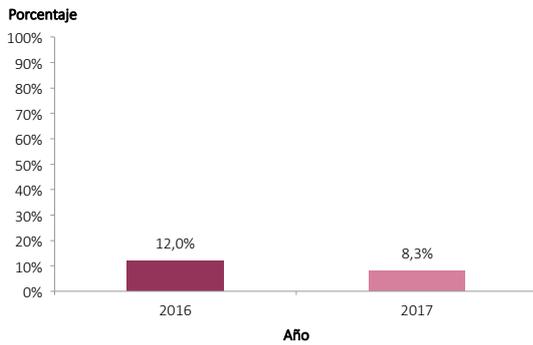
## 5.4. Reingresos por enfermedad pulmonar (EPOC) a los 30 días

Dentro de las especificaciones de la tasa de reingresos tiene especial interés estudiar algunos diagnósticos o problemas de salud específicos. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica tiene en la tasa de reingresos un indicador muy sensible a la buena organización de la asistencia tanto hospitalaria como extrahospitalaria. Son pacientes severos con tendencia a los frecuentes reingresos por descompensación en que los programas de seguimiento bien organizados consiguen reducciones importantes del uso de las urgencias y la hospitalización.

En este caso, el resultado baja desde el 12% al 8,3% de reingresos, una tasa bastante baja si se compara con los datos publicados por ejemplo por CatSalut del 16,27%. Asimismo, los datos del Observatorio de la Comunidad de Madrid sitúan este indicador entre el 16,5% y el 17,8%.

### INDICADOR 17

REINGRESOS POR ENFERMEDAD PULMONAR (EPOC) A LOS 30 DÍAS (2016-2017, EN %)  
 NÚMERO DE CASOS 2016: 7.027; 2017: 7.747  
 VARIACIÓN 2017/2016: +10,2%



## 5.5. Reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días

El segundo diagnóstico específico que estudiamos es el de la insuficiencia cardíaca. Al igual que en el caso anterior, es conocido la buena organización de la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria que evita los reingresos de pacientes.

El dato de 2017 es también algo inferior al del año pasado con un 9,5%.

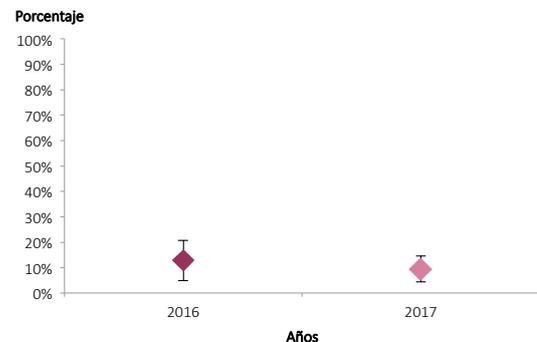
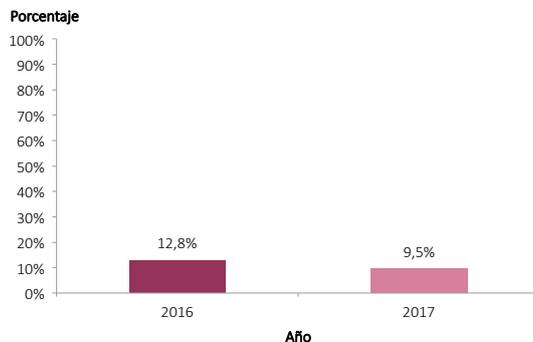
La comparación con los datos más recientes de CatSalut (14,29%) y la Comunidad de Madrid (entre 13,9% y 15,9%) demuestra que los datos de los centros privados en este indicador son similares o incluso mejores que los de las redes asistenciales de mayor prestigio, salvando todas las cautelas que este tipo de comparaciones merece y que hemos comentado antes.

### INDICADOR 18

REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA A LOS 30 DÍAS (2016-2017, EN %)

NÚMERO DE CASOS 2016: 8.649; 2017: 9.350

VARIACIÓN 2017/2016: +8,1%



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

Volviendo a los indicadores tradicionales del Estudio RESA, este indicador calcula aquellos casos que tienen que re-intervenirse en las 72 horas posteriores a una cirugía de cataratas.

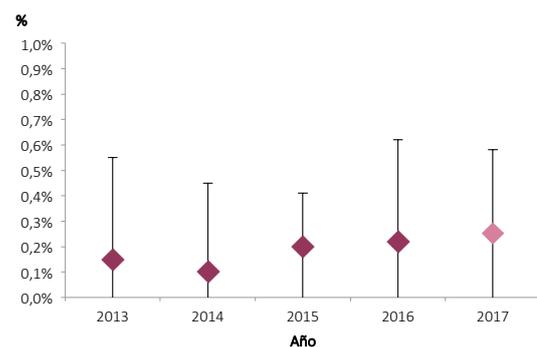
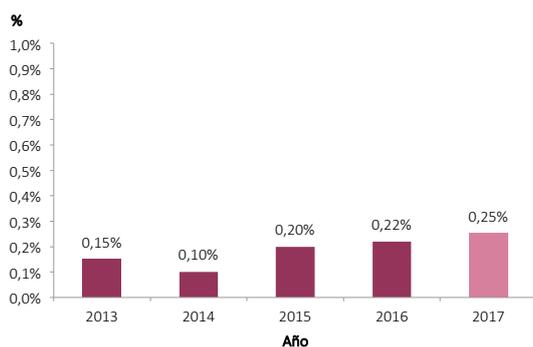
El indicador continúa con un excelente resultado: 2,5 por mil pacientes, aunque con un incremento de dos décimas sobre el año anterior. Parece experimentarse una discreta tendencia al incremento en los últimos cuatro años.

### INDICADOR 19

RATIO DE COMPLICACIONES EN LOS TRES DÍAS POSTERIORES A LA CIRUGÍA DE CATARATAS (2016-2017, EN %)

NÚMERO DE INTERVENCIONES DE CATARATAS 2016: 33.511; 2017: 42.720

VARIACIÓN 2017/2016: +27,5%





La calidad es un foco tan prioritario en el estudio, que se decidió desde un inicio incluir indicadores cualitativos para medir el esfuerzo de los centros en garantizar la calidad y la seguridad del paciente.

Se introdujeron, por tanto, dos tipos de valoración:

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

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

Continúa incrementándose la participación de centros, siendo ya 155 (25 más que el año anterior) los que participan en estos indicadores.

## 6.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

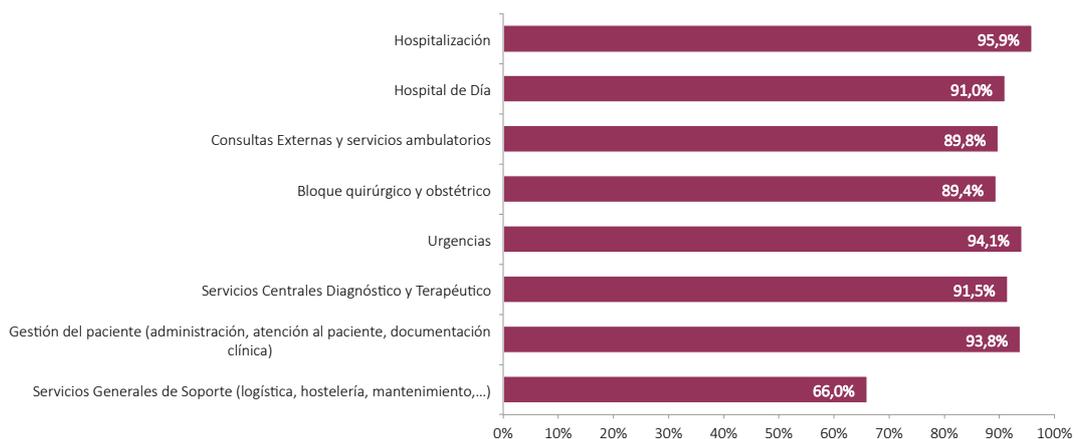
Se ha solicitado a los centros el envío de copia de las certificaciones obtenidas. Se han considerado únicamente como aceptadas las certificaciones más habituales de organismos oficiales de reconocida solvencia.

La proporción de centros asistenciales que cuentan con este tipo de acreditaciones, para todos los servicios está próxima o claramente por encima del 90%.

La acreditación o certificación de servicios asistenciales constituye por tanto un estándar generalizado entre los centros privados.

### INDICADOR 20

ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE UNIDADES Y SERVICIOS HOSPITALARIOS  
 NÚMERO DE CENTROS HOSPITALARIOS: 2016: 130; 2017: 155  
 VARIACIÓN 2017/2016: +19,2%



## 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 para la seguridad del paciente, que se recomiendan internacionalmente 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.

El número de centros que participa en estos indicadores viene experimentando un incremento constante cada año, al mismo tiempo que también se aprecia un incremento constante y progresivo en el nivel de implantación.

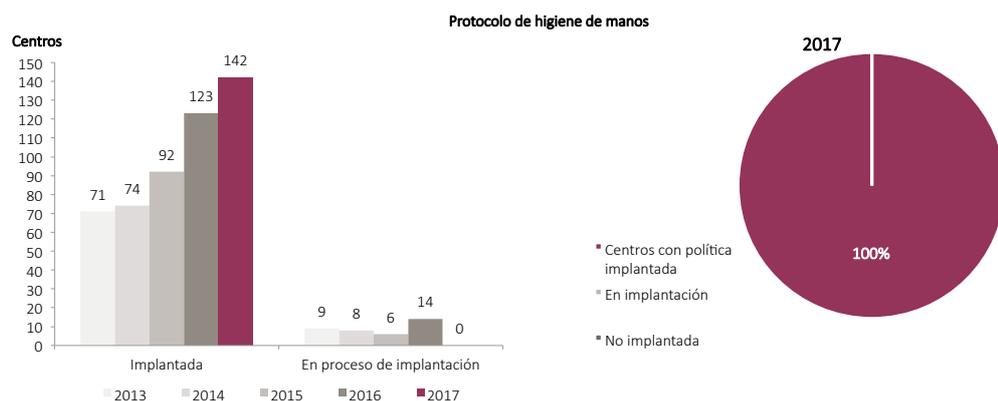
### 6.2.1. Protocolo de higiene de manos

La implantación de este indicador es total en los centros participantes.

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 supone un elemento clave en la prevención de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS o infecciones nosocomiales).

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

<b>INDICADOR 21</b>	<b>POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
<b>INDICADOR 21.1.</b>	Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente: Higiene de manos (2016-2017, protocolización en %) Número de centros hospitalarios 2016: 139; 2017: 142 Variación 2017/2016: +2,2%



## 6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión

En 2017, los centros que han participado en este indicador presentan un 90% de implantación plena y un 10% en proceso de implantación, lo que supone un importante grado de avance sobre el año anterior en que un 24% de los centros se encontraban en período de implantación. Estos datos son muy satisfactorios sobre todo teniendo en cuenta además que se han incorporado 4 centros que anteriormente no habían participado.

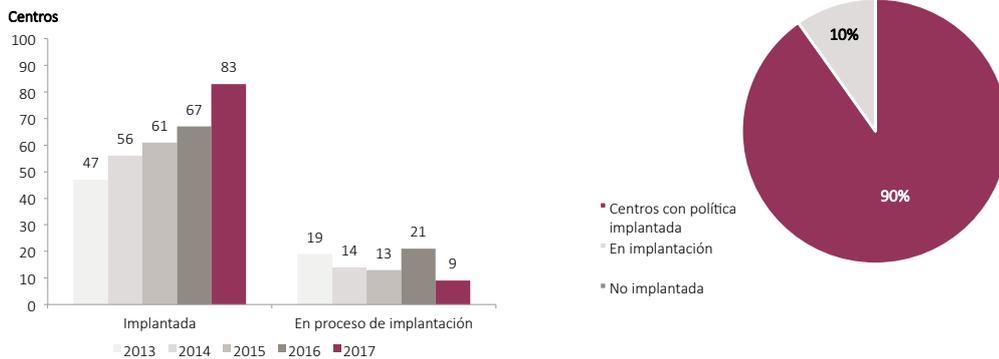
Es conocido que el riesgo de desarrollar Úlceras Por Presión (UPP) es uno de los eventos adversos más importantes de las hospitalizaciones con estancias prolongadas, y sobre todo en pacientes mayores y/o dependientes, cada vez más frecuentes en los hospitales.

Los programas de evaluación del riesgo de padecer UPP consisten en valorar al ingreso el nivel de riesgo de los pacientes de forma que permita planificar e instaurar medidas de prevención en aquellos casos que lo requieran.

### INDICADOR 21.2.

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente: Evaluación de riesgo de úlceras por presión (2016-2017, en %)  
 Número de centros hospitalarios 2016: 88; 2017: 92  
 Variación 2017/2016: +4,5%

Protocolo de evaluación de riesgos de úlceras por presión al ingreso



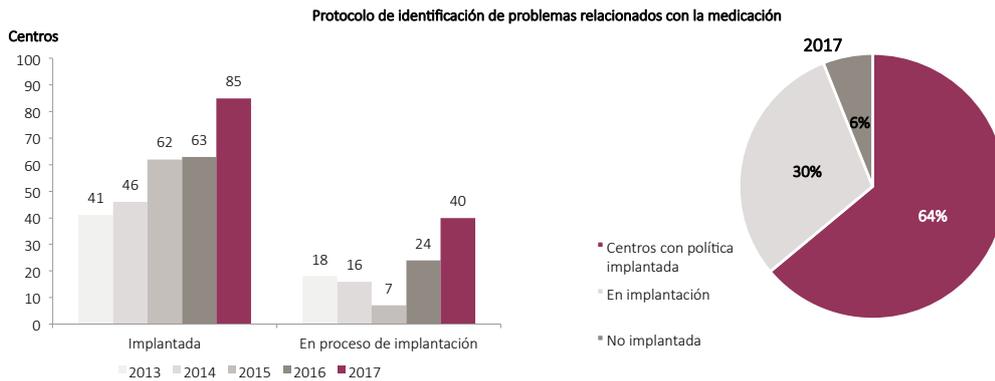
### 6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación

Continúa en 2017 la mejora del nivel de implantación de esta política que ya llega al 64% de los centros con implantación plena, lo que significa haber aumentado 14 puntos en tan solo un año. Cabe también reseñar que se ha incrementado en 11 puntos los centros que se encuentran en proceso de implantación. Todo ello supone por lo tanto que se haya reducido drásticamente en 25 puntos los centros que no tienen esta política implantada, quedando en tan solo un 6%.

Todo ello, supone una mejora excelente, mucho más porque, como es conocido, 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.

**INDICADOR Z1.3.**

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente: Problemas relacionados con la medicación (2016-2017, en %)  
 Número de centros hospitalarios 2016: 127; 2017: 133  
 Variación 2017/2016: +4,7%



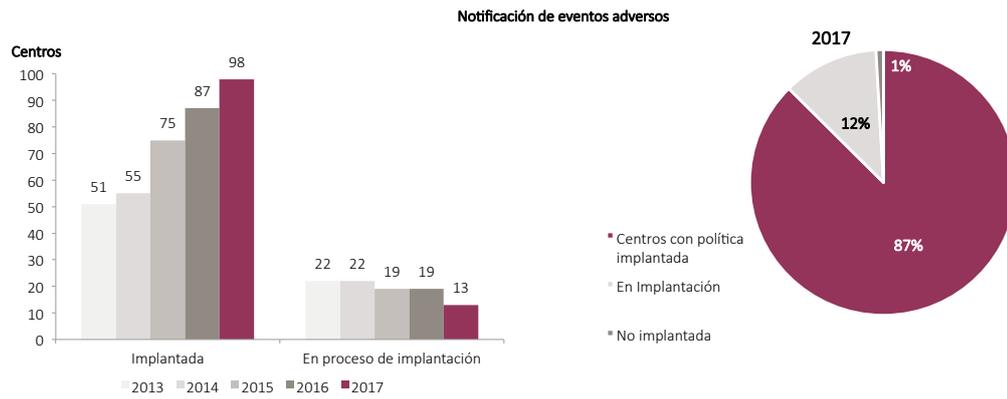
### 6.2.4. Sistema de notificación de eventos adversos

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 esta ocasión, la evolución del indicador, que ya era muy positiva el año anterior, sigue siendo muy buena: con 5 nuevos centros incorporados, la proporción de los que la tienen implantada se incrementa hasta el 87% respecto al 81% de 2016, lo que supone que las organizaciones que la tienen en proceso de implantación sea ahora del 12% frente al 18% del año anterior.

**INDICADOR 21.4.**

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente: Notificación de eventos adversos (2016-2017, protocolización en %)  
 Número de centros hospitalarios 2016: 107; 2017: 112  
 Variación 2017/2016: +4,7%



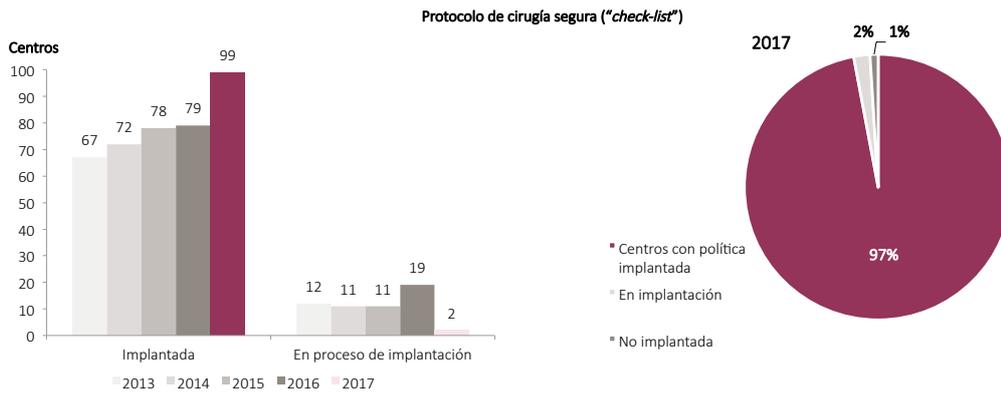
## 6.2.5. Protocolo de intervenciones de cirugía segura (*check-list* quirúrgico)

El protocolo de cirugía segura (*check-list* quirúrgico) está, en 2017, plenamente implantado en el 97% de los centros que participan en este indicador y en implantación en 2 centros.

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.

