

Estudio RESA 2013

Indicadores de Resultados en Salud
de la Sanidad Privada

3.5. Probabilidad de recomendación

El elevado porcentaje de recomendación de los servicios de salud privada se mantiene a lo largo del tiempo. Al 90% las personas que podrían recomendar el uso de la sanidad privada a familiares y amigos (figura 26).





Índice de contenidos

Presentación

1. Objetivos del estudio	06
2. Ficha metodológica	09
2.1. Participantes	10
2.2. Datos básicos de los centros participantes	11
2.3. Proceso de selección de los indicadores	12
2.4. Recopilación y procesamiento de los indicadores	13
3. Eficiencia	15
3.1. Estancia media ajustada por casuística.....	16
4. Accesibilidad en la atención sanitaria	19
4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	20
4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias	22
4.3. Tiempo medio de citación para consultas de especialista.....	24
4.4. Tiempo medio de primera asistencia en urgencias	25
4.5. Espera media quirúrgica	26
4.6. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en procesos oncológicos.....	27
5. Resolución asistencial	31
5.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico....	32
5.2. Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta	33
6. Calidad y seguridad del paciente	35
6.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	37
6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente	38
6.2.1. Protocolo de higiene de manos	39
6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión al ingreso	40
6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación	41
6.2.4. Sistema de notificación anónima de eventos adversos.....	42
6.2.5. Protocolo de cirugía segura ("Check list")	43
6.2.6. Ratio de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico).....	44
6.3. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo	45
6.4. Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario	46
6.5. Ratios de colonoscopias y gastroscopias realizadas con sedación profunda	47
6.6. Tasa de reingresos posteriores a cirugía ambulatoria a 30 días.....	48

7. Conclusiones	51
8. Anexos	54
8.1. Proceso para la selección de indicadores.....	55
8.2. Revisión de la definición de indicadores.....	57
8.3. Fichas de los indicadores.....	57
8.4. Especificaciones metodológicas	64
8.4.1. Estancia media ajustada por casuística	64
8.4.2. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	65
8.4.3. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias.....	65
8.4.4. Tiempo medio de citación primera consulta especialista	66
8.4.5. Tiempo medio de asistencia en <i>triage</i> en urgencias	66
8.4.6. Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias.....	67
8.4.7. Espera media quirúrgica	67
8.4.8. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama	68
8.4.9. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de colon	68
8.4.10. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de pulmón	69
8.4.11. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico.....	69
8.4.12. Tasa de reingreso en hospitalización a 30 días del alta	70
8.4.13. Acreditación o certificación de unidades y servicios hospitalarios.....	70
8.4.14. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente.	71
8.4.15. Ratio de intervenciones de cirugía segura (check list quirúrgico).....	72
8.4.16. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo.....	72
8.4.17. Ratio de cirugías de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso..	72
8.4.18. Ratio de colonoscopias realizadas con sedación profunda.....	73
8.4.19. Ratio de gastroscopias realizadas con sedación profunda.....	73
8.4.20. Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días	73
8.5. Relación de participantes	74
8.5.1. Centros hospitalarios y clínicas	74
8.5.2. Comité de expertos	78
8.5.3. Responsables (IDIS y Antares Consulting)	78
8.6. Entidades que forman parte del IDIS.....	79

Presentación

La presentación de esta segunda edición del estudio RESA (Resultados de Salud) coincide con el tercer aniversario del IDIS, una celebración que viene caracterizada por varias realidades dignas de ser tenidas en cuenta. Una Fundación nacida con el deseo de aunar bajo un mismo paraguas a todos aquellos que son protagonistas y ven en la Sanidad Privada un motivo de interés especial, mediante objetivos y sinergias establecidos con una clara visión de futuro, y que tiene como objetivo fundamental el mantener una sólida y constante presencia en la definición estratégica del nuevo modelo sanitario que se está consolidando en España, el cual debe asentar sus bases en la integración y complementariedad de ambos sistemas de provisión y aseguramiento, público y privado.