### INDICADOR 21.5.

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente: Protocolo de cirugía segura (*Check-list*) (2016-2017, protocolización en %)  
 Número de centros hospitalarios 2016: 99; 2017: 102  
 Variación 2017/2016: +3,0%



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

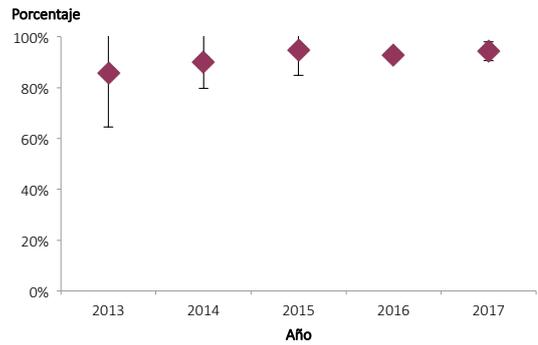
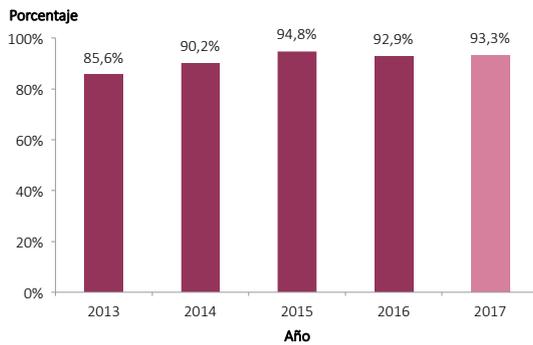
En 2017, en que se han reportado casi 40.000 pacientes más en este indicador (24,1% de crecimiento), el nivel de cumplimiento del protocolo de cirugía segura es del 93,3%. En los últimos cuatro años, el dato ha oscilado entre el 90,2% y el 94,8%, con un grado de variabilidad mínima entre centros en los tres últimos años.

El grado de cumplimiento de las políticas de protocolo de cirugía segura se calcula mediante la medición de la ratio de intervenciones quirúrgicas en las que los centros hospitalarios han realizado un "check-list" de quirófano a los pacientes.

En este caso la dificultad a la hora de medir este indicador viene dada por la falta de integración de este formulario dentro de los sistemas de información de los centros, por lo que el volumen de información analizada no es la del potencial máximo del estudio. De todos modos, el número de centros que van incorporando esta información a sus sistemas de gestión continúa aumentando.

**INDICADOR 22**

RATIO DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA SEGURA ("CHECK-LIST" QUIRÚRGICO) (2016-2017, EN %)   
 NÚMERO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2016: 155.603; 2017: 193.084   
 VARIACIÓN 2017/2016: +24,1%



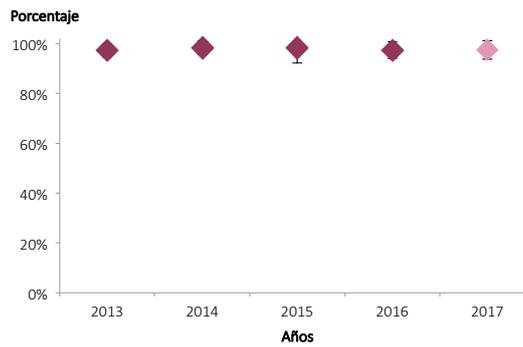
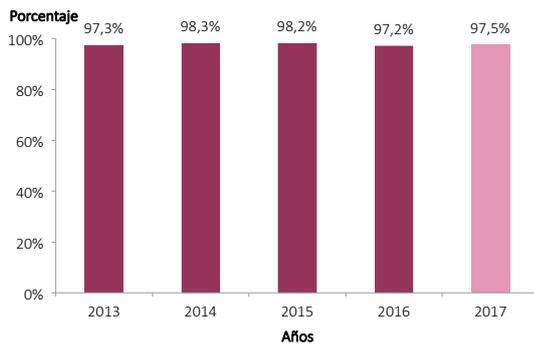
## 6.4. Tasa de supervivencia a las 48 horas de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA)

La supervivencia a las 48 horas en el Síndrome Coronario Agudo ha oscilado en los últimos 7 años en el Estudio RESA entre el 96,9% de 2012 y el 98,3 de 2014%. En 2017 el indicador arroja un resultado de 97,5%, unas décimas superior al de 2016. Se mantienen por tanto constantes, con muy pequeñas oscilaciones, el resultado a lo largo de los últimos 5-6 años y con datos completamente comparables a los conocidos nacional e internacionalmente.

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.

### INDICADOR 23

TASA DE SUPERVIVENCIA A LAS 48 HORAS DE PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO (2016-2017, TASA EN %)  
 NÚMERO PACIENTES INGRESADOS POR SCA 2016: 3.418; 2017:3.472  
 VARIACIÓN 2017/2016: +1,6%



## 6.5. Tasa de supervivencia al alta por Síndrome Coronario Agudo (SCA)

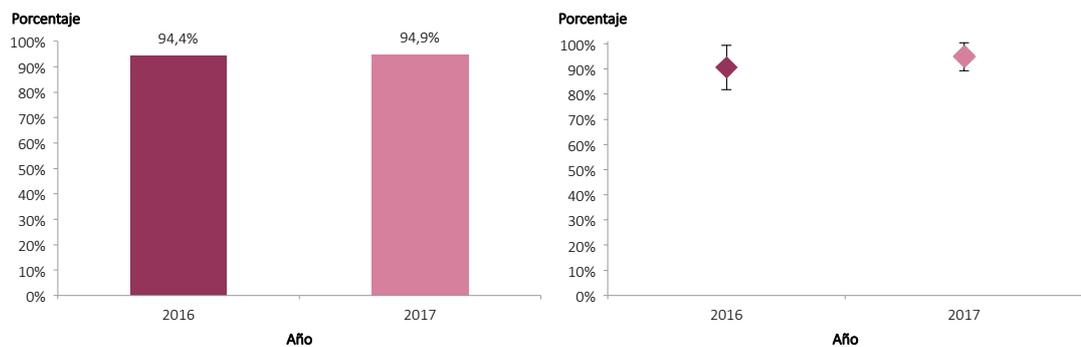
La supervivencia al alta en este indicador en 2017 es de 94,9%, muy discretamente superior al de 2016 (94,4%).

Este indicador se introdujo el año pasado, para favorecer la comparabilidad con los observatorios en España que publican resultados de la atención sanitaria, y utilizan el indicador al alta del paciente y no en las 48 horas.

La comparación con los datos de los Observatorios de Cataluña (94,2%) y Madrid (entre 92,8% y 94% en 2016) muestran que el resultado está en la línea de los de estas dos grandes redes asistenciales públicas.

### INDICADOR 24

TASA DE SUPERVIVENCIA AL ALTA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO (2016-2017, EN %)  
 NÚMERO DE CASOS 2016: 3.418; 2017: 3.472  
 VARIACIÓN 2017/2016: +1,6%





## 6.7. Tasa de supervivencia al alta por Ictus

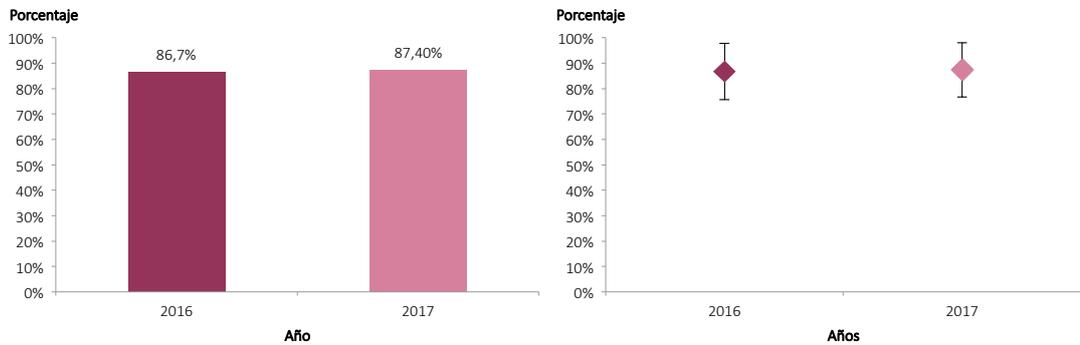
El resultado en 2017 es algo superior al de 2016 (87,4% vs 86,7%) considerando que estas oscilaciones discretas no tienen especial significación.

El resultado es similar al de CatSalud (87,3%) y algo superior al de la Comunidad de Madrid (84,6% a 84,8%) en 2016.

También en este indicador comprobamos cómo los resultados de los centros privados se encuentran en línea con los de los observatorios del sistema público que publican datos de indicadores hospitalarios.

### INDICADOR 26

TASA DE SUPERVIVENCIA AL ALTA POR ICTUS (2016-2017, EN %)  
 NÚMERO DE CASOS 2016: 4.956; 2017: 5.950  
 VARIACIÓN 2017/2016: +20,1%



Como hemos insistido, estas comparaciones deben ser interpretadas con mucha prudencia por las diferencias de casuística, así como por el posible impacto de la calidad de la codificación. Es evidente que pequeñas diferencias no se pueden interpretar en el sentido de que unos centros tienen mejores

resultados o peores. Pero en todo caso, muestran claramente que los resultados de la sanidad privada son al menos muy similares a los resultados de dos de las mejores redes hospitalarias públicas en España.

## 6.8. Indicadores de mortalidad EIQI

Como comentábamos al principio, incorporamos este año tres indicadores de mortalidad que se utilizan en el Proyecto EIQI (European Inpatient Quality Indicators) realizado en más de 400 hospitales públicos y privados de Alemania, Suiza y Austria. Este año se incorporan de forma inicial algunos de estos indicadores al Estudio RESA.

Estos indicadores abordan los siguientes aspectos:

- Mortalidad por Neumonía no complicada. Se trata de un indicador relativamente clásico de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), que presenta datos comparables con muchos sistemas sanitarios.

- Mortalidad por fractura de cuello de fémur y mortalidad por fractura de cadera pertrocantérea.

Se trata de dos indicadores que no son publicados habitualmente en otros sistemas sanitarios, al ser un desglose del indicador clásico de fractura de cadera.

Estos indicadores presentan los siguientes resultados:

### 6.8.1. Tasa de mortalidad por neumonía no complicada

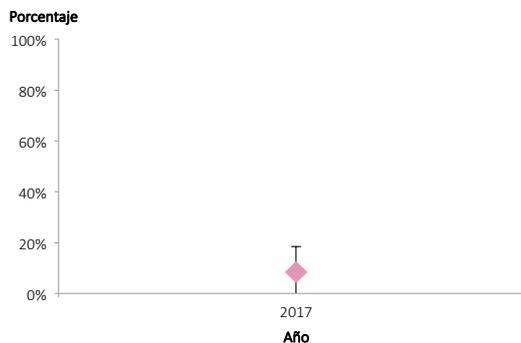
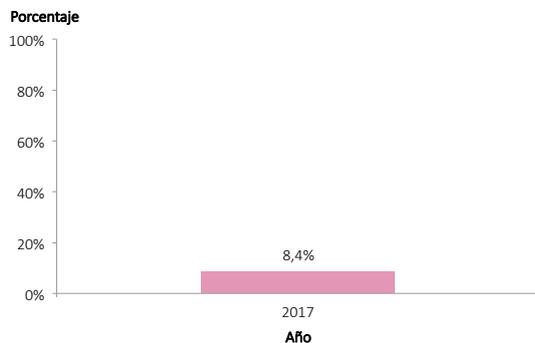
El indicador de mortalidad por neumonía no complicada presenta en 2017 un resultado de 8,4%.

Este indicador mide la mortalidad en casos de neumonía excluyendo los casos complicados por otros diagnósticos pulmonares.

Como referencia, el observatorio de la Comunidad de Madrid, que publica un indicador similar, presenta en 2016 resultados de entre 7,85% y 8,84%, lo que sin ser directamente comparable, ratifica que el sector privado se encuentra en unos resultados alineados.

#### INDICADOR 27

TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA NO COMPLICADA (2017, EN %)   
 NÚMERO DE CASOS 2017: 13.744

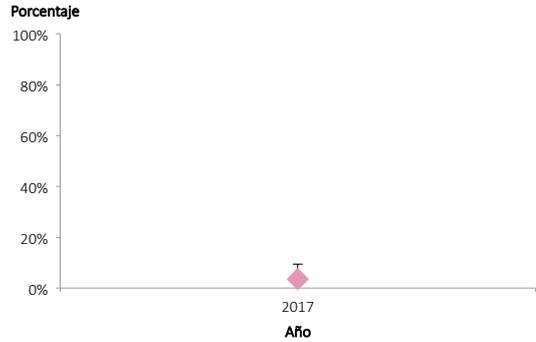
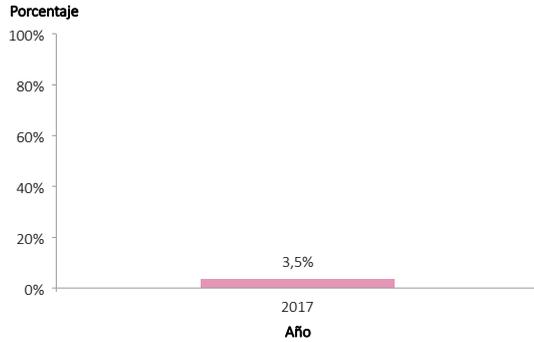


### 6.8.2. Tasa de mortalidad por fractura de cuello de fémur

El indicador de mortalidad por fractura de cuello de fémur muestra un resultado de 3,5%.

**INDICADOR 28**

TASA DE MORTALIDAD POR FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR (2017, EN %)  
NÚMERO DE CASOS 2017: 2.690

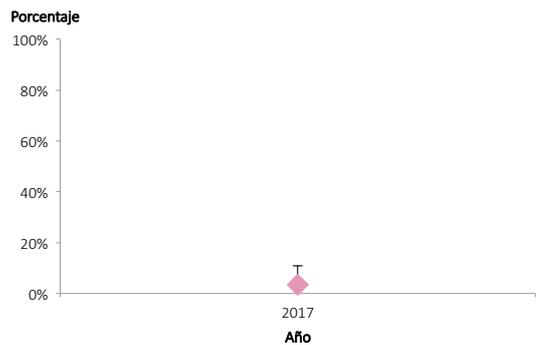
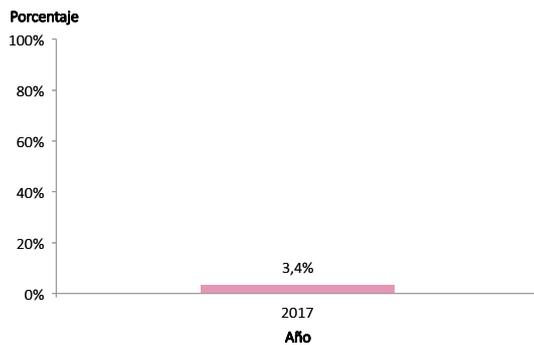


### 6.8.3. Tasa de mortalidad por fractura de cadera pertrocantérea

Este segundo indicador presenta en 2017 en el Estudio RESA un dato muy similar al anterior con un 3,4%.

**INDICADOR 29**

TASA DE MORTALIDAD POR FRACTURA DE CADERA PERTROCANTÉREA (2017, EN %)  
NÚMERO DE CASOS 2017: 1.703



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

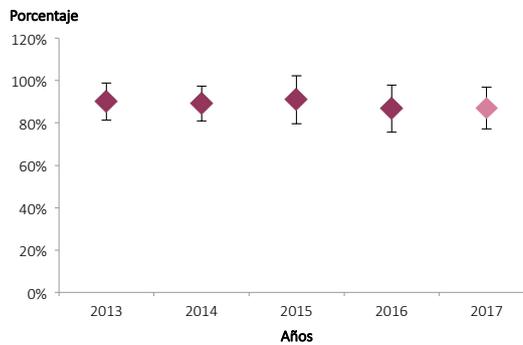
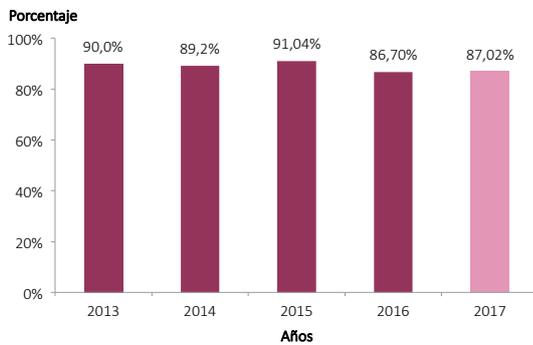
El resultado de este indicador es de un 87,02% de pacientes que se intervienen dentro de los dos días posteriores al ingreso. Este resultado mejora discretamente del año pasado (86,70%) pero es algo inferior a los resultados anteriores de la serie. Parece apreciarse una discreta tendencia decreciente. Habría que considerar la hipótesis de que la implantación creciente de los nuevos antiagregantes plaquetarios (que tienen un tiempo de retirada superior al de los tratamientos tradicionales) pueda estar interviniendo en esta tendencia.

La literatura ha relacionado la intervención precoz en los casos de fractura de cadera con un mejor pronóstico vital. Además, el inicio precoz de la rehabilitación del paciente también contribuye a mejorar su resultado funcional, especialmente en personas de edad avanzada. La dificultad de aplicar esta técnica antes se 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 son en todo caso muy superiores a los que recientemente ha publicado la Comunidad de Madrid, que presenta un 47,6% en 2016 como resultado.

### INDICADOR 30

RATIO DE CIRUGÍAS DE PRÓTESIS DE CADERA DENTRO DE LAS 48 HORAS POSTERIORES AL INGRESO (2016-2017, EN %)  
 NÚMERO DE PACIENTES 2016: 5.275; 2017: 6.095  
 VARIACIÓN 2017/2016: +15,5%



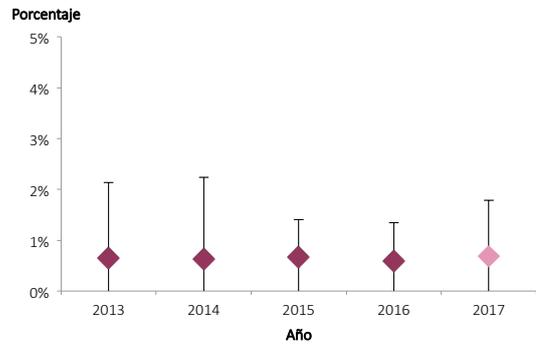
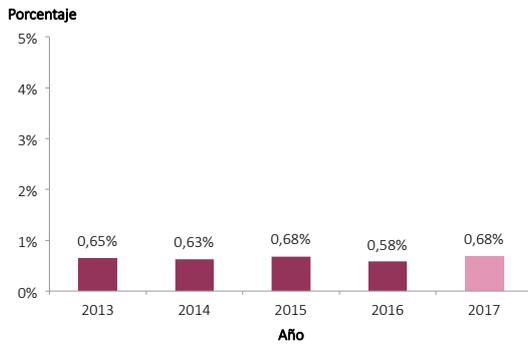
## 6.10. Tasa de reingresos posteriores a cirugía ambulatoria a 30 días

El resultado de este indicador de 0,68% se mantiene en números anteriores de la serie, que había oscilado entre 0,58% y 0,76%, siendo algo superior al del año pasado, pero no el más alto de la serie, lo que representa un alto nivel de seguridad y eficiencia en los resultados obtenidos tras una intervención de cirugía mayor ambulatoria.