Desde sus inicios IDIS ha procurado contribuir al debate público no con demagogia ni dogmatismo, sino con argumentos y datos sólidos en base a estudios y análisis en profundidad elaborados por expertos independientes, que han terminado por corroborar lo que desde hace tiempo viene reiterando el sector: la apuesta decidida por la calidad asistencial, desarrollada por los mejores profesionales, en centros dotados con la tecnología más avanzada en cada área y servicio; una determinación por la investigación y desarrollo, participando asiduamente en los procesos de I+D farmacológica, especialmente en sus fases más tempranas; un impulso a la formación continuada de sus profesionales, y una colaboración proactiva en la capacitación MIR dentro de los 12 hospitales universitarios con los que ya cuenta la sanidad privada en España; un creciente protagonismo en la gestión de la complejidad en áreas tan determinantes como pueden ser oncología, cirugía cardiovascular, neurocirugía, cirugía pediátrica...; un compromiso social con nuestros pacientes y sus familias en términos de calidad certificada y responsabilidad social acreditada; y una importante contribución en la generación de riqueza y empleo cualificado, aspecto este muy a tener en cuenta, ya que el desempleo, la desilusión y la desesperanza atenazan nuestro futuro.

El camino en estos tres años ha sido muy fructífero, plagado de ilusión, empeño, tesón y perseverancia en nuestro posicionamiento y en el cumplimiento de nuestra misión, visión y valores. Raramente una institución tan joven ha conseguido tanto en tan poco tiempo, con resultados más que encomiables en todos los sentidos, especialmente en la puesta en valor de un sector, el de la sanidad privada, que tanto contribuye a la sociedad, incluso aliviando a un entorno sanitario público, sumergido en problemas crecientes de eficiencia, motivados por diversos factores propios de un sistema que precisa ser reevaluado, actualizado y puesto al día.

La demanda incesante, el envejecimiento de la población, el aumento de la vida media de nuestra sociedad, el consiguiente aumento de las patologías crónicas, las nuevas tecnologías e innovaciones, cada vez más precisas y específicas pero a la vez mucho más costosas, las nuevas patologías, los fenómenos transfronterizos no regulados..., hacen que el sistema precise ser reevaluado con urgencia, no desde un punto de vista particular, sino desde un plano global que involucre a todos los actores, ya sean públicos o privados.

Se hace necesario un gran pacto por la sostenibilidad y futuro del sistema sanitario en España, un acuerdo que tenga en cuenta las aportaciones de todos y cada uno de los integrantes del mismo; y dentro de ese marco estratégico, la sanidad privada ha de ser escuchada y tenida en cuenta, ya que su mayor aportación al sistema lo hace no solo a través de sus resultados sino también descargando de presión financiera y asistencial al sistema público, tal y como hemos venido demostrando repetida y reiteradamente.

Si no fuera por la contribución a descargar la sanidad pública que hacen los usuarios de la sanidad privada, mediante su doble aseguramiento ejercido de una forma voluntaria, las listas de espera en este momento se verían incrementadas de una forma asimétrica, dramática y asfixiante, puesto que en la situación actual nuestro sistema público no podría absorber a los casi 10 millones más de usuarios de la sanidad privada, lo que supone aproximadamente una cuarta parte de la población española.

Sin duda la calidad asistencial que inspira la gestión diaria de nuestros hospitales, hace que pacientes y familias otorguen cada día mayores cotas de reputación a la sanidad privada, con la inestimable colaboración de nuestros profesionales, quienes obtienen óptimos resultados clínicos y elevadísimas tasas de satisfacción de nuestros pacientes. Estos parámetros son objeto de evaluación anual, mediante el Barómetro de la Sanidad Privada, presentado recientemente y cuya conclusión más determinante es que más del 89% de los encuestados con doble aseguramiento recomendarían la sanidad privada a sus familiares y amigos. Y en lo que a los resultados clínicos se refiere, esta segunda edición del estudio RESA pone de manifiesto datos obtenidos de una muestra de más de 100 hospitales, que concluyen esa fidelidad de nuestros pacientes y sus familias hacia nuestros centros.

Con este ejercicio de transparencia, la sanidad privada muestra sus resultados al conjunto de los ciudadanos, haciéndose palpable el importantísimo movimiento existente en la sanidad privada para la implantación de políticas de calidad asistencial y seguridad del paciente, así como del excelente nivel de gestión de la eficiencia en beneficio del propio sistema sanitario. Los indicadores de calidad obtenidos de las bases de datos de pacientes muestran unos niveles de calidad comparables, o incluso superiores, a los de cualquier otra institución sanitaria de rango nacional o internacional.