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.

### INDICADOR 31

TASA DE REINGRESOS POST ALTA DE CIRUGÍA AMBULATORIA A 30 DÍAS (2016-2017, %)  
 NÚMERO DE INTERVENCIONES AMBULATORIAS 2016: 311.990; 2017: 406.258  
 VARIACIÓN 2017/2016: +30,2%



## 6.11. Septicemia postquirúrgica

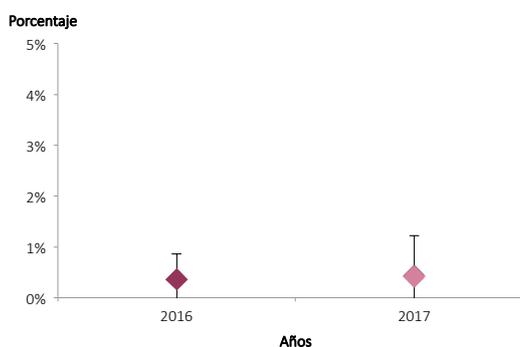
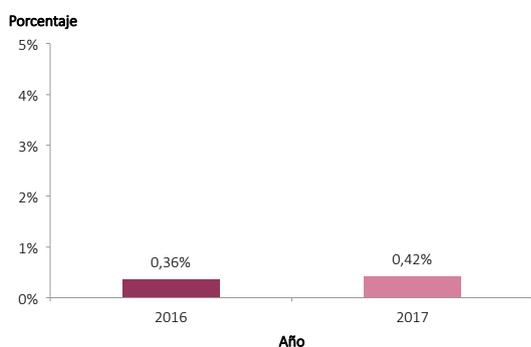
El indicador de septicemia postquirúrgica presenta en 2017 un resultado de 0,42%, similar al de 2016 (0,36%).

La septicemia o sepsis postquirúrgica es una de las complicaciones más severas de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS o infecciones nosocomiales).

Estos datos están dentro de la parte inferior del rango presentado por la Comunidad de Madrid (0,33% a 0,69%) en 2016.

### INDICADOR 32

SEPTICEMIA POSTQUIRÚRGICA (2016-2017, EN %)  
 NÚMERO DE CASOS 2016: 72.266; 2017: 85.520  
 VARIACIÓN 2017/2016: +18,3%



## 6.12. Tasa de partos por cesárea

La tasa bruta de cesáreas es uno de los indicadores en los que más está incidiendo el progresivo retraso de la maternidad; además, el significativo incremento de los tratamientos de fertilidad, e incluso las propias preferencias en la toma de decisiones sobre el proceso del parto de la madre, entre otros aspectos, han generado que los porcentajes recomendados a nivel general estén bastante alejados de los habituales en los países desarrollados, con parámetros gestacionales muy distintos y tasas de natalidad significativamente más bajas que países emergentes o en vías de desarrollo. En este sentido es importante tener en cuenta que las recomendaciones de la OMS no se han actualizado sobre este aspecto desde 1985 y desde entonces el perfil etario y psicosocial de las gestantes ha sufrido cambios notables.

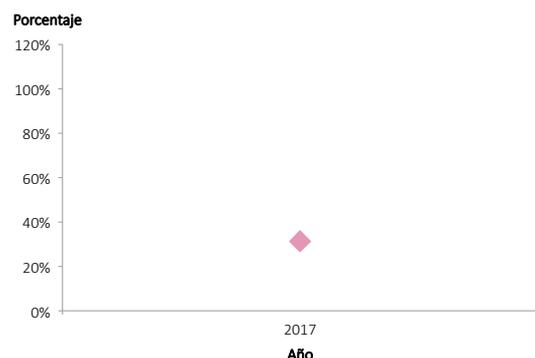
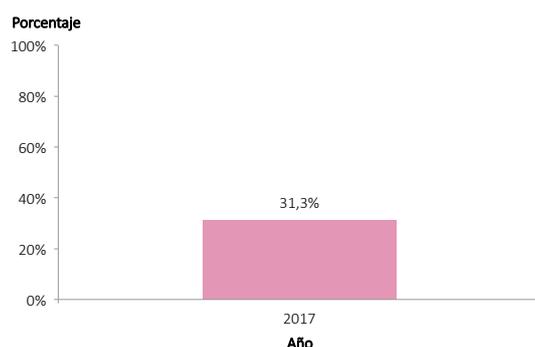
Es fundamental tener en cuenta que una mayor edad gestacional está asociada con una mayor incidencia y prevalencia de patología asociada a este periodo y, por lo tanto, con un mayor índice de inducciones médicas del parto y cesáreas, especialmente en mujeres nulíparas. Teniendo en cuenta estas consideraciones y según afirman los expertos, lo relevante no es tanto el aspecto cuantitativo como el hecho de que las cesáreas se realicen apropiadamente, con las condiciones y garantías necesarias de seguridad, calidad y resultados. Es evidente que un hospital que asume un mayor número de casos de gestaciones de alto riesgo ha de tener una cifra mayor de cesáreas que la de un hospital con un perfil de gestantes más generalista.

Así, el promedio de las tasas de partos por cesárea de los centros de titularidad privada fue de un 31,3 % en 2017 con una desviación estándar muy pequeña. Comparativamente, el conjunto del Sistema Nacional de Salud presenta una tasa de 22% de partos por cesárea<sup>3</sup>, con una alta variabilidad por CCAA y centros, lo que confirma las grandes dificultades para tratar de uniformizar esta tasa de cesáreas.

De todos es conocido que países como Reino Unido, Austria y Suiza presentan en general tasas de cesáreas más elevadas que España. Si analizamos en profundidad el grupo de países donde las cifras son más reducidas, encontramos que, o bien se trata de países con programas intensivos de protección de la maternidad, y que la fomentan a edades mucho más tempranas, o países donde este procedimiento de cesárea presenta unas elevadas cifras de morbi-mortalidad para la madre y para el recién nacido por el bajo nivel sanitario. Este debe ser el camino, impulsar políticas de protección y promoción social de la maternidad a edades más tempranas que las actuales incidiendo en aspectos educacionales que permitan un empoderamiento de las gestantes de cara a la toma de decisiones y prestar especial atención a los tratamientos de fertilidad en cuanto a forma y resultados entre otros.

### INDICADOR 33

TASA DE PARTOS POR CESÁREA (2017, EN %)  
NÚMERO DE CASOS 2017: 45.987



<sup>3</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. En: [inclasns.mssi.es/main.html](http://inclasns.mssi.es/main.html). Consultado el 10/6/2018.



Como en años anteriores, presentamos los resultados de los centros de fertilidad del sector privado facilitados por la Sociedad Española de Fertilidad. Esta información incluye todos los centros de nuestro país (186) por lo que la información disponible cubre la totalidad del sector privado de tratamiento de la infertilidad.

Estos indicadores proporcionan la información necesaria para una evaluación del resultado de los centros de fertilidad. Para ello analizan las diferentes técnicas empleadas:

- Fertilización con ovocitos propios frescos.
- Fertilización con ovocitos propios congelados.
- Fertilización con ovocitos donados frescos.
- Fertilización con ovocitos donados congelados.

El resultado obtenido con estas técnicas se mide con dos indicadores:

- % de gestaciones por número de ciclos de tratamiento.
- % de partos por número de ciclos de tratamiento.

Por tanto, se dispone de 8 indicadores que valoran el resultado del conjunto de centros de fertilidad privados de España.

Hay que recordar que estos indicadores están un año retrasados respecto al resto al ser necesario un período de 9 meses para valorar el resultado de parto. La información de la SEF de este año corresponde a 2015.

En este último año disponible, los ocho indicadores experimentan un cambio que, en general va en el sentido de:

- Las diferencias son mínimas entre los dos años, manteniéndose unas tasas semejantes al año anterior.
- Las diferencias entre los cuatro métodos sí que son relevantes, variando la proporción de gestaciones desde el 21,6% de la técnica con ovocitos propios frescos, hasta el 41% con ovocitos donados frescos.
- Comparativamente con el año anterior, aunque los cambios son muy pequeños, parece que hay una discreta disminución o estabilidad en los indicadores de proporción de gestaciones, mientras que se incrementan, también muy discretamente, los de proporción de partos.

Los indicadores especifican el resultado en términos de proporción de gestaciones y partos:

#### INDICADOR 34 Y 35

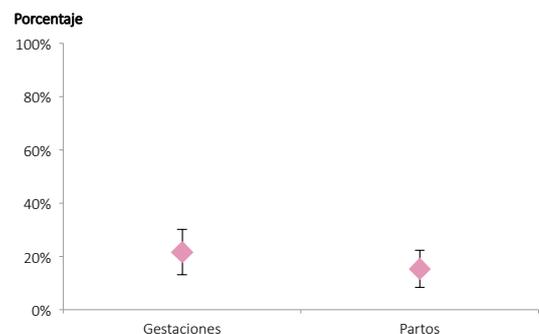
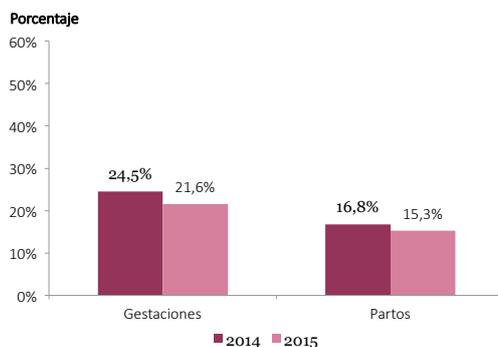
#### GESTACIONES Y PARTOS CON OVOCITOS PROPIOS FRESCOS (2014-2015)

% SOBRE N° DE CICLOS REALIZADOS

NÚMERO DE CICLOS 2014: 33.423; 2015: 34.509

VARIACIÓN 2015/2014: +3,1%

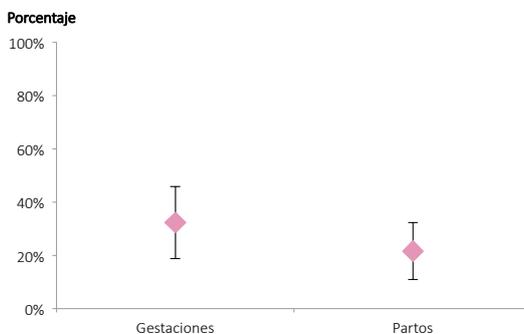
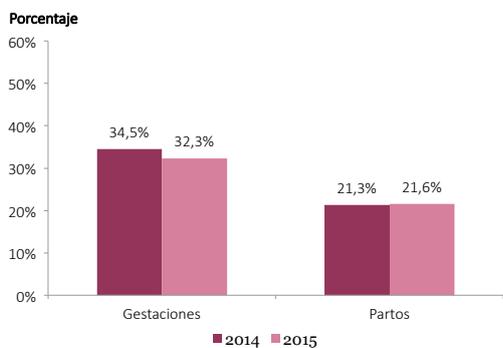
N° DE CENTROS PARTICIPANTES: 186



Fuente: Sociedad Española de Fertilidad, 2018.

**INDICADOR 36 Y 37**

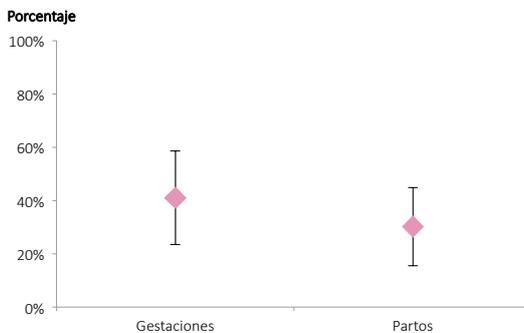
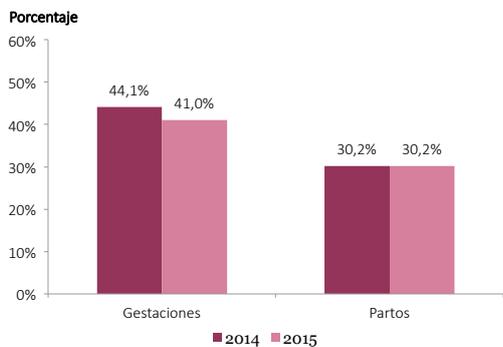
GESTACIONES Y PARTOS CON OVOCITOS PROPIOS CONGELADOS (2014-2015)  
 % SOBRE N° DE CICLOS REALIZADOS  
 NÚMERO DE CICLOS 2014: 15.629; 2015: 17.470  
 VARIACIÓN 2015/2014: +10,5%  
 N° DE CENTROS PARTICIPANTES: 186



Fuente: Sociedad Española de Fertilidad, 2018.

**INDICADOR 38 Y 39**

GESTACIONES Y PARTOS CON OVOCITOS DONADOS FRESCOS (2014-2015)  
 % SOBRE N° DE CICLOS REALIZADOS  
 NÚMERO DE CICLOS 2014: 16.340; 2015: 14.407  
 VARIACIÓN 2015/2014: -11,9%  
 N° DE CENTROS PARTICIPANTES: 186



Fuente: Sociedad Española de Fertilidad, 2018.





Este año es el tercero que se recogen en el Estudio RESA indicadores de hemodiálisis habiéndose incrementado el número de centros participantes, alcanzando ya los 8.700 pacientes analizados.

Se presentan cuatro indicadores, bien conocidos internacionalmente, que miden los resultados en un campo de especial complejidad como es la hemodiálisis.

## 8.1. Tasa bruta de mortalidad

Los pacientes en hemodiálisis son pacientes con abundante pluripatología y alta morbilidad. 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.

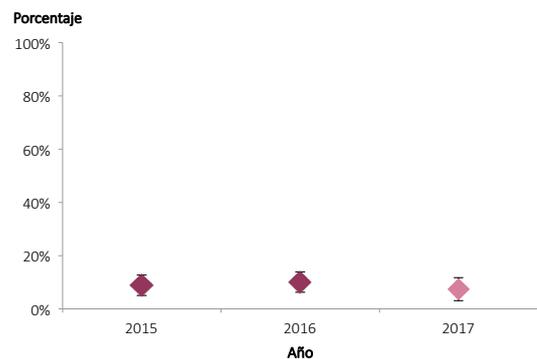
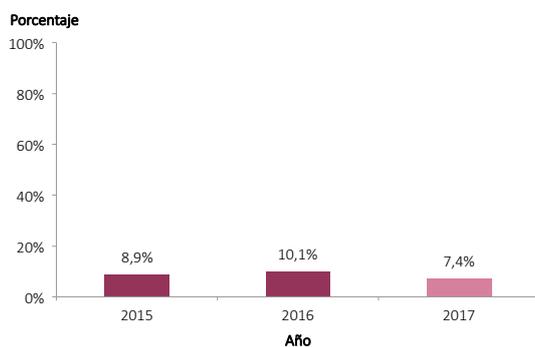
En 2017 la tasa de mortalidad en los centros participantes fue de 7,4%. Se trata de la tasa más baja de la serie (que en años anteriores fue de 8,9% a 10,1%).

Estas diferencias son debidas a que en 2016 varios centros con pocos pacientes presentaron tasas muy elevadas, lo que hizo subir la media. En el Estudio RESA se utiliza como indicador el promedio de los indicadores de los centros, no el del conjunto de todos los pacientes. Con esta forma de presentarlo, los centros con un volumen pequeño de pacientes tienen tanto peso como los centros grandes, lo que puede desviar un indicador que al calcularlo sobre el total de la base de datos, independientemente de los centros, cambia mucho menos.

Como referencia hay que comentar que la tasa de mortalidad en el Registro Español de Enfermos Renales (REER, Organización Nacional de Trasplantes, 2016) es del 15%.

### INDICADOR 42

TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN HEMODIÁLISIS (2015-2017, EN %)  
NÚMERO DE CASOS 2016: 6.836; 2017: 8.700  
VARIACIÓN 2017/2016: +27,3%



## 8.2. Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo

El indicador Kt/V mide el aclaramiento de una molécula (Urea, K) en el tiempo de diálisis (t) y el volumen de distribución de la urea que se corresponde aproximadamente al volumen de agua corporal (V). Es una forma de medir la dosis de diálisis administrada al paciente y se correlaciona con la calidad de vida y la supervivencia. Por tanto, cuanto mayor sea la proporción de pacientes que se encuentran en los niveles objetivo, es de esperar una mejor supervivencia.

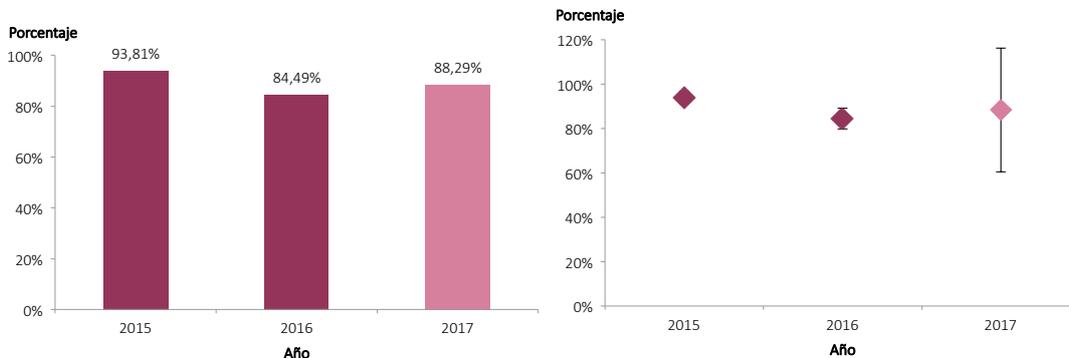
El objetivo clínico de Kt/V, según las guías clínicas nacionales e internacionales (USA, Canadá, Australia) es el de mantener un valor superior a 1,3.

La Sociedad Española de Nefrología (SEN) considera como estándar de calidad que un 80% de los pacientes alcancen un Kt/V de 1,3, por lo que los datos de los tres años de que disponemos cumplen sobradamente con este estándar.