IDIS quiere con este estudio confirmar una línea de continuidad anunciada ya el año pasado con la presentación del primer estudio RESA, lo que contribuirá al conocimiento periódico de la actividad y los resultados de la sanidad privada.

En definitiva, estos datos demuestran una realidad, la de un sector generador de confianza a través de la calidad de sus centros y equipamientos, el gran nivel de sus profesionales y la fiabilidad de sus procesos, que consiguen año tras año ganarse la confianza y credibilidad de nuestros pacientes y sus familias.

Jose Ramón Rubio

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

1. Objetivos del estudio

Por segundo año consecutivo, se presenta el Estudio de Resultados en Salud (RESA). Este informe responde a una iniciativa de la sanidad privada promovida por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) que, en aras de la transparencia, quiere trasladar al ciudadano los resultados y niveles de calidad asistencial del conjunto de los hospitales privados.

El Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) nace con la misión de dar a conocer, promover y fomentar la representación institucional del sector sanitario privado español de forma acorde con su peso económico y social, poniendo en valor su realidad y profesionalidad y evidenciando las importantes aportaciones que puede realizar al sistema sanitario nacional.

Dentro de la búsqueda de la consecución de dichos objetivos, el Patronato del IDIS ha promovido la realización del Estudio RESA 2013 que da continuidad al Estudio RESA 2012, ampliando al mismo tiempo la selección de indicadores de resultados. Con ello quiere exponer al ciudadano no solo sus resultados de salud, sino además la calidad del sector de la sanidad privada, aportando **un conjunto de indicadores representativos de la sanidad privada:**

- Elaborados a partir de la información disponible actualmente.
- Visualizando el papel y los principales logros de calidad en nuestra sanidad.
- Comprensibles por ciudadanos y profesionales.





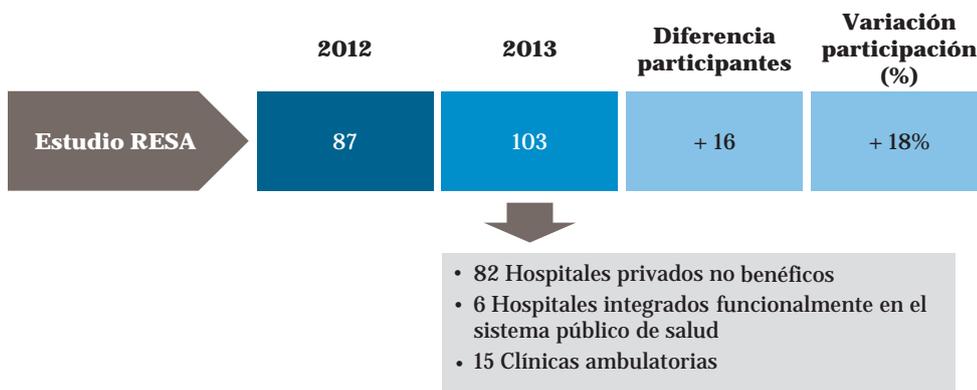
2.

Ficha metodológica



2.1. Participantes

El Estudio RESA 2013 ha ampliado notablemente el número de centros participantes. Este año han sido **103 los participantes** (un 18% más que en el estudio anterior de 2012).



El Estudio RESA 2013 ha incrementado este año un 18% el número de centros participantes

El Estudio RESA 2013 ofrece por lo tanto una visión aún más amplia y **significativa del ámbito sanitario privado español**. Los 103 centros participantes en el estudio incluyen los hospitales y grupos privados más grandes por oferta de cartera de servicios, número de pacientes atendidos, número de camas (10.548) y actividad.

Además del incremento de participantes, **el perfil es más diverso**, habiéndose incorporado un buen número de centros privados integrados funcionalmente en la asistencia sanitaria pública y cada vez más clínicas ambulatorias quirúrgicas y de servicios diagnósticos. La representación del sector privado es mayor este año no sólo en número sino también en la diversidad de modelos.

Representación del número de centros sanitarios participantes en el Estudio RESA 2013 por Comunidad Autónoma



En este estudio, por tanto, cabe destacar la participación tanto de los principales hospitales independientes como de los mayores grupos hospitalarios privados en España con una representación geográfica provincial muy elevada (el apartado 8.5 del presente informe contiene el listado de todos los participantes en el estudio).