En los resultados obtenidos, en todos los años este indicador se ha mantenido por encima del 80%. En 2017 hay una discreta subida respecto a 2016 que fue el valor más bajo de la serie.

### INDICADOR 43

PORCENTAJE DE PACIENTES CON KT/V OBJETIVO (2015-2017, EN %)  
 NÚMERO DE CASOS 2016: 6.836; 2017: 8.700  
 VARIACIÓN 2017/2016: +27,3%



### 8.3. Porcentaje de pacientes con albúmina mayor de 3,5 gr/dl.

La albúmina en sangre es un marcador de nutrición en el paciente en hemodiálisis. El mantenimiento de niveles adecuados de albúmina en sangre es uno de los objetivos en la insuficiencia renal crónica. Su consecución implica uno de los estándares en la calidad de vida del paciente.

Existe un documento de consenso que recomienda como estándar de calidad que más del 80% de los pacientes prevalentes presenten albúmina en sangre igual o superior a 3,5 gr/dl.

Durante los tres años en que hemos incluido en el Estudio RESA indicadores de hemodiálisis, este indicador se ha mantenido por encima del 80%, siendo en 2017 de un 81,1%.

#### INDICADOR 44

PORCENTAJE DE PACIENTES CON ALBÚMINA >3,5 G/DL (2015-2017, EN %)  
 NÚMERO DE CASOS 2016: 6.836; 2017: 8.700  
 VARIACIÓN 2017/2016: +27,3%



## 8.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga

El acceso vascular es el tendón de Aquiles del paciente en hemodiálisis. Es su nexo de unión a la vida mediante el cual la sangre puede ser depurada de toxinas.

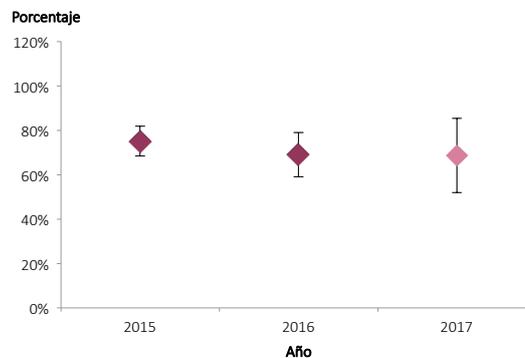
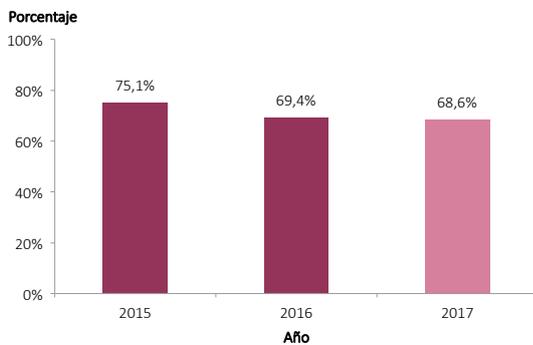
La fístula arteriovenosa (FAV) autóloga es la de primera elección seguida por el acceso heterólogo o protésico y por último, el catéter venoso central. La FAV autóloga consiste en la conexión de una vena con una arteria próxima del brazo del paciente y constituye la solución óptima para garantizar una buena dosis de diálisis debido a sus menores complicaciones y menor morbilidad asociada. Aunque no se puede practicar en todos los pacientes debido a su elevada morbilidad, se considera uno de los indicadores de calidad en hemodiálisis.

Las guías actuales de la SEN (2016) recomiendan como estándar de calidad el conseguir que un 75% tengan acceso mediante FAV funcional, aunque ello es cada vez más difícil de conseguir dado que los pacientes son cada vez mayores y con un árbol vascular muy deteriorado debido a las comorbilidades. Es por ello que se debe considerar como satisfactorio un resultado como el de 2017 de casi el 70%.

Los resultados obtenidos en los dos últimos años están muy próximos a este objetivo, siendo el porcentaje de 2017 del 68,6%.

### INDICADOR 45

PORCENTAJE DE PACIENTES PREVALENTES CON FAV AUTÓLOGA (2016-2017, EN %)  
 NÚMERO DE CASOS 2016: 6.836; 2017: 8.700  
 VARIACIÓN 2017/2016: +27,3%





+



mi e-Salud



+



mi e-Salud





La cada vez mayor proporción de personas mayores, junto con el alargamiento de la vida hasta edades más avanzadas supone sin duda uno de los retos de la sanidad actual.

Constituye casi un tópico el hecho de que, en la sanidad privada, la pirámide de edad atendida es bastante más joven que en el sistema de atención público. Ello tiene evidentemente su base tanto en la pirámide de edad de las compañías aseguradoras como en la diferencia de poder adquisitivo de determinados segmentos más jóvenes de la población.

Es por ello que se decidió analizar las características de los grupos mayores de población entre los pacientes del Estudio RESA 2018. El objetivo era caracterizar y cuantificar esta población de pacientes en el sector privado.

Se han utilizado para ello los datos del CMBD al Alta Hospitalaria del estudio y las bases de datos de consulta externa y urgencias. Como referencia comparativa, se han utilizado los datos extraídos del Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social para el conjunto del sistema sanitario español para el año 2015.

El análisis se ha realizado considerando las poblaciones de adultos (16-64 años), 65-74 años, 75-84 años y 85 y más años. Esto se ha realizado con la idea de valorar posibles diferencias dentro del grupo de mayores entre los mayores más jóvenes, que habitualmente tienen un comportamiento sanitario similar al grupo de adultos, y los grupos de mayor edad.

Un primer análisis consiste en comparar el peso que representan en la hospitalización las personas mayores.

**FIGURA 8**

**NÚMERO Y PROPORCIÓN DE ALTAS Y ESTANCIAS POR GRUPO DE EDAD. ESTUDIO RESA, 2017, SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2015**

Grupo de edad	Altas				Estancias generadas				Estancia media	
	RESA		SNS		RESA		SNS		RESA	SNS
	N	%	N	%	N	%	N	%		
0-15	65.979	6,10%	313.001	9,49%	172.873	4,01%	1.608.570	7,31%	2,62	5,14
16-64	633.396	58,54%	1.693.509	51,33%	2.251.776	52,21%	9.817.174	44,59%	2,73	5,8
65-74	178.637	16,51%	596.628	18,08%	687.500	15,94%	4.718.327	21,43%	4,12	7,91
75-84	133.920	12,38%	328.569	9,96%	657.444	15,24%	2.756.694	12,52%	5,86	8,39
85+	70.107	6,48%	367.659	11,14%	543.671	12,60%	3.117.748	14,16%	5,14	8,48
TOTAL	1.082.039	100,00%	3.299.366	100,00%	4.313.264	100,00%	22.018.513	100,00%	3,99	6,67

Fuente: Estudio RESA 2018, datos de 2017 y Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud, datos de 2015.

En una primera descripción de la distribución por grupos y estancias destaca:

- Las proporciones de altas de personas mayores son superiores en general en el SNS respecto al Estudio RESA. Del conjunto de las altas, los mayores de 64 años representan un 35,37% en RESA, mientras que en el SNS son un 39,18%. La diferencia por tanto es de casi cuatro puntos porcentuales.

- En el segmento de 75-84 años, la proporción de altas representa 3,4 puntos porcentuales más en los centros privados que en el conjunto del SNS. No es posible interpretarlo en base a los volúmenes de población cubiertos dado que el sector privado no tiene una población adscrita. En todo caso sí que sabemos que en la última década ha habido un importante crecimiento del uso de la hospitalización en el grupo de 75-84 años. Ello nos hace plantear la hipótesis de que la mayor accesibilidad del sector privado contribuya a generar esta diferencia.

Respecto al análisis de las diferencias en las estancias que ocasionan las personas mayores en los hospitales:

- La proporción de estancias hospitalarias ocasionadas por las personas mayores de 64 años es, como era de esperar, mayor que la proporción de altas: cerca del 44% en el sector privado y por encima del 48% en el público. En ambos casos, las estancias incrementan a las altas en la misma proporción. Existen, por tanto, cerca de cuatro puntos porcentuales de diferencia entre el sector privado y el SNS en la proporción de estancias.
- Estas diferencias no deben hacer pasar por alto lo que es común: la utilización de camas por personas mayores en los hospitales se acerca mucho, al suponer la mitad de las camas, tanto en el conjunto del SNS como (algo menos) en el sector privado.
- Sabemos que el principal incremento de las tasas de frecuentación hospitalaria en España en los últimos 15 años se ha producido sólo en algunos grupos de personas mayores, mientras se mantienen estables o en discreta disminución en el resto de grupos etarios. El que los únicos grupos que incrementan su frecuentación sean los de personas mayores hace previsible que esta proporción de uso de los hospitales continúe incrementándose.

- En cualquier caso, constatamos la diferencia en el peso de las personas mayores en la hospitalización del sector privado respecto al conjunto del SNS, en alrededor de cuatro puntos porcentuales. Pero esta diferencia no es tan grande como para que el sector privado pueda olvidarse de la necesidad de enfocar sus servicios a una población de edad avanzada.

La observación de las estancias medias por grupo de edad tiene también interés:

- El sector privado realiza los procesos de hospitalización con un tiempo mucho más ajustado que el conjunto del SNS. En todos los grupos de edad se constata una estancia media que es alrededor de tres días menos en los datos del Estudio RESA que en el conjunto del SNS.
- En ambos casos se comprueba un salto importante en la duración de la estancia entre los adultos jóvenes y las personas mayores. La diferencia entre la estancia media de los adultos jóvenes (15-64 años) y las personas mayores es de entre dos y tres días.

● Cabe destacar que, dentro de las personas mayores, se produce una clara mayor diferencia entre los adultos jóvenes y los mayores de 75, que entre adultos jóvenes y el grupo de 65-74 años. Esto pasa tanto en el sector privado como en el global del SNS, aunque con menos intensidad en este último. Teniendo en cuenta que en el grupo de adultos jóvenes se encuentran las altas por parto (de muy baja estancia media), probablemente las diferencias entre adultos jóvenes y 65-74 años sean aun menores. Este dato tiende a confirmar la observación de expertos de que dentro del grupo de mayores hay claras diferencias entre el grupo de 65-74 años, que tendería a comportarse de forma más similar a los adultos jóvenes y los grupos de mayores de 74 años.

En este análisis, uno de los aspectos que dificulta la comparación de proporciones es el tener incluida la atención pediátrica. Al tener un comportamiento muy diferente en el sector privado que en el conjunto del SNS, se dificulta la comparación.

Para evitar esta distorsión, en la siguiente tabla se eliminan los casos pediátricos, quedándonos sólo con la hospitalización de mayores de 16 años.

**FIGURA 9**

**NÚMERO Y PROPORCIÓN DE ALTAS Y ESTANCIAS POR GRUPO DE EDAD, DE MAYORES DE 15 AÑOS. ESTUDIO RESA, 2017, SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2015**

Grupo de edad	Altas 16 + años				Estancias generadas 16 + años			
	RESA		SNS		RESA		SNS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
16-64	633.396	62,34%	1.693.509	56,71%	2.251.776	54,39%	9.817.174	48,10%
65-74	178.637	17,58%	596.628	19,98%	687.500	16,60%	4.718.327	23,12%
75-84	133.920	13,18%	328.569	11,00%	657.444	15,88%	2.756.694	13,51%
85+	70.107	6,90%	367.659	12,31%	543.671	13,13%	3.117.748	15,28%
TOTAL >15	1.016.060	100,00%	2.986.365	100,00%	4.140.391	100,00%	20.409.943	100,00%

Fuente: Estudio RESA 2018, datos de 2017 y Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud, datos de 2015.

En esta tabla, que incluye sólo los datos de los mayores de 16 años, podemos observar cómo la proporción de altas de mayores de 64 años supera el 37% en los centros privados y suponen una proporción de estancias de más del 45%. En el conjunto del SNS, suponen más del 43% de las altas y cerca del 52% de las estancias.

Esto implica que, descontando la atención pediátrica, existe una diferencia de 8 puntos porcentuales en la proporción de altas y de 6 en las estancias.

El análisis de los problemas principales de ingreso en hospitalización muestra importantes diferencias entre los grupos. Los principales GRD de los grupos de edad son:

**FIGURA 10**

**PRINCIPALES GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EN EL SECTOR PRIVADO, POR GRUPO DE EDAD (EXCLUIDO PARTO Y RELACIONADOS). 2017**

	Código	Descripción	N
16-64	313	PROCEDIMIENTOS SOBRE RODILLA Y PARTE INFERIOR DE LA PIERNA EXCEPTO PIE	21.505
	385	OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	20.129
	361	INJERTO PIEL PARA DIAGNÓSTICOS PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	17.884
	363	PROCEDIMIENTOS SOBRE MAMA EXCEPTO MASTECTOMÍA	14.492
	73	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO, EXCEPTO ÓRBITA	14.452
65-74	73	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO, EXCEPTO ÓRBITA	13.877
	385	OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	4.204
	254	OTROS DIAGNÓSTICOS DEL APARATO DIGESTIVO	3.748
	302	SUSTITUCIÓN ARTICULACIÓN RODILLA	3.315
	361	INJERTO PIEL PARA DIAGNÓSTICOS PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	3.290
75-84	73	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO, EXCEPTO ÓRBITA	12.817
	302	SUSTITUCIÓN ARTICULACIÓN RODILLA	2.650
	385	OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	2.425
	347	OTROS PROBLEMAS DE LA ESPALDA Y CUELLO, FRACTURAS Y HERIDAS	2.047
	144	OTROS DIAGNÓSTICOS MENORES, SIGNOS Y SÍNTOMAS DE APARATO RESPIRATORIO	2.029
85+	73	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO, EXCEPTO ÓRBITA	3.810
	194	INSUFICIENCIA CARDÍACA	3.306
	144	OTROS DIAGNÓSTICOS MENORES, SIGNOS Y SÍNTOMAS DE APARATO RESPIRATORIO	2.772
	139	OTRA NEUMONÍA	2.149
	463	INFECCIONES DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	1.986

En el grupo de adultos jóvenes (15-64 años), se han excluido los GRDs relacionados con la atención al parto vaginal y por cesárea para facilitar la comparación con el grupo de mayores. En este grupo los primeros diagnósticos que aparecen como principales GRDs son los procedimientos sobre rodilla y sobre piel y mama, apareciendo también en el quinto puesto, los procedimientos sobre ojo, excepto órbita.

El grupo de mayores de 64 años tiene como principales GRDs las intervenciones sobre ojo excepto órbita, la catarata y los procedimientos sobre rodilla.

El grupo de 75-84 años presenta un perfil de GRDs más frecuentes similar al anterior, pero desaparecen los problemas digestivos de los primeros puestos y se incorporan los problemas respiratorios.

El grupo de 85 y más años tiene un perfil claramente diferenciado de los anteriores. Aunque los procedimientos sobre ojo se mantienen como el GRD más frecuente aparecen los de insuficiencia cardiaca, neumonía e infecciones urinarias.

### Accesibilidad de las personas mayores

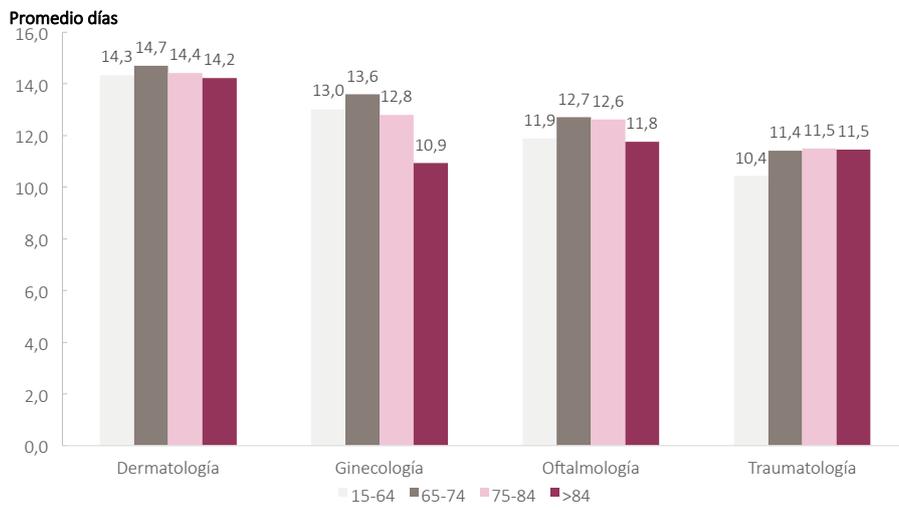
Se han analizado también las características de accesibilidad de personas mayores. Es conocido que, en situaciones de importantes listas de espera, se producen inequidades de acceso en perjuicio de las personas de menor nivel social. El análisis de los tiempos de demora media por grupos de edad puede visualizar si existe alguna de estas inequidades en la atención.

**FIGURA 11**

TIEMPO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA PRIMERA CONSULTA DE ESPECIALISTA. POR GRUPO DE EDAD, 2017

**INDICADOR 7**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE ESPECIALISTA (2017, TIEMPO EN DÍAS)  
 NÚMERO DE CONSULTAS OFTALMOLOGÍA TOTALES 2017: 402.087  
 NÚMERO DE CONSULTAS DERMATOLOGÍA TOTALES 2017: 438.221  
 NÚMERO DE CONSULTAS TRAUMATOLOGÍA TOTALES 2017: 1.038.794  
 NÚMERO DE CONSULTAS GINECOLOGÍA TOTALES 2017: 617.271



En el tiempo de acceso entre la fecha de citación y la primera consulta de especialista, observamos que las diferencias entre grupos de edad son mínimas (alrededor de un día en casi todos los casos) y actúan en tres de las especialidades en sentido favorable a las personas más mayores (tiempos discretamente más cortos a mayor edad).