Todos los hospitales que han participado en el estudio han presentado datos del año 2012, pues este era el objeto de análisis.

Además, en la mayor parte de los centros, se dispone también de datos de 2009, 2010, y 2011 lo que permite observar la evolución temporal de los indicadores. Esta serie temporal tiene un gran interés para observar la evolución de los diferentes indicadores, aunque algo limitada por no poder disponer de información de todos los centros todos los años.

Los 103 centros participantes incluyen los hospitales y grupos privados más grandes por oferta de cartera de servicios y actividad

2.2. Datos básicos de los centros participantes

El conjunto de centros hospitalarios que participan en el Estudio RESA 2013 tienen las siguientes cifras de actividad y recursos en 2012:

Figura 1

Datos básicos de los centros hospitalarios que participan en el Estudio RESA 2013

Actividad asistencial	2011	2012	% Incremento
Altas hospitalarias	586.587	706.086	20
Intervenciones quirúrgicas con anestesia general	240.639	245.764	2
Urgencias asistidas	3.263.959	3.581.312	10
Recursos hospitalarios	2011	2012	
Nº camas hospitalización convencional	8.729	10.548	21
Camas de UCI adultos	507	684	35
Camas neonatos y pediatría	274	376	37
Quirófanos de cirugía mayor	495	565	14
Salas de partos	111	137	23



2.3. Proceso de selección de los indicadores

Para la selección de los indicadores de esta nueva edición del estudio se creó un Comité del Estudio RESA que incluía 9 expertos de los principales grupos hospitalarios / aseguradoras privadas y 5 responsables del trabajo de campo.

El Comité del Estudio RESA 2013 definió los criterios para seleccionar los indicadores. Se estableció como objetivo conseguir un buen equilibrio entre indicadores representativos de la sanidad hospitalaria, comprensibles por los ciudadanos, y que los datos estuviesen disponibles en los sistemas de información del mayor número de hospitales.

La siguiente tabla muestra la selección final de los indicadores del estudio:

Los indicadores seleccionados permiten visualizar claramente el papel y los principales logros de calidad de la sanidad privada

En el actual estudio se han mantenido casi todos los indicadores que fueron viables en el estudio anterior al objeto de mantener la serie comparativa con años anteriores que aporta una visión dinámica de la situación. Únicamente se decidió no incluir algunos indicadores cuya recogida manual suponía una significativa carga de trabajo para los centros y en los que no son previsibles cambios reseñables en períodos cortos, por lo que se decidió que estos indicadores pasarán a estudiarse con una periodicidad bienal o trienal en próximas ediciones.

Figura 2
Indicadores Estudio RESA 2013

Código	Nombre del indicador	Tipo de indicador
1	Estancia media ajustada por casuística	Resultado
2	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (Mamografía, RMN y TAC)	Proceso
3	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (Mamografía, RMN y TAC)	Proceso
4	Tiempo medio de citación primera consulta especialista (Oftalmología, Dermatología, Traumatología, Ginecología y Obstetricia)	Proceso
5	Tiempo medio de asistencia en <i>triage</i> en urgencias	Proceso
6	Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias	Proceso
7	Espera media quirúrgica	Proceso
8	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama	Proceso
9	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de colon	Proceso
10	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de pulmón	Proceso
11	Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico	Resultado
12	Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta	Resultado
13	Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	Proceso
14	Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente	Proceso
15	Ratio de intervenciones de cirugía segura ("check list" quirúrgico)	Proceso
16	Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo	Resultado
17	Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso	Resultado
18	Ratio de colonoscopias realizadas con sedación profunda	Proceso
19	Ratio de gastroscopias realizadas con sedación profunda	Proceso
20	Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días	Resultado

2.4. Recopilación y procesamiento de los indicadores



Todos los datos se refieren al año 2012 completados con los años anteriores, en los centros de los que se disponía por el Estudio RESA 2012.

Los datos han sido recopilados entre los meses de Abril y Mayo de 2013 mediante bases de datos estandarizadas solicitadas a los centros. Los indicadores cuantitativos fueron siempre recopilados con bases de datos a nivel de paciente y se consideraron sólo aquellos que cumplían todos los requisitos prefijados, condición altamente exigente que genera que en algunos indicadores existan denominadores diferentes.