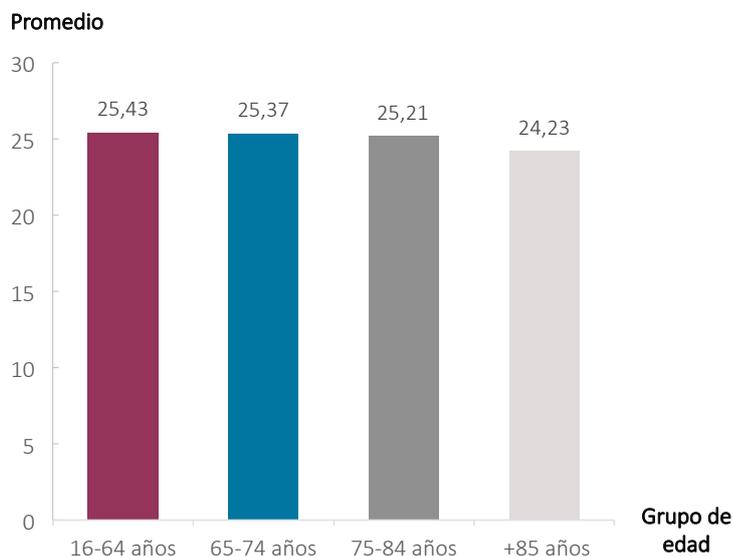
Se puede concluir por tanto que no existen diferencias en la accesibilidad de las personas mayores a la consulta especializada.

**FIGURA 12**

TIEMPO MEDIO DE PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA EN URGENCIAS. POR GRUPO DE EDAD, 2017.

**INDICADOR 8-9**

TIEMPO MEDIO DE PRIMERA ASISTENCIA MÉDICA EN URGENCIAS (2017, TIEMPO EN MINUTOS)  
 NÚMERO DE VISITAS DE URGENCIAS TOTALES 2017: 4.072.899

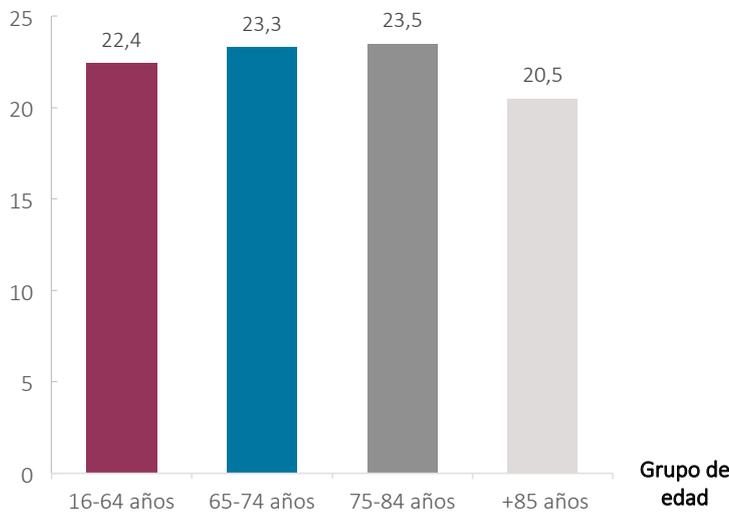


El tiempo medio de asistencia médica en urgencias (tiempo desde la admisión hasta la primera asistencia facultativa) tiene una variabilidad muy pequeña por grupo de edad de apenas un minuto en los dos extremos. La tendencia parece ser a una atención algo más rápida a mayor edad del paciente, pero con una variabilidad mínima.

Se podría considerar que el hecho de que los servicios de urgencias sufran picos de saturación importante en las horas punta podría generar diferencias en el tratamiento de diferentes colectivos, pero los datos demuestran que estas diferencias no existen en lo que respecta a los grupos de edad.

**FIGURA 13** ESPERA MEDIA QUIRÚRGICA. POR GRUPO DE EDAD, 2017.

**INDICADOR 10** ESPERA MEDIA QUIRÚRGICA (2017, TIEMPO EN DÍAS)  
NÚMERO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS TOTALES 2017: 80.544



La misma situación se reproduce en la demora para intervención quirúrgica. Las diferencias entre grupos de edad son de menos de un día. La única diferencia algo destacable es la del grupo de 85 o más años que presenta una demora de dos días menos que la de los adultos jóvenes.

También en este caso podemos observar que no existen inequidades de acceso en función de la edad en la atención sanitaria privada.

## Resolutividad

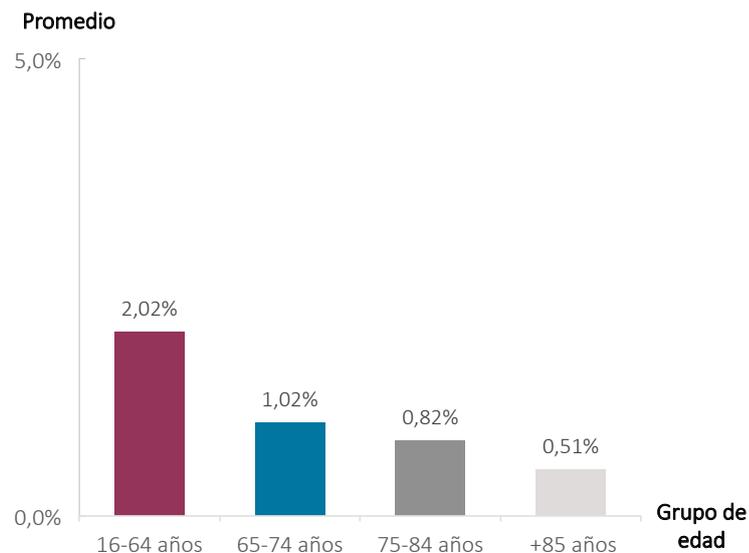
El análisis de algunos de los indicadores de resolutividad del Estudio RESA por grupos de edad muestra también datos interesantes.

### FIGURA 14

TASA DE REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN A 30 DÍAS DEL ALTA. POR GRUPO DE EDAD, 2017.

### INDICADOR 15

TASA DE REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN A 30 DÍAS DEL ALTA  
NÚMERO INGRESOS TOTALES 2017: 1.057.297



Las tasas de reingresos en hospitalización, en contra de lo que podría pensarse a priori disminuyen con el grupo de edad. Esta información coincide con los análisis que hemos visto en otros sistemas sanitarios en que las tasas de reingreso generales en hospitalización son superiores en el grupo de adultos jóvenes que en el de personas mayores, si bien las diferencias que hemos

observado no son tan acusadas como en nuestros datos. Hay que hacer constar que en el caso de los adultos jóvenes, los reingresos están condicionados por un número de pacientes muy pequeño que tiene reingresos muy frecuentes.

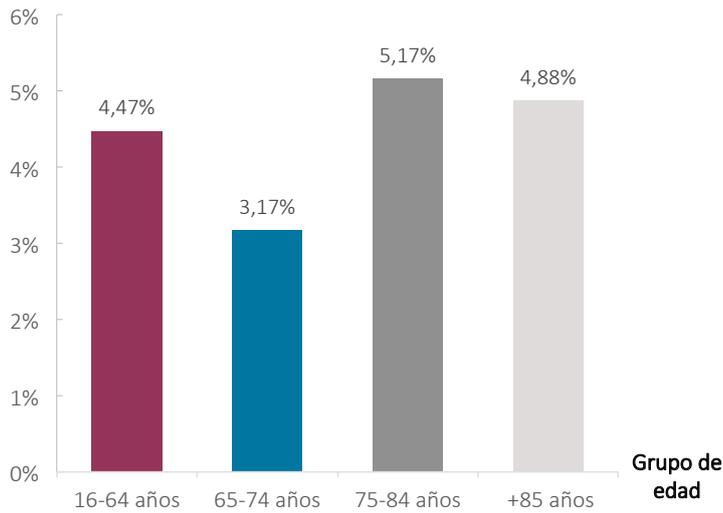
En cualquier caso, la resolutividad respecto a los mayores es en este caso mejor aún que respecto a los jóvenes.

Si se analizan los reingresos en base a causas más específicas muy ligadas a la edad, los datos ofrecen los siguientes resultados:

**FIGURA 15** TASA DE REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN A 30 DÍAS DEL ALTA. POR GRUPO DE EDAD, 2017.

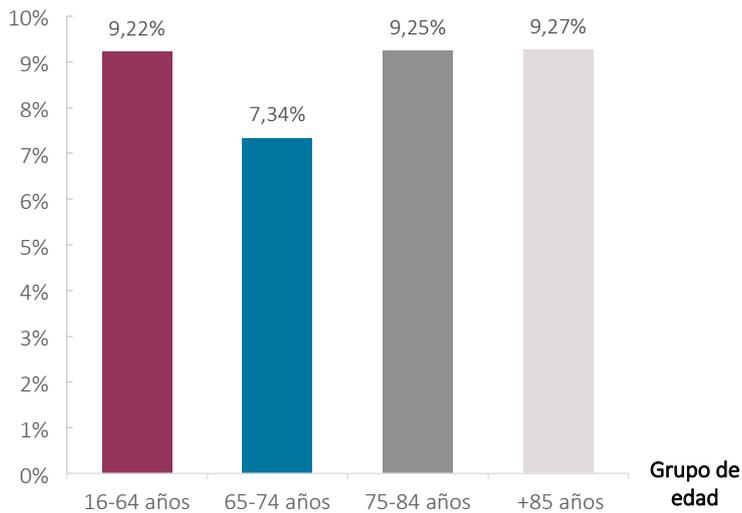
**INDICADOR 17** REINGRESOS POR ENFERMEDAD PULMONAR A LOS 30 DÍAS  
NÚMERO DE CASOS TOTALES 2017: 7.747

Promedio



**INDICADOR 18** REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA A LOS 30 DÍAS  
NÚMERO DE CASOS TOTALES 2017: 9.350

Promedio



Los dos indicadores de reingresos por enfermedades crónicas severas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardiaca) más relacionadas con la edad muestran un perfil claramente diferenciado de los datos de reingresos por todas las causas.

Las tasas son superiores para los mayores de 74 años en el caso de la EPOC y similares para la insuficiencia cardiaca. En ambos casos, el grupo de 65-74 años presenta tasas de reingreso claramente inferiores tanto a los adultos jóvenes como a los dos grupos de mayor edad.

Este indicador tiende a confirmar la diferencia de perfil entre los mayores más jóvenes (65-74 años) y los de más edad (75 y más años) que ya habíamos comentado al observar la estancia media de estos grupos.

### Valoración

Este análisis ofrece algunas conclusiones importantes:

1. También en el sector privado, la proporción de hospitalización utilizada por las personas mayores es muy significativa: los mayores de 65 años ocupan ya cerca de la mitad de las camas hospitalarias privadas (44% de las estancias).
2. La proporción de pacientes mayores en el sector privado es menor que en el conjunto del SNS. Al eliminar del análisis la hospitalización pediátrica, encontramos diferencias de 8 puntos porcentuales en proporción de altas y 6 en proporción de estancias.
3. La eficiencia del sector privado se aplica a todos los tramos de edad. La estancia media es alrededor de tres días menor en el sector privado que en el conjunto del SNS en todos los grupos de edad.
4. En el sector privado no existen problemas de inequidad en el acceso. Las diferencias en el acceso a consulta externa y cirugía programada son prácticamente inexistentes entre grupos de edad.
5. Los perfiles de las personas mayores atendidas muestran diferencias significativas en la patología y en el uso de servicios entre los mayores más jóvenes (65-74) y los más mayores (75 o más años). Esto confirma otros análisis que muestran el buen estado funcional y clínico de la mayoría de personas en este grupo de 65-74 años.

Desde el punto de vista de la sanidad privada es importante comprobar como los resultados promedio de la atención prestada se mantienen con las mismas características de eficiencia, accesibilidad y calidad para todos los ciudadanos, es decir que no son solo un "promedio" a costa de grandes variabilidades, sino que se extienden al conjunto de la atención y al conjunto de los pacientes.



# 10 CONCLUSIONES



El Estudio RESA 2018 es un ejercicio voluntario de transparencia de la sanidad privada para presentar sus resultados ante la sociedad española.

La altísima participación del sector privado hace que se haya obtenido una representación masiva del mismo. El estudio incluye actualmente 325 centros de todas las comunidades autónomas, y con una aportación de datos superior a la actividad que realizan actualmente las comunidades autónomas más grandes.

Más de 1.380.000 altas hospitalarias (un 26% del total de la actividad sanitaria en España), 750.000 intervenciones quirúrgicas (un 15% del total del sistema sanitario), 4,7 millones de visitas de urgencias o 1,5 millones de estudios de diagnóstico por la imagen, dan una buena idea de la envergadura que ha alcanzado el Estudio RESA.

En el RESA 2018 se han ido introduciendo indicadores que permiten la comparación con otros observatorios que publican datos hospitalarios nacionales e internacionales. Aunque estas comparaciones tienen que ser interpretadas con prudencia, su análisis refleja una clara evidencia: el sector privado español presenta indicadores de calidad en línea o con mejores resultados que los sistemas sanitarios públicos o privados de nuestro entorno.

Los datos presentados de 45 indicadores (desagregados en 63) nos permiten afirmar que:

- La **eficiencia del sector privado en la gestión de recursos** no es sólo un tópico, sino que tiene una demostración cuantitativa en los resultados de los principales indicadores que la miden.
- El sector privado presenta **una excelente accesibilidad** en las diferentes líneas de actividad (consulta externa, urgencias, medios diagnósticos, cirugía...). Y esta accesibilidad se mantiene en diferentes situaciones de picos de demanda, lo que demuestra una buena **flexibilidad del sector**.
- **Los resultados son comparables o mejores** que otros sistemas sanitarios. La resolutivez del sector es muy alta, con indicadores de retorno de pacientes (retorno a urgencias, reingreso en hospitalización, reingreso tras intervención...) muy bajos o en línea con los conocidos de otros sistemas sanitarios. Los

diferentes indicadores de resultados muestran siempre, una posición mejor o similar a la de otros sistemas sanitarios.

- Existe un **compromiso con la calidad**. Los indicadores presentados muestran que la práctica de la acreditación o certificación de unidades y procesos es generalizada en el sector. También la implantación de las principales políticas de seguridad del paciente está ampliamente generalizada entre los centros privados con niveles muy altos de desarrollo de las mismas.

Adicionalmente, el análisis realizado de pacientes mayores en el Estudio RESA 2018 muestra algunos datos interesantes:

- La hospitalización de personas mayores de 65 años es un fenómeno importante en el sector privado: un 35,7% de las altas y un 44% de las estancias. Adaptar los servicios a las necesidades de una población mayor es también un reto para el sector privado.
- Aunque importante, la proporción de personas mayores es algo menor que en el conjunto del Sistema Nacional de Salud: 8 puntos menos en altas y 6 puntos menos en estancias.
- En todos los grupos de edad la estancia media del sector privado se mantiene alrededor de 3 días por debajo de la del conjunto del SNS.
- La accesibilidad para las consultas externas, la atención de urgencias y la atención quirúrgica se mantiene en todos los grupos de edad sin diferencias relevantes.
- Dentro de las personas mayores hay que prestar atención a las grandes diferencias entre los grupos de mayores más jóvenes y los de mayor edad.

El Estudio RESA es una iniciativa proactiva de los centros sanitarios privados para objetivar voluntariamente los niveles de calidad existentes.

Los resultados demuestran claramente que **la sanidad privada es un sistema eficiente, accesible, comprometido con la calidad y con un cuadro de excelentes resultados**.

Los resultados presentados son, sin duda, una buena muestra de nuestro compromiso con el paciente y con la sociedad.



## 11.1. Proceso de selección y definición de indicadores

La incorporación de nuevos indicadores se ha realizado siguiendo el criterio clásico de mostrar de forma transparente los resultados de la sanidad privada.

El Comité de Expertos del Estudio RESA 2018, nombrado por la Fundación IDIS, ha definido en las dos últimas ediciones la política de aumentar la comparabilidad con las fuentes de datos nacionales e internacionales que nos permitan visualizar que la sanidad privada española tiene unos resultados similares a los de los países con mejores sistemas sanitarios.

Si el año pasado se incorporaron algunos indicadores utilizados en los observatorios de la Comunidad de Madrid y la Central de Resultados de Cataluña, este año se inicia la incorporación de los indicadores EIQI utilizados por más de 400 hospitales de Alemania, Suiza y Austria.

En este sentido, el grupo de expertos del Estudio RESA 2018 propuso ampliar los indicadores con los siguientes:

- Porcentaje de cirugía laparoscópica en colecistectomía para cálculo biliar.
- Tasa de mortalidad por neumonía no complicada.
- Tasa de mortalidad por fractura de cuello de fémur.
- Tasa de mortalidad por fractura de cadera pertrocantérea.
- Tasa de partos por cesárea.

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

## 11.2. Fichas de los indicadores

Las siguientes fichas detallan la definición, fórmula y términos de cada uno de los indicadores del Estudio RESA 2018

Código: 1	Nombre: Estancia media ajustada por casuística
<b>Definición:</b> Número de estancias en días de los pacientes atendidos en el hospital ajustada para cada GRD sobre el número de altas por GRD.	
<b>Fórmula:</b> $((A1 * P1) + \dots + (An * Pn)) / ((B1 * P1) + \dots + (Bn * Pn))$	
<b>Numerador (A y P):</b> A1...An: Número total de días de estancia hospitalaria causados por pacientes clasificados en GRD 1...GRD n, excluidos <i>outliers</i> . P1...Pn: Proporción de casos del GRD 1...GRD n en el conjunto de centros estudiados (Norma).	<b>Denominador (B y P):</b> B: Número total de pacientes dados de alta en el hospital del GRD 1...GRD n, excluidos <i>outliers</i> . P1...Pn: Proporción de casos del GRD 1...GRD n en el conjunto de centros estudiados (Norma).

**Definición de *outlier*:**

- Alta con estancias superiores al punto de corte de cada GRD.
- El punto de corte de cada GRD se calcula sobre todas las altas del período de la siguiente manera: para los GRD con menos de 30 altas, el punto de corte es de 184 días; para el resto de GRD el punto de corte será el máximo entre 1, el percentil 95 y el resultado de sumar al tercer cuartil dos veces la diferencia entre el tercer y el primer cuartil.

**Explotaciones específicas:**

- Por servicio de alta
- Por mes del año

<b>Código: 2</b>		<b>Nombre:</b> Estancia media pre-quirúrgica	
<b>Definición:</b> 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.			
<b>Fórmula:</b> A/B			
<b>Numerador (A):</b> Sumatorio de la diferencia entre la fecha de intervención y la fecha de ingreso.		<b>Denominador (B):</b> Número total de altas hospitalarias con intervención quirúrgica.	

**Exclusiones:**

- Altas no quirúrgicas (ver definición alta quirúrgica).

**Definición de alta quirúrgica:**

- Altas con fecha de intervención notificada.
- Altas con GRD quirúrgico.
- Altas con el valor "cirugía mayor" o "cirugía mayor ambulatoria" en la variable "Tipo de procedimiento quirúrgico 2".

<b>Código: 3</b>		<b>Nombre:</b> Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	
<b>Definición:</b> Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias (CMA) sobre el número total de intervenciones quirúrgicas (hospitalarias + ambulatorias)			
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100			
<b>Numerador (A):</b> Número total de intervenciones quirúrgicas sin ingreso hospitalario.		<b>Denominador (B):</b> Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas en el centro hospitalario.	

**Exclusiones:**

- Altas no quirúrgicas (ver definición alta quirúrgica)

**Definición de alta quirúrgica:**

- Altas con fecha de intervención notificada.
- Altas con GRD quirúrgico.
- Altas con el valor "Cirugía mayor" o "Cirugía mayor ambulatoria" en la variable "Tipo de procedimiento quirúrgico 2".

**Definición de cirugía mayor ambulatoria:**

- Intervención quirúrgica con 0 días de estancia.

<b>Código: 4</b>		<b>Nombre:</b> Porcentaje de cirugía laparoscópica en colecistectomía para cálculo biliar	
<b>Definición:</b> Porcentaje de cirugía laparoscópica en colecistectomía para cálculo de vesícula biliar sin tumores.			
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100			
<b>Numerador (A):</b> Número total de intervenciones quirúrgicas para cálculo de vesícula biliar realizadas con cirugía laparoscópica.		<b>Denominador (B):</b> Número total de intervenciones quirúrgicas para cálculo de vesícula biliar sin tumores.	

**Exclusiones:**

- Tumores.

<b>Código: 5 (5.1.; 5.2.; 5.3)</b>		<b>Nombre:</b> Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	
<b>Definición:</b> Promedio de días que los pacientes deben esperar desde la solicitud de una cita para realizar una prueba técnica complementaria (Mamografía, Resonancia Magnética y TAC) hasta la fecha de su realización (Citación).			
<b>Fórmula:</b> $\Sigma (A-B)/C$			
<b>Numerador (A y B):</b> A: Fecha de citación del paciente. B: Fecha de solicitud de la prueba complementaria.		<b>Denominador (C):</b> Número de pacientes que han sido citados a una prueba complementaria.	

<b>Código:</b> 6 (6.1.; 6.2.; 6.3)	<b>Nombre:</b> Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias
<b>Definición:</b> 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 y TAC.	
<b>Fórmula:</b> $\Sigma (A-B)/C$	
<b>Numerador (A y B):</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.	<b>Denominador (C):</b> Número de pacientes a los que se les ha realizado una prueba complementaria objetivo.
<b>Código:</b> 7 (7.1.; 7.2.; 7.3.; 7.4)	<b>Nombre:</b> Tiempo medio de espera citación primera consulta especialista
<b>Definición:</b> 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, Ginecología y Obstetricia) hasta la fecha de su realización (citación).	
<b>Fórmula:</b> $\Sigma (A-B)/C$	
<b>Numerador (A y B):</b> A: Fecha de citación del paciente. B: Fecha de solicitud de consulta especialista.	<b>Denominador (C):</b> Número total de pacientes citados para la realización de una primera consulta con facultativo especialista.
<b>Código:</b> 8	<b>Nombre:</b> Tiempo medio de asistencia en <i>triage</i> en urgencias
<b>Definición:</b> Tiempo medio de espera transcurrido desde el registro de entrada en urgencias hasta el <i>triage</i> en urgencias.	
<b>Fórmula:</b> $\Sigma (A-B) / C$	
<b>Numerador (A y B):</b> A: Fecha y hora del <i>triage</i> en urgencias médica. B: Fecha y hora de registro a la entrada en urgencias.	<b>Denominador (C):</b> Número de pacientes registrados en urgencias.
<b>Código:</b> 9	<b>Nombre:</b> Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias
<b>Definición:</b> Tiempo medio de espera transcurrido desde el <i>triage</i> en urgencias hasta la atención médica.	
<b>Fórmula:</b> $\Sigma (A-B) / C$	
<b>Numerador (A y B):</b> A: Fecha y hora de la atención médica. B: Fecha y hora del <i>triage</i> en urgencias.	<b>Denominador (D):</b> Número de pacientes registrados en urgencias.

<b>Código: 10</b>	<b>Nombre:</b> Espera media quirúrgica
<b>Definición:</b> 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).	
<b>Fórmula:</b> $\Sigma [(A-B)+(C-A)] / D$	
<b>Numerador (A, B y C):</b> A: Fecha de citación en consulta pre-anestésica. B: Fecha de solicitud de consulta pre-anestésica. C: Fecha de realización de la intervención quirúrgica.	<b>Denominador (C):</b> Número total de pacientes con fecha de realización de intervención quirúrgica y estudio pre-anestésico.

<b>Código: 11</b>	<b>Nombre:</b> Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y comienzo del tratamiento en cáncer de mama
<b>Definición:</b> Promedio de número de días transcurridos entre el diagnóstico firme de cáncer de mama y el inicio del tratamiento oncológico.	
<b>Fórmula:</b> $\Sigma (A-B) / C$	
<b>Numerador (A y B):</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.	<b>Denominador (C):</b> Total de pacientes con informe diagnóstico de cáncer de mama.
<b>Ajustes:</b> 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.	

<b>Código: 12</b>	<b>Nombre:</b> Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y comienzo del tratamiento en cáncer de colon
<b>Definición:</b> Promedio de número de días transcurridos entre el diagnóstico firme de cáncer de colon y el inicio del tratamiento oncológico.	
<b>Fórmula:</b> $\Sigma (A-B) / C$	
<b>Numerador (A y B):</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.	<b>Denominador (C):</b> Total de pacientes con informe diagnóstico de cáncer de colon.
<b>Ajustes:</b> 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.	

<b>Código: 13</b>	<b>Nombre:</b> Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y comienzo del tratamiento en cáncer de pulmón
<b>Definición:</b> Promedio de número de días transcurridos entre el diagnóstico firme de cáncer de pulmón y el inicio del tratamiento oncológico.	
<b>Fórmula:</b> $\Sigma (A-B) / C$	
<b>Numerador (A y B):</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.	<b>Denominador (C):</b> Total de pacientes con informe diagnóstico de cáncer de pulmón.
<b>Ajustes:</b> 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.	

<b>Código: 14</b>	<b>Nombre:</b> Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes que retornan al servicio de urgencias del hospital en menos de las 72 horas posteriores a su primer registro en urgencias.	
<b>Fórmula:</b> $(A/B)*100$	
<b>Numerador (A):</b> 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).	<b>Denominador (B):</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.

<b>Código: 15</b>	<b>Nombre:</b> Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
<b>Definición:</b> Porcentaje de reingresos, tras un alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 30 días tras el episodio inicial. (El reingreso debe ser causado por la patología de su ingreso inicial o patología relacionada).	
<b>Fórmula:</b> $(A/B)*100$	
<b>Numerador (A):</b> 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.	<b>Denominador (B):</b> Número total de pacientes ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria".

**Exclusiones numerador:**

- No se considerará como reingreso las altas programadas (campo "Tipo de procedimiento quirúrgico 1" es "Programado") aunque se produzcan en los 30 días posteriores al ingreso índice.

**Exclusiones denominador:**

- Altas con causa del alta "Exitus".

**Definición de patología relacionada:**

Para el cálculo de este indicador se considerará que un alta subsiguiente está clínicamente relacionada con la hospitalización índice cuando se cumpla este criterio:

- Recurrencia de la patología: el motivo del reingreso es la misma patología que la del ingreso índice. Este concepto se operativiza, exigiendo que coincidan los tres primeros dígitos del código del diagnóstico principal del ingreso índice y los del posible reingreso.

<b>Código:</b> 16		<b>Nombre:</b> Tasa de reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días	
<b>Definición:</b> Porcentaje de reingresos de casos quirúrgicos, tras una alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 7 días tras el episodio inicial. (El reingreso debe ser causado por la patología de su ingreso inicial o patología relacionada).			
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100			
<b>Numerador (A):</b> Número total de pacientes de casos quirúrgicos dados de alta (Casos índice) que reingresan en el hospital por la misma causa o una causa potencialmente relacionada de la patología inicial dentro de los 7 días posteriores al alta.		<b>Denominador (B):</b> Número total de pacientes de casos quirúrgicos ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria".	

**Exclusiones numerador:**

- No se considerará como reingreso las altas programadas (campo "Tipo de procedimiento quirúrgico 1" es "Programado") aunque se produzcan en los 30 días posteriores al ingreso índice.

**Exclusiones denominador:**

- Altas con causa "Exitus".

**Definición de patología relacionada:**

Para el cálculo de este indicador se considerará que un alta subsiguiente está clínicamente relacionada con la hospitalización índice cuando se cumpla alguno de estos criterios:

- Recurrencia de la patología: el motivo del reingreso es la misma patología que la del ingreso índice. Este concepto se operativiza, exigiendo que coincidan los tres primeros dígitos del código del diagnóstico principal del ingreso índice y los del posible reingreso.
- Complicación de la asistencia: el reingreso es consecuencia de un problema agudo relacionado con la atención proporcionada por el ingreso índice. Existen dos vías para cumplir este requisito: el diagnóstico principal es de iatrogenia o de complicación de la asistencia médica, septicemia, micosis, infecciones de las vías urinarias, de la piel o del tejido subcutáneo o envenenamiento por medicamentos. Ver listado de códigos en "Anexo I: Complicaciones de la asistencia médica".

<b>Código:</b> 17	<b>Nombre:</b> Reingresos por enfermedad pulmonar (EPOC) a los 30 días
<b>Definición:</b> Porcentaje de reingresos con diagnóstico principal de EPOC, tras un alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 30 días tras el episodio inicial. (El reingreso debe ser causado por la patología de su ingreso inicial o patología relacionada).	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número total de pacientes con diagnóstico principal de EPOC dados de alta (Casos índice) que reingresan en el hospital por una causa potencialmente relacionada de la patología inicial dentro de los 30 días posteriores al alta.	<b>Denominador (B):</b> Número total de pacientes con diagnóstico principal de EPOC ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria".

**Exclusiones numerador:**

- No se considerará como reingreso las altas programadas (campo "Tipo de procedimiento quirúrgico 1" es "Programado") aunque se produzcan en los 30 días posteriores al ingreso índice.

**Exclusiones denominador:**

- Altas con causa "Exitus".

**Definición de EPOC:**

Para la definición de EPOC se utilizan los códigos propuestos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para la elaboración del PQI 05 Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) or Asthma in Older Adults Admission Rate. El listado de estos códigos puede encontrarse en el Anexo II: EPOC.

**Definición de patología relacionada (A):**

Para el cálculo de este indicador se considerará que un alta subsiguiente está clínicamente relacionada con la hospitalización índice cuando se cumpla alguno de estos criterios:

- Recurrencia de la patología: el motivo del reingreso es la misma patología que la del ingreso índice. Este concepto se operativiza, exigiendo que el diagnóstico principal del ingreso índice y del posible reingreso pertenezca al mismo sistema orgánico (circulatorio, respiratorio,...). El sistema orgánico de los diagnósticos viene determinado por la tabla del "Chronic Condition Indicator" de la AHRQ.
- Patología crónica: el reingreso se produce como consecuencia de una descompensación de un problema crónico subyacente, diferente del que motivó el ingreso índice. El sistema orgánico de los diagnóstico viene determinado por la tabla del "Chronic Condition Indicator" de la AHRQ.
- Complicación de la asistencia: el reingreso es consecuencia de un problema agudo relacionado con la atención proporcionada por el ingreso índice. Existen dos vías para cumplir este requisito: el diagnóstico principal es de iatrogenia o de complicación de la asistencia médica, septicemia, micosis, infecciones de las vías urinarias, de la piel o del tejido subcutáneo o envenenamiento por medicamentos.

**Definición de patología relacionada (B):**

Para el cálculo de este indicador se considerará que un alta subsiguiente está clínicamente relacionada con la hospitalización índice cuando se cumpla este criterio:

- Recurrencia de la patología: el motivo del reingreso es la misma patología que la del ingreso índice. Este concepto se operativiza, exigiendo que coincidan los tres primeros dígitos del código del diagnóstico principal del ingreso índice y los del posible reingreso.

<b>Código: 18</b>		<b>Nombre:</b> Reingresos por insuficiencia cardíaca (IC) a los 30 días	
<b>Definición:</b> Porcentaje de reingresos con diagnóstico principal de IC, tras un alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 30 días tras el alta inicial. (El reingreso debe ser causado por la patología de su ingreso inicial o patología relacionada).			
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100			
<b>Numerador (A):</b> Número total de pacientes con diagnóstico principal de IC dados de alta (Casos índice) que reingresan en el hospital por una causa potencialmente relacionada con la patología inicial dentro de los 30 días posteriores al alta.		<b>Denominador (B):</b> Número total de pacientes con diagnóstico principal de IC ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria".	

**Exclusiones numerador:**

- No se considerará como reingreso las altas programadas (campo "Tipo de procedimiento quirúrgico 1" es "Programado") aunque se produzcan en los 30 días posteriores al ingreso índice.

**Exclusiones denominador:**

- Altas con causa "Exitus".

**Definición de IC:**

Para la definición de IC se utilizan los códigos propuestos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para la elaboración del PQI 08 Heart Failure Admission Rate. El listado de estos códigos puede encontrarse en el Anexo III: IC.

**Definición de patología relacionada (A):**

Para el cálculo de este indicador se considerará que un alta subsiguiente está clínicamente relacionada con la hospitalización índice cuando se cumpla alguno de estos criterios:

- Recurrencia de la patología: el motivo del reingreso es la misma patología que la del ingreso índice. Este concepto se operativiza, exigiendo que el diagnóstico principal del ingreso índice y del posible reingreso pertenezca al mismo sistema orgánico (circulatorio, respiratorio,...). El sistema orgánico de los diagnósticos viene determinado por la tabla del "Chronic Condition indicator" de la AHRQ1.
- Patología crónica: el reingreso se produce como consecuencia de una descompensación de un problema crónico subyacente, diferente del que motivó el ingreso índice. El sistema orgánico de los diagnósticos viene determinado por la tabla del "Chronic Condition indicator" de la AHRQ1.
- Complicación de la asistencia: el reingreso es consecuencia de un problema agudo relacionado con la atención proporcionada por el ingreso índice. Existen dos vías para cumplir este requisito:
  - El diagnóstico principal es de iatrogenia o de complicación de la asistencia médica, septicemia, micosis, infecciones de las vías urinarias, de la piel o del tejido subcutáneo o envenenamiento por medicamentos.

**Definición de patología relacionada (B):**

Para el cálculo de este indicador se considerará que un alta subsiguiente está clínicamente relacionada con la hospitalización índice cuando se cumpla este criterio:

- Recurrencia de la patología: el motivo del reingreso es la misma patología que la del ingreso índice. Este concepto se operativiza, exigiendo que coincidan los tres primeros dígitos del código del diagnóstico principal del ingreso índice y los del posible reingreso.

<b>Código:</b> 19	<b>Nombre:</b> Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes con diagnóstico de catarata no complicada, que tuvo una cirugía de cataratas y debe ser intervenido nuevamente por la aparición de una complicación mayor en los 3 días posteriores a la cirugía.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número total de pacientes reintervenidos quirúrgicamente de cataratas por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservar fragmentos nucleares</li> <li>• Endoftalmitis</li> <li>• Lente dislocada o lente intraocular de energía incorrecta</li> <li>• Desprendimiento de retina</li> <li>• Dehiscencia de la herida</li> </ul>	<b>Denominador (B):</b> Número total de intervenciones de cirugía de cataratas realizados en el centro hospitalario.

**Definición de Catarata:**

Para considerar un caso de cataratas se exige que se cumplan de forma simultánea estos dos criterios:

- Diagnóstico principal de un código de cataratas.
- Algún campo de procedimiento con un código de intervención de cataratas.

Para considerar un caso de reingreso por complicaciones de cataratas se exige que se cumplan de forma simultánea estos dos criterios:

- Diagnóstico principal de un código de cataratas o con código de complicación de cataratas.
- Algún campo de procedimiento con un código de intervención de cataratas en el mismo ojo que la anterior intervención. Es decir, no se consideran reingresos los casos en los que, aunque se cumplan las condiciones anteriores, la intervención se produce en el otro ojo.

<b>Código:</b> 20	<b>Nombre:</b> Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios
<b>Definición:</b> 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).	
<b>Fórmula:</b> $\sum A / B$	
<b>Numerador (A):</b> 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; g) Gestión del Paciente (Admisiones, atención paciente, documentación clínica).	<b>Denominador (B):</b> Número de centros hospitalarios que han participado en el estudio.

<b>Código:</b> 21 (21.1., 21.2, 21.3, 21,4 y 21.5)	<b>Nombre:</b> Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente
<b>Definición:</b> Número de políticas y procedimientos de seguridad de pacientes implantados en el hospital en las áreas prioritarias: 1) higiene de manos; 2) evaluación de riesgo de úlceras por presión; 3) problemas relacionados con la medicación; 4) notificación de eventos adversos; 5) protocolo de cirugía. Indicador autodeclarativo.	
<b>Fórmula:</b> $\Sigma A / B$	
<b>Numerador (A):</b> Número de políticas y procedimientos de seguridad del paciente implantados en el hospital que cumplen los criterios definidos.	<b>Denominador (B):</b> Número de centros hospitalarios que participan en el estudio.

<b>Código:</b> 22	<b>Nombre:</b> Ratio de intervenciones de cirugía segura ("check list" quirúrgico)
<b>Definición:</b> 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.	
<b>Fórmula:</b> $(A/B)*100$	
<b>Numerador (A):</b> 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.	<b>Denominador (B):</b> Número total de intervenciones quirúrgicas con anestesia general practicadas en el hospital durante el período establecido.

<b>Código:</b> 23	<b>Nombre:</b> Tasa de supervivencia a las 48 horas de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA)
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes fallecidos en las 48 horas posteriores al ingreso por SCA respecto al total de ingresos por este mismo diagnóstico.	
<b>Fórmula:</b> $(A/B)*100$	
<b>Numerador (A):</b> Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal el de SCA, menos el número total de pacientes de estos diagnósticos y que tengan como motivo de alta "defunción/éxito" en el período estudiado dentro de las 48 horas posteriores al ingreso.	<b>Denominador (B):</b> Número de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de SCA.
<b>Ajustes:</b> Se excluyen las altas por traslado del paciente a otro hospital.	

**Exclusiones:**

- Todas las altas con valores en el campo causa del alta "Traslado a otro hospital".

**Definición de SCA:**

Para la definición de SCA se utilizan los códigos propuestos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para la elaboración del IQI 15 Acute Myocardial Infarction (AMI) Mortality Rate.