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

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

En los gráficos se presenta siempre el número total de casos con el que se ha trabajado. Para todos los indicadores se recogen datos del año 2012: valor del conjunto y la desviación estándar de los valores de los centros. Cuando el reporte de información lo ha permitido, se especifica la evolución desde 2009.

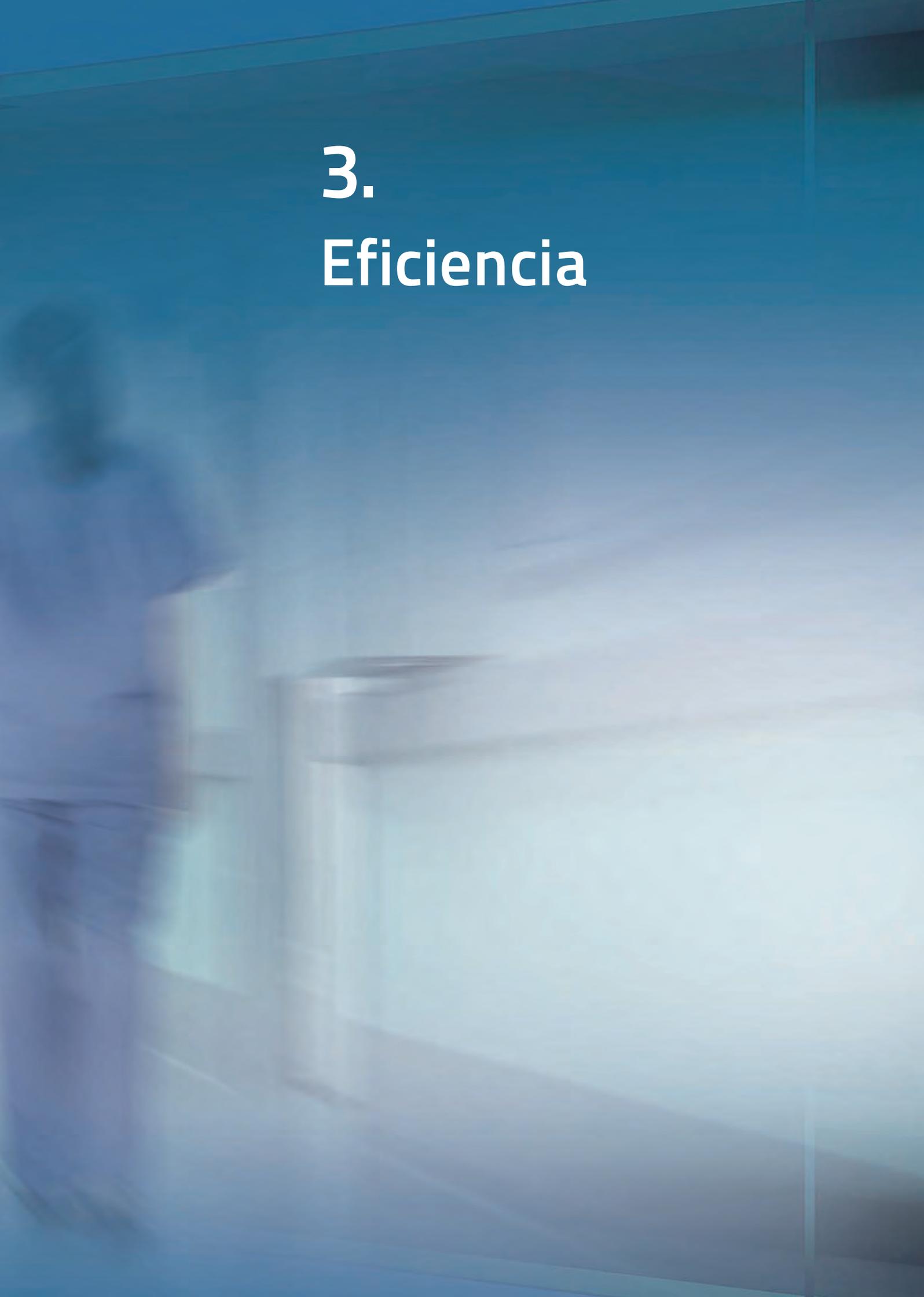
Los resultados del estudio se presentan a continuación, agrupados en las dimensiones que sirvieron de base para la selección:

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

A continuación se presentan y describen brevemente los resultados de los indicadores.