<b>Código: 24</b>	<b>Nombre:</b> Tasa de supervivencia al alta por Síndrome Coronario Agudo (SCA)
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes no fallecidos durante el período de ingreso por Infarto Agudo de Miocardio respecto al total de ingresos por este mismo diagnóstico.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal el de SCA, menos el número total de pacientes de estos diagnósticos y que tengan como motivo de alta "defunción/éxitus" en el período de ingreso.	<b>Denominador (B):</b> Número de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de SCA.
<b>Ajustes:</b> Se excluyen las altas por traslado del paciente a otro hospital.	

**Exclusiones:**

- Todas las altas con valores en el campo causa del alta "Traslado a otro hospital".

**Definición de SCA:**

Para la definición de SCA se utilizan los códigos propuestos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para la elaboración del IQI 15 Acute Myocardial Infarction (AMI) Mortality Rate.

<b>Código: 25</b>	<b>Nombre:</b> Tasa de supervivencia al alta por Insuficiencia Cardíaca (IC)
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes no fallecidos durante su ingreso por IC respecto al total de ingresos por este mismo diagnóstico.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal el IC, menos el número total de pacientes de estos diagnósticos y que tengan como motivo de alta "defunción/éxitus" en el período de ingreso.	<b>Denominador (B):</b> Número de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de IC.
<b>Ajustes:</b> Se excluyen las altas por traslado del paciente a otro hospital.	

**Exclusiones:**

- Todas las altas con valores en el campo causa del alta "Traslado a otro hospital".

**Definición de IC:**

Para la definición de IC se utilizan los códigos propuestos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para la elaboración del PQI 08 Heart Failure Admission Rate.

<b>Código: 26</b>	<b>Nombre:</b> Tasa de supervivencia al alta de pacientes ingresados por Ictus
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes no fallecidos durante su ingreso por Ictus respecto al total de ingresos por este mismo diagnóstico.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal el de Ictus, menos el número total de pacientes de estos diagnósticos y que tengan como motivo de alta "defunción/éxitus" en el período de ingreso.	<b>Denominador (B):</b> Número de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Ictus.
<b>Ajustes:</b> Se excluyen las altas por traslado del paciente a otro hospital.	

**Exclusiones:**

- Todas las altas con valores en el campo causa del alta "Traslado a otro hospital".

**Definición de Ictus:**

Para la definición de Ictus se utilizan los códigos propuestos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para la elaboración del IQI 17 Acute Stroke Mortality Rate.

<b>Código: 27</b>	<b>Nombre:</b> Tasa de mortalidad por neumonía no complicada
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes fallecidos durante el ingreso hospitalario por diagnóstico de neumonía no complicada sin obstrucción, tumor o mucoviscidosis.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Neumonía y que tengan como motivo de salida el de "defunción/éxito" en el período de ingreso.	<b>Denominador (B):</b> Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Neumonía.

**Exclusiones:**

- Todos los pacientes con diagnóstico de mucoviscidosis o tumores.

**Definición de de neumonía:**

Para la definición de neumonía se utilizan los códigos propuestos por los indicadores EIQL.

<b>Código: 28</b>	<b>Nombre:</b> Tasa de mortalidad por fractura de cuello de fémur
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes fallecidos durante el ingreso hospitalario por diagnóstico principal de fractura de cuello de fémur.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Fractura de Cuello de Fémur y que tengan como motivo de salida el de "defunción/éxito" en el período de ingreso.	<b>Denominador (B):</b> Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Fractura de Cuello de Fémur.

**Exclusiones:**

- Todos los pacientes con diagnóstico principal de fractura de otras localizaciones no de cuello de fémur.

**Definición de Fractura de Cuello de Fémur:**

Para la definición de fractura de cuello de fémur se utilizan los códigos propuestos por los indicadores EIQL.

<b>Código: 29</b>	<b>Nombre:</b> Tasa de mortalidad por fractura de cadera pertrocantérea
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes fallecidos durante el ingreso hospitalario con diagnóstico principal de fractura de cadera pertrocantérea.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Fractura de Cadera Pertrocantérea y que tengan como motivo de salida el de "defunción/éxito" en el período de ingreso.	<b>Denominador (B):</b> Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Fractura de Cadera Pertrocantérea.

**Exclusiones:**

- Todos los pacientes con diagnóstico principal de fractura de otras localizaciones no de cadera pertrocantérea.

**Definición de Fractura de Cadera Pertrocantérea:**

Para la definición de fractura de cadera pertrocantérea se utilizan los códigos propuestos por los indicadores EIQL.

<b>Código: 30</b>	<b>Nombre:</b> Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso
<b>Definición:</b> Número de intervenciones realizadas dentro de las 48 horas después del ingreso urgente sobre el total de cirugías realizadas durante el periodo de estudio.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número total de intervenciones realizadas dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario urgente como consecuencia de una fractura de cadera durante el periodo de estudio.	<b>Denominador (B):</b> Número total de intervenciones al ingreso hospitalario urgente como consecuencia de una fractura de cadera durante el periodo de estudio.

**Exclusiones:**

- Todas las altas sin información en el campo "Fecha de la intervención".

**Definición de fractura de cadera:**

Para la definición de fractura de cadera se utilizan los códigos propuestos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para la elaboración del IQR 19 Hip Fracture Mortality Rate.

<b>Código: 31</b>	<b>Nombre:</b> Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) que han sido ingresados en los 30 días posteriores en el mismo centro en el que se le realizó la CMA por complicaciones relativas a la intervención.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> 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.	<b>Denominador (B):</b> Número total de pacientes a los que se les ha realizado una CMA tanto en centro hospitalario como ambulatorio.

**Exclusiones numerador:**

- No se considerará como reingreso las altas programadas (campo "Tipo de procedimiento quirúrgico 1" es "Programado") aunque se produzcan en los 30 días posteriores al ingreso índice.

**Exclusiones denominador:**

- Altas con causa del alta "Exitus"
- Altas quirúrgicas con días de estancia >0

**Complicación relativa a la intervención:**

Para el cálculo de este indicador se considerará que un alta subsiguiente está clínicamente relacionada con la hospitalización índice cuando se cumpla alguno de estos criterios:

- Recurrencia de la patología: el motivo del reingreso es la misma patología que la del ingreso índice. Este concepto se operativiza, exigiendo que el diagnóstico principal del ingreso índice y del posible reingreso pertenezca al mismo sistema orgánico (circulatorio, respiratorio...). El sistema orgánico de los diagnósticos viene determinado por la tabla del "Chronic Condition Indicator" de la AHRQ.
- Complicación de la asistencia: el reingreso es consecuencia de un problema agudo relacionado con la atención proporcionada por el ingreso índice. Existen dos vías para cumplir este requisito:
  - El diagnóstico principal es de iatrogenia o de complicación de la asistencia médica, septicemia, micosis, infecciones de las vías urinarias, de la piel o del tejido subcutáneo o envenenamiento por medicamentos.
  - Cualquier diagnóstico con una causa externa de efectos adversos de la atención sanitaria.

<b>Código:</b> 32	<b>Nombre:</b> Septicemia postquirúrgica
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes ingresados con una intervención quirúrgica con anestesia general y que presentan un diagnóstico de septicemia sobre el total de pacientes con intervención quirúrgica con anestesia general.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número de pacientes con intervención quirúrgica que presentan un diagnóstico de septicemia.	<b>Denominador (B):</b> Número de pacientes con al menos una intervención quirúrgica con anestesia general.

**Exclusiones:**

- Altas no quirúrgicas.
- Altas con estancias inferiores a 4 días.
- Altas provenientes del servicio de urgencias (ServicioIngreso="URG").
- Altas con diagnóstico principal de sepsia.
- Altas con diagnóstico principal de infección.
- Altas con algún diagnóstico (principal o secundario) de estado inmunodeprimido o cáncer.

**Definición de sepsia:**

Para la definición de este indicador se utiliza la propuesta de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para la elaboración del PSI 13 Postoperative Sepsis Rate.

<b>Código:</b> 33	<b>Nombre:</b> Tasa de partos por cesárea
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes ingresadas con diagnóstico principal de parto a las que se ha realizado una intervención quirúrgica de cesárea.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número de pacientes con procedimiento principal quirúrgico de cesárea.	<b>Denominador (B):</b> Número de pacientes con diagnóstico principal de parto.

**Exclusiones:**

- Altas no quirúrgicas.

**Definición de parto y cesárea:**

Para la definición de este indicador se utilizan los códigos de diagnóstico principal de parto de la CIE-10 y para la definición de cesárea los códigos de intervención quirúrgica de cesárea de la CIE-10.

<b>Código:</b> 34 y 35	<b>Nombre:</b> Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos sobre nº de ciclos realizados
<b>Definición:</b> Porcentaje de gestaciones y partos con ovocitos propios frescos sobre el nº total de ciclos realizados.	
<b>Fórmula:</b> A/B	
<b>Numerador (A):</b> Número total de gestaciones y partos con ovocitos frescos.	<b>Denominador (B):</b> Número total de ciclos iniciados.

<b>Código:</b> 36 y 37	<b>Nombre:</b> Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados sobre nº de ciclos realizados
<b>Definición:</b> Porcentaje de gestaciones y partos con ovocitos propios congelados sobre el nº total de ciclos realizados.	
<b>Fórmula:</b> A/B	
<b>Numerador (A):</b> Número total de gestaciones y partos con ovocitos propios congelados.	<b>Denominador (B):</b> Número total de ciclos iniciados.

<b>Código:</b> 38 y 39	<b>Nombre:</b> Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos sobre nº de ciclos realizados
<b>Definición:</b> Porcentaje de gestaciones y partos con ovocitos donados frescos sobre el nº total de ciclos realizados.	
<b>Fórmula:</b> A/B	
<b>Numerador (A):</b> Número total de gestaciones y partos con ovocitos donados frescos.	<b>Denominador (B):</b> Número total de ciclos iniciados.

<b>Código:</b> 40 y 41	<b>Nombre:</b> Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados sobre nº de ciclos realizados
<b>Definición:</b> Porcentaje de gestaciones y partos con ovocitos donados congelados sobre el nº total de ciclos realizados.	
<b>Fórmula:</b> A/B	
<b>Numerador (A):</b> Número total de gestaciones y partos con ovocitos donados congelados.	<b>Denominador (B):</b> Número total de ciclos iniciados.

<b>Código:</b> 42	<b>Nombre:</b> Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis
<b>Definición:</b> La tasa bruta de mortalidad es el número de muertes que se producen al año en pacientes con indicación de hemodiálisis dividido por la prevalencia de hemodiálisis en este mismo año.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número de muertes de pacientes en hemodiálisis al año.	<b>Denominador (B):</b> Prevalencia de pacientes en hemodiálisis en el año.

<b>Código:</b> 43	<b>Nombre:</b> Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo
<b>Definición:</b> El porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo es el número de pacientes con spkt/v medio en el periodo superior a 1,3, respecto al número de pacientes prevalentes en el período de estudio.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número de pacientes del denominador bimestral con spkt/v medio en el período > 1,3.	<b>Denominador (B):</b> Número de pacientes prevalentes en el período que lleven en hemodiálisis tres meses o más y que se dializan tres veces por semana.
<b>Código:</b> 44	<b>Nombre:</b> Porcentaje de pacientes con albúmina > 3,5 g./dl
<b>Definición:</b> El porcentaje de pacientes con Albúmina > 3,5 g./dl. es la razón del número de pacientes con cifra media de albúmina sérica en el período de estudio superior a 3,5 g./dl. y el número de pacientes de hemodiálisis prevalentes en el mismo período.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número de pacientes del denominador con cifra media de albúmina sérica en el período de estudio superior a 3,5 g./dl.	<b>Denominador (B):</b> Número de pacientes en hemodiálisis prevalentes en el mismo período.
<b>Código:</b> 45	<b>Nombre:</b> Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga.
<b>Definición:</b> 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.	
<b>Fórmula:</b> (A/B)*100	
<b>Numerador (A):</b> Número de pacientes prevalentes con FAV autóloga.	<b>Denominador (B):</b> Número de pacientes en hemodiálisis prevalentes durante el mismo período.



## 11.3.2. CMBD

Dentro del fichero Excel se solicitó la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos del último año (2017). Ésta pudo ser enviada tanto dentro del mismo fichero Excel o en formato Access, asegurándose de que se hubieran cumplimentado todos los campos solicitados.

Adicionalmente se hizo constar el sistema de clasificación en GRD y CIE utilizados por el CMBD.

**IMPORTANTE:** Este año es el segundo en que se ha pasado a utilizar la clasificación CIE-10, aunque en alguna comunidad autónoma la administración no lo exige así.

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA:** Este año, la información adicional para calcular los indicadores quirúrgicos se ha integrado con la pestaña del CMBD. Los campos añadidos fueron el 21 (Fecha de solicitud de la consulta pre-anestésica), 22 (Fecha de consulta pre-anestésica).

Se agregó en la base de datos del CMBD 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.
- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de realización de la consulta de pre-anestesia.

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

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

Los datos personales del paciente no han figurado en las bases de datos que se utilizan en el estudio.

En los indicadores en que ha sido necesario suministrar una identificación individual del paciente que permitiera cruzar datos para obtener, por ejemplo, las tasas de reingreso, este número podía ser cualquier otro que garantizara la no trazabilidad del paciente (por ejemplo, un centro podía suministrarnos un número aleatorio de identificación personal que sólo pudiera relacionarlo el responsable del centro con la historia clínica o la identificación personal del paciente). Era muy importante que el número de identificación del paciente fuera el mismo siempre, dado que se calculaban indicadores de reingresos del mismo paciente.

Estos números de identificación personal han sido codificados por los responsables del estudio de forma que no quedara 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 ha sido devuelta al centro y no ha quedado en poder de los responsables del estudio ninguna copia de la misma.

### 11.3.3. Actividad urgencias

Se han incluido en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2017.

Se suministra 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 servicio de urgencias si ésta es el registro existente). Se excluirá el registro si la admisión en urgencias no es registrada a la llegada.
- 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. Se excluirá el centro si el *triage* en urgencias no es registrado.

- 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.

En este caso y dado la explotación específica que se realiza de las horas a que se atienden los pacientes, se acordó que se cumplimentaran las fechas y horas de asistencia en todos los centros.

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

### 11.3.4. Consultas externas

Se han incluido las siguientes consultas de especialista realizadas en 2017:

- Oftalmología.
- Dermatología.
- Traumatología.
- Ginecología y Obstetricia.

Se han incluido todas aquellas primeras consultas con fecha fijada (independientemente de que la consulta se haya realizado o no) dentro del año 2017 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 han suministrado 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).

### 11.3.5. Pruebas complementarias

Se han incluido las siguientes pruebas realizadas en 2017:

- Mamografía.
- Tomografía Axial Computarizada (TAC).
- Resonancia Magnética (RM) Osteomuscular.

Se han incluido las pruebas con fecha fijada (independientemente de que se hayan realizado o no) dentro del año 2017 en las que se da cita en el primer hueco disponible en la agenda u otra fecha próxima a conveniencia del paciente.

Se han incluido las pruebas de revisión planificadas con tiempo de antelación superior a 30 días.

Para cada una de las pruebas se han suministrado 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.
- Fecha final de disponibilidad de la prueba. Se hace 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 de forma efectiva.

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

### 11.3.6. Cáncer

Incluye todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, pulmón o colon en que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) hayan 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 ha sido el 31 de enero del año siguiente (año 2017 hasta el 31 de enero de 2018).

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

Se recomendó para abordar el proceso de identificación de los pacientes susceptibles de tenerse en cuenta en el presente indicador a partir del CMBD de actividad quirúrgica, identificando los procedimientos correspondientes al tratamiento del cáncer.

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



## 11.3.8. Seguridad del paciente

Recoge la existencia de determinadas políticas y procedimientos de seguridad del paciente. Las políticas incluidas son:

- a) 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.
- b) Protocolo de evaluación de úlceras por presión. Implica la existencia de un protocolo formal aprobado por los órganos de gobierno, 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 existencia de la revisión por el farmacéutico o farmacólogo clínico del análisis de la medicación prescrita durante la estancia en el hospital, el análisis de potenciales problemas relacionados con la medicación y la comunicación al clínico responsable de estos problemas. El protocolo debe estar escrito.
- 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 acompaña en formato electrónico la información del funcionamiento del sistema que se utilice para que éste sea conocido por el personal.

- e) *Check-list* quirúrgico. 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.

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

- Estar recogida y detallada en un documento formal.
- Haber sido aprobada formalmente por los órganos de dirección del centro (considerando como tales las direcciones asistenciales y similares).
- Haber sido implantado 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.

Los grupos o centros sanitarios que participaron en los Estudios RESA 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017 sólo han aportado los documentos de las políticas y protocolos de seguridad del paciente que se han definido, desarrollado o implantado durante el año 2017 o en aquellos casos en los que el nivel de implantación de la política o protocolo haya aumentado.

### 11.3.9. Ratio de intervenciones de cirugía segura (*check-list* quirúrgico):

Implica la existencia de un protocolo, formalmente aprobado por los órganos de gobierno 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.

La muestra que han recogido los centros de salud es un corte mensual posterior al 31 de agosto de 2017, libremente escogido por el hospital en el que se reflejen días consecutivos.

Se ha considerado que la cumplimentación del *check-list* es válida siempre que:

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

- 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 ha entrado 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).

### 11.3.10. Reproducción asistida

El año de referencia de la información suministrada para este indicador ha sido 2015 (ciclos iniciados entre el 1 de enero de 2015 y nacimientos del bebé en 2015 o 2016).

Para el cálculo del indicador sólo se han tenido en cuenta los embarazos a término (entre 37 y 42 semanas de gestación) de un solo gestante que nazca vivo.

Fuente: Información suministrada a la Sociedad Española de Fertilidad.

### 11.3.11. Hemodiálisis

El período de referencia es el año 2017, desde 1 de enero a 31 de diciembre. Se han incluido sólo los pacientes que han sido atendidos durante más de 9 meses para evitar el sesgo de pacientes con pocos meses de atención.

Los ítems se codificaron todos como 1 (SI, cumple las condiciones del ítem) ó 0 (NO cumple las condiciones):

- Éxito del paciente 1: Se ha producido éxito del paciente en el período de referencia ó 2: No se ha producido éxito.

- KTV Objetivo. 1: Sí cumple la condición de  $sptkv$  medio en el período superior a 1,3. 0: No cumple la condición.

- Albúmina > 3,5. 1: Sí cumple la condición de una cifra media de albúmina sérica en el período de estudio superior a 3,5 gr./dl. 0: No cumple la condición.