3. Eficiencia



3.1. Estancia media ajustada por casuística

La estancia media mantiene este año el perfil de altísima eficiencia en la gestión de camas. La importante disminución de este indicador en 2013 (medio día menos de estancia) corresponde a la incorporación al estudio de nuevos centros con estancia media más baja, como puede observarse en la gráfica de dispersión, aumentando la misma por el límite inferior y no por el superior (el número de altas incluido este año ha sido el doble que en el estudio del año anterior).

La estancia media ajustada por casuística mide el número de días promedio que los pacientes se encuentran hospitalizados (eliminados los casos extremos o "outliers").

El ajuste por casuística se realiza para asegurarse de que las diferencias no se deben a que el tipo de pacientes que trata cada hospital es diferente. Es decir, se calcula la estancia media que resultaría si todos los centros tuviesen una composición idéntica de pacientes.

Además de ser un indicador de eficiencia, una estancia hospitalaria ajustada a los días necesarios es para el paciente un factor de confort, al permitirle volver a casa lo antes

Los resultados de este indicador continúan situando a los centros participantes entre los mejores resultados encontrados a nivel internacional

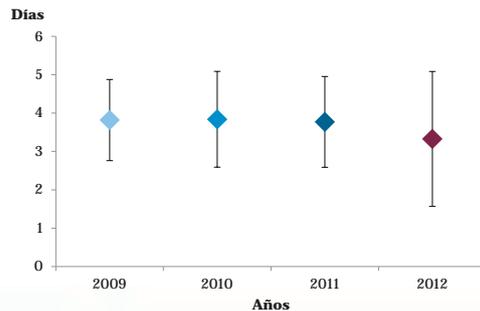
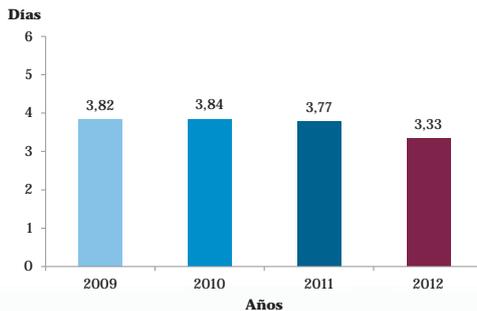
posible, y de mejora de la seguridad (evita riesgos derivados de la hospitalización).

Los resultados de este indicador continúan situando a los centros participantes entre los mejores resultados encontrados a nivel internacional, con una estancia media por debajo de los cuatro días y que incluso en los extremos no llega a los cinco días. Es, por lo tanto, un resultado que muestra la alta eficiencia en la gestión de los procesos hospitalarios por parte de los centros privados.

Indicador 1

Estancia media ajustada por casuística (2009-2012, medido en días)

Número de ingresos hospitalarios 2009: 115.725, 2010: 118.763, 2011: 133.279 y 2012: 285.697







A close-up photograph of a person's arm wearing a white, protective sleeve, possibly a hospital gown or a specialized medical sleeve. The background is a soft, out-of-focus blue and white, suggesting a clinical or hospital environment. The lighting is bright and even, highlighting the texture of the sleeve and the skin of the arm.

4.

Accesibilidad en la atención sanitaria

En el Estudio RESA hemos abordado la valoración de la accesibilidad analizando los tiempos de espera previos a la realización de la atención. Asimismo, en los casos en

que procedía, se ha medido un segundo componente de las demoras, que es el tiempo de entrega del informe.

4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

En este indicador se ha medido la accesibilidad para la realización de pruebas complementarias, midiendo esta accesibilidad en **tiempo medio de espera para la citación**.

decir incluyen desde pruebas realizadas con carácter preferente hasta revisiones programadas o pruebas no urgentes calendarizadas a conveniencia del paciente.