- 1: Sí, 0: No.

Fuente: Sistema de información departamental de hemodiálisis o historia clínica electrónica.

## 11.4. Relación de participantes

Listado de centros hospitalarios y clínicas participantes en el Estudio RESA 2018<sup>4</sup>:

### 11.4.1. Centros hospitalarios y clínicas

#### ASISA (HLA GRUPO HOSPITALARIO)

- CLÍNICA MONTPELLIER (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 (Bilbao)
- IMQ ZORROTZAURRE (Bilbao)
- IMQ CLÍNICA SAN MIGUEL (Pamplona)

#### 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)

<sup>4</sup> 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.

## GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓNSALUD

- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD A CORUÑA (A Coruña)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD ALAMEDA (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD BILBAO (Bilbao)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD CLIDEBA MÉRIDA (Mérida, Badajoz)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD CONDES DE BUSTILLO (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD FUENGIROLA (Fuengirola, Málaga)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD LOS REMEDIOS (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD MÁLAGA (Málaga)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD NERVIÓN (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN SALUD ORIHUELA (Orihuela, Alicante)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD SANTA POLA (Santa Pola, Alicante)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD SEVILLA ESTE (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD TRES CANTOS (Tres Cantos, Madrid)
- CENTRO MÉDICO TEKNON (Barcelona)
- CLÍNICA QUIRÓNSALUD ALCÁZAR (Alcázar de San Juan, Ciudad Real)
- 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 INFANTA LUISA (Sevilla)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA (Málaga)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MARBELLA (Marbella, Málaga)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MIGUEL DOMÍNGUEZ (Pontevedra)
- 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 SAN AGUSTÍN (Dos Hermanas, Sevilla)
- 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)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (Valdemoro, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRÓNSALUD MADRID (Pozuelo de Alarcón, Madrid)

- HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS (Madrid)
- INSTITUTO OFTALMOLÓGICO QUIRÓNSALUD A CORUÑA (A Coruña)
- INSTITUTO OFTALMOLÓGICO QUIRÓNSALUD BARCELONA (Barcelona)
- 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 HOSPITEN

- HOSPITEN BELLEVUE (Puerto de la Cruz, Tenerife)
- HOSPITEN CLÍNICA ROCA (San Agustín, Gran Canaria)
- HOSPITEN ESTEPONA (Estepona, Málaga)
- HOSPITEN LANZAROTE (Puerto del Carmen, Lanzarote)
- 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 AGUAS VIVAS (Valencia)
- HOSPITAL MEDIMAR INTERNACIONAL (Alicante)
- HOSPITAL MONTSERRAT (Lleida)
- HOSPITAL 9 DE OCTUBRE (Valencia)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE AMÉRICA (Madrid)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA (Vigo, Pontevedra)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD (Granada)
- HOSPITAL PARDO DE ARAVACA (Madrid)
- HOSPITAL PARQUE SAN ANTONIO (Málaga)
- HOSPITAL PERPETUO SOCORRO (Alicante)
- HOSPITAL REY DON JAIME (Castellón de la Plana)
- HOSPITAL SEVILLA ALJARAFE (Castilleja de la Cuesta, Sevilla)
- HOSPITAL SAN JOSÉ (Vitoria)
- HOSPITAL SANTA CATALINA (Las Palmas de Gran Canaria)
- HOSPITAL SANTA CRUZ (Santa Cruz de Tenerife)
- HOSPITAL VALENCIA AL MAR (Valencia)

- HOSPITAL VIRGEN DEL CONSUELO (Valencia)
- HOSPITAL VIRGEN DEL MAR (Almería)
- XANIT HOSPITAL INTERNACIONAL (Benalmádena, Málaga)

## HOSPITALES CATÓLICOS DE MADRID

- CLÍNICA SANTA ELENA (Madrid)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO (Madrid)

## 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 TORREJON (Torrejón de Ardoz, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO SANITAS LA MORALEJA (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO SANITAS LA ZARZUELA (Madrid)
- HOSPITAL SANITAS VIRGEN DEL MAR (Madrid)

## VIAMED

- HOSPITAL VIAMED NUESTRA SEÑORA VIRGEN DEL CARMEN (Calahorra, La Rioja)
- HOSPITAL VIAMED BAHÍA DE CÁDIZ (Cádiz)
- HOSPITAL VIAMED LOS MANZANOS (Langreo, La Rioja)
- HOSPITAL VIAMED SANTA ÁNGELA DE LA CRUZ (Sevilla)
- HOSPITAL VIAMED SANTIAGO (Huesca)
- HOSPITAL VIAMED SAN JOSÉ (Murcia)
- HOSPITAL VIAMED MONTECANAL (Zaragoza)
- HOSPITAL VIAMED VALVANERA (Logroño, La Rioja)

## ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS

- HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS TENERIFE (Tenerife)
- HOSPITAL CIEMPOZUELOS (Madrid)
- NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ (Madrid)

## OTROS

- CENTRO MÉDICO ASTURIAS (Oviedo)
- HOSPITAL SANTÍSIMA TRINIDAD (Salamanca)
- POLICLÍNICA COMARCAL EL VENDRELL (Santa Oliva, Tarragona)
- HOSPITAL PERPÉTUO SOCORRO (Las Palmas)
- HOSPITAL MESA DEL CASTILLO (Murcia)
- CLÍNICA CEMTRO (Madrid)
- CLÍNICA NTRA. SRA. DEL REMEI (Barcelona)
- HOSPITAL SAN AGUSTÍN (Sevilla)

## 11.4.2. Centros ambulatorios

### AFFIDEA Q DIAGNÓSTICA

- QD PET H. JOVE (Gijón)
- QD H. RECOLETAS CUENCA (Cuenca)
- QD CLÍNICA SANTA TERESA (Ávila)
- QD H. DIVINO VALLÉS (Burgos)
- QD H. RECOLETAS BURGOS (Burgos)
- QD. CLÍNICA SAN FRANCISCO (León)
- QD. HM LA REGLA (León)
- QD BECERRO DE BENGOA (Palencia)
- QD H. SANTÍSIMA TRINIDAD (Salamanca)
- QD H. RECOLETAS SEGOVIA (Segovia)
- QD H. CAMPO GRANDE (Valladolid)
- QD H. FELIPE II (Valladolid)
- QD PARACELSO (Valladolid)
- QD SAGRADO CORAZÓN (Valladolid)
- QD H. RECOLETAS ZAMORA (Zamora)
- QD H. GENERAL DE L'HOSPITALET (Barcelona)
- QD H. COMARCAL DE BLANES (Blanes, Girona)
- QD H. DE FIGUERES (Figueres, Girona)
- QD CLÍNICA TRES TORRES (Barcelona)
- AFFIDEA CLÍNICA TESLA (Alicante)
- QD H. LA MILAGROSA (Madrid)
- QD PET-TAC H. LA MILAGROSA (Madrid)
- QD H. LA MILAGROSA MEDICINA NUCLEAR (Madrid)
- QD H. SAN FRANCISCO DE ASÍS (Madrid)
- QD H. VOT (Madrid)
- QD CLÍNICA FUENSANTA (Madrid)
- QD ABENARABI (Murcia)
- QD POLICLÍNICA ZARAICE (Murcia)
- QD MURCIA SANICUR (Murcia)
- QD H. DE LA VEGA LORENZO GUIRAO (Murcia)
- QD H. DE MOLINA (Murcia)
- QD H. MESA DEL CASTILLO (Murcia)

- QD H. VIRGEN DE ALCAZAR (Murcia)
- QD SAN JAVIER (Murcia)
- QD H. SAN JUAN DE DIOS (Pamplona)
- U.M. Mamográfica
- U.M. RM (1,5T.)
- U.M. TAC

### GRUPO ASCIRES

- ASCIRES BEATA (Madrid)
- ASCIRES CAMPANAR (Valencia)

### 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 VINAROS (Vinaroz, 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 GENESISCARE

- GENESISCARE ALCÁZAR DE SAN JUAN (Alcázar de San Juan, Ciudad Real)
- GENESISCARE ALICANTE (Alicante)
- GENESISCARE ARAVACA (Madrid)
- GENESISCARE ARTURO SORIA (Madrid)
- GENESISCARE GUADALAJARA (Guadalajara)
- GENESISCARE LA MILAGROSA (Madrid)
- GENESISCARE MESA DEL CASTILLO (Murcia)
- GENESISCARE MURCIA (Murcia)
- GENESISCARE SAN FRANCISCO DE ASÍS (Madrid)
- GENESISCARE SEVILLA (Sevilla)
- GENESISCARE TALAVERA DE LA REINA (Talavera de la Reina, Toledo)
- GENESISCARE TOLEDO (Toledo)

### GRUPO INNOVA OCULAR

- INNOVA OCULAR BEGITEK (San Sebastián)
- INNOVA OCULAR CLÍNICA DR. SOLER (Elche, Alicante)
- 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 QUIRÓNSALUD

- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD  
ALJARAFE  
(Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD  
CLIDEBA MÉRIDA  
(Mérida, Badajoz)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD  
ESPARTINAS  
(Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD  
FERROL  
(Ferrol, A Coruña)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD  
MAIRENA  
(Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD  
MANUEL SIUROT  
(Sevilla)

- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD  
MÉRIDA  
(Mérida, Badajoz)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD  
SA POBLA  
(Islas Baleares)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD  
PUERTOLLANO  
(Ciudad Real)

### GRUPO NEPHROCARE

- CENTRO DE DIÁLISIS ALCAÑIZ  
(Alcañiz, Teruel)
- CENTRO DE DIÁLISIS ALCOBENDAS  
(Alcobendas, Madrid)
- CENTRO DE DIÁLISIS ALMERÍA  
(Almería)
- CENTRO DE DIÁLISIS ANTEQUERA  
(Antequera, Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS ARANDA  
DE DUERO  
(Aranda de Duero, Burgos)
- CENTRO DE DIÁLISIS ASTORGA  
(Astorga, León)
- CENTRO DE DIÁLISIS BADAJOZ  
(Badajoz)
- CENTRO DE DIÁLISIS  
BARCELONA - DIAGONAL  
(Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS BARCELONA  
GLORIES  
(Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS BARCELONA  
ROSSELLÓ  
(Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS BILBAO  
(Bilbao)
- CENTRO DE DIÁLISIS CABRA  
(Cabra, Córdoba)

- CENTRO DE DIÁLISIS CÁCERES  
(Cáceres)
- CENTRO DE DIÁLISIS CARAVACA  
(Caravaca, Murcia)
- CENTRO DE DIÁLISIS CARTAGENA  
(Cartagena, Murcia)
- CENTRO DE DIÁLISIS CIEZA  
(Cieza, Murcia)
- CENTRO DE DIÁLISIS CIUDAD REAL  
(Ciudad Real)
- CENTRO DE DIÁLISIS CÓRDOBA  
PINTOR GARCÍA  
(Córdoba)
- CENTRO DE DIÁLISIS CÓRDOBA  
SAN RAFAEL  
(Córdoba)
- CENTRO DE DIÁLISIS CORIA  
(Coria, Cáceres)
- CENTRO DE DIÁLISIS ELCHE  
(Elche, Alicante)
- CENTRO DE DIÁLISIS GANDÍA  
(Gandía, Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS GRANOLLERS  
(Granollers, Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS HOSPITALET  
(Hospitalet del Llobregat, Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS HUÉRCAL  
OVERA  
(Huercal-Overa, Almería)
- CENTRO DE DIÁLISIS JEREZ  
(Jerez, Cádiz)
- CENTRO DE DIÁLISIS LEÓN  
(León)
- CENTRO DE DIÁLISIS LOGROÑO  
(Logroño)
- CENTRO DE DIÁLISIS MADRID
- CENTRO DE DIÁLISIS MADRID  
DIALCENTRO
- CENTRO DE DIÁLISIS MADRID  
EL PILAR
- CENTRO DE DIÁLISIS MADRID  
MONCLOA
- CENTRO DE DIÁLISIS MADRID  
SAN LUCIANO
- CENTRO DE DIÁLISIS MÁLAGA  
CIUDAD JARDÍN
- CENTRO DE DIÁLISIS MÁLAGA  
EL CÓNsul
- CENTRO DE DIÁLISIS MÉRIDA  
(Mérida, Badajoz)
- CENTRO DE DIÁLISIS  
MOLINA DE SEGURA  
(Molina de Segura, Murcia)
- CENTRO DE DIÁLISIS MURCIA  
EL PALMAR  
(Murcia)
- CENTRO DE DIÁLISIS NAVALMORAL  
(Cáceres)
- CENTRO DE DIÁLISIS ORIHUELA  
(Alicante)
- CENTRO DE DIÁLISIS OSUNA  
(Sevilla)
- CENTRO DE DIÁLISIS PALMA DEL RÍO  
(Córdoba)
- CENTRO DE DIÁLISIS PLASENCIA  
(Cáceres)
- CENTRO DE DIÁLISIS REUS  
(Reus, Tarragona)
- CENTRO DE DIÁLISIS SAGUNTO  
(Valencia)

- CENTRO DE DIÁLISIS  
SAN PEDRO DEL PINATAR  
(Murcia)
- CENTRO DE DIÁLISIS SANLUCAR  
(Cádiz)
- CENTRO DE DIÁLISIS SANT JOAN DESPÍ  
(Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS SANTANDER
- CENTRO DE DIÁLISIS  
SEVILLA - BELLAVISTA
- CENTRO DE DIÁLISIS  
SEVILLA - SAN CARLOS
- CENTRO DE DIÁLISIS TARRAGONA
- CENTRO DE DIÁLISIS TENERIFE
- CENTRO DE DIÁLISIS TERRASSA  
(Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS VACACIONAL  
JANDÍA  
(Jandía, Fuerteventura)
- CENTRO DE DIALISIS VACACIONAL  
LANZAROTE  
(Lanzarote)
- CENTRO DE DIÁLISIS VACACIONAL  
MASPALOMAS  
(Maspalomas, Gran Canaria)
- CENTRO DE DIÁLISIS VALENCIA  
(Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS VALLADOLID  
(Valladolid)
- CENTRO DE DIÁLISIS VILLANUEVA  
(Villanueva de la Serena, Badajoz)
- CENTRO DE DIÁLISIS YECLA  
(Yecla, Murcia)

## GRUPO SCANNER

- CENTRO SCANNER VIZCAYA (RMN)  
(Bilbao)
- CENTRO SCANNER VIZCAYA (TAC)  
(Bilbao)
- CLÍNICA VICENTE SAN SEBASTIÁN TC 64  
(San Sebastián)

## OTROS CENTROS

- CENTRO CMED  
(Madrid)
- CLÍNICA REMENTERÍA  
(Madrid)

### 11.4.3. Comité de Expertos

El comité de expertos del Estudio RESA 2018 se encuentra formado por:

- Agustín Albarracín, Quirónsalud
- Anabel Fernández Castelló, Sanitas
- Alejandro Jiménez, HLA
- Isabel Bule, HM hospitales
- Mapi Henríquez, Quirónsalud
- Miguel Ortegón, Hospitales Católicos de Madrid
- Nicolás Guerra, IMQ
- Rosa Ramos, Nephrocare
- Ramón Berra, Genesiscare
- Oscar Guerra, Hospital San Roque

### 11.4.4. Responsables (IDIS y Antares Consulting)

El equipo responsable del trabajo de campo del Estudio RESA 2018 se encuentra formado por profesionales de IDIS y de Antares Consulting:

**Coordinación:**

Manuel Vilches, Director General del IDIS

- Carmen Ruiz, IDIS.
- Victoria Ramírez, IDIS.
- Esteban Carrillo, Antares Consulting.
- Joan Barrubés, Antares Consulting.
- Ángela Bilbao, Antares Consulting.
- Laura Sopeña, Antares Consulting.





## **PATRONOS**

- ACES
- ADESLAS
- ANALIZA
- ASCIRES
- ASISA
- AXA
- CASER
- DIAVERUM
- DKV
- FRESENIUS MEDICAL CARE
- GENESISCARE
- GRUPO HOSPITALARIO RECOLETAS
- HCM. HOSPITALES CATÓLICOS DE MADRID
- HM HOSPITALES
- HOSPITAL PERPETUO SOCORRO
- HOSPITAL SAN ROQUE
- HOSPITEN
- IMQ
- INNOVA OCULAR
- GRUPO IHP PEDIATRÍA
- MAPFRE
- QUIRÓNSALUD
- RIBERA SALUD
- 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
- PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES

## **PATROCINADORES**

- ACCENTURE
- AMGEN
- BOSTON SCIENTIFIC
- ESTEVE
- GE HEALTHCARE
- INDRA
- JOHNSON & JOHNSON MEDICAL COMPANIES
- MEDTRONIC
- MSD
- NOVO NORDISK
- PFIZER
- PHILIPS
- ROCHE
- SIEMENS

## **COLABORADORES**

- AIR LIQUIDE HEALTHCARE
- A.M.A.
- ARAMARK
- ASTRA ZENECA
- BECKMAN COULTER
- CARBUROS MEDICA
- CARDINAL HEALTH
- CHIP-CARD SALUD
- DNV BUSINESS ASSURANCE
- EL CORTE INGLÉS
- ELEKTA
- EMSOR
- EQUIFAX
- FBA CONSULTING
- FRESENIUS KABI
- GFI
- GMV
- GRUPO COFARES
- HARTMANN
- MINDRAY
- NOVARTIS
- PALEX
- PROMEDE
- SODEXO
- WILLIS IBERIA
- WOLTERS KLUWER-UPTODATE
- 3M HEALTH CARE

## **ASOCIADOS**

- AFFIDEA Q DIAGNOSTICA
- ASEFA
- BALLE SOL
- CENTRO MÉDICO DE ASTURIAS
- CMED
- FIATC
- FUNDACIÓN TEJERINA
- GINEFIV
- GINEMED
- GRUPO BIENZOBAS
- HOSPITAL GENERAL SANTÍSIMA TRINIDAD
- HOSPITAL MESA DEL CASTILLO
- UNILABS
- VISTA OFTALMÓLOGOS

# Estudio Resa **2018**

"Indicadores de resultados  
en salud de la sanidad privada"

# Mirando hacia el futuro. Trabajando día a día por el conjunto de la sanidad



CON EL PATROCINIO DE:



Instituto para el Desarrollo  
e Integración de la Sanidad

Paseo de la Castellana 135, 7,  
28046 Madrid.

☎ 91 790 67 56 📠 91 790 68 69

✉ info@fundacionidis.com

fundacionidis.com

somos activos en  
las redes sociales