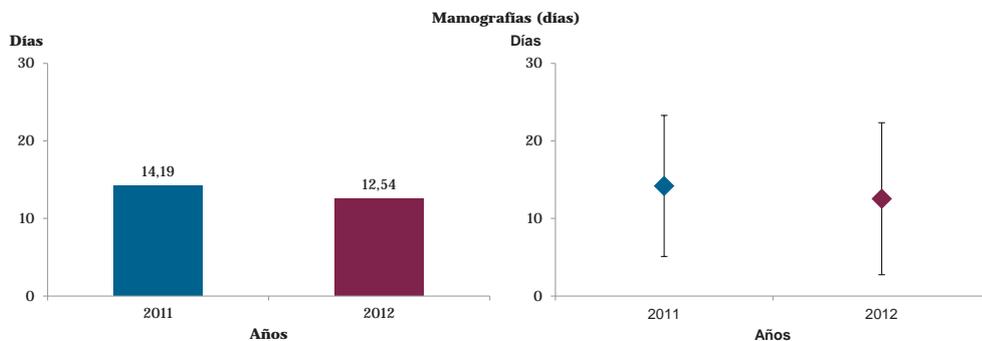
Se han mantenido las tres técnicas de imagen que se incluyeron en el año anterior: Mamografía, Resonancia Magnética (RM) y Tomografía Axial Computarizada (TAC).

La ausencia de demora en la citación de pruebas se mantiene como patrón mayoritario

Los tiempos medios de citación para pruebas complementarias se han medido para todas las pruebas realizadas, es

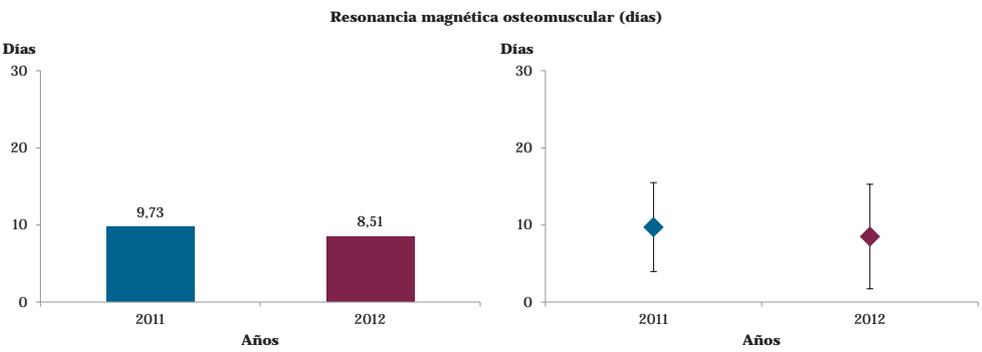
Indicador 2
Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

Indicador 2.1
Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2011-2012, tiempo en días)
Número mamografías 2011: 71.996 y 2012: 96.140

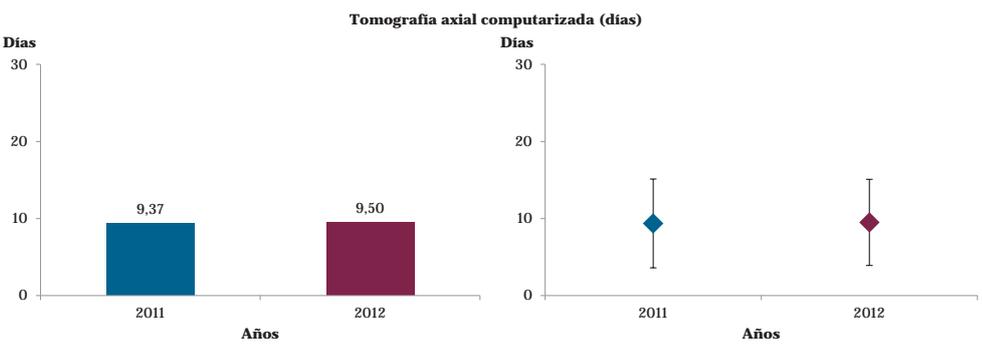




Indicador 2.2
 Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2011 -2012, tiempo en días)
 Número resonancias magnéticas 2011: 179.604 y 2012: 183.501



Indicador 2.3
 Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2011-2012, tiempo en días)
 Número tomografías axiales computerizadas 2011: 96.682 y 2012: 110.969



Los datos de este año siguen mostrando la misma situación que ya señalábamos el año pasado: los tiempos medios de las tres pruebas analizadas (incluyendo, como decíamos, las revisiones programadas) están por debajo de las dos semanas y

apenas superan las tres semanas en los casos de mayor demora. Ello indica que el patrón mayoritario en el sector privado es la ausencia de demora en la citación de estas pruebas.

4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

El otro componente importante en la accesibilidad de las pruebas complementarias es el proceso de elaboración y entrega del informe médico tras su realización.

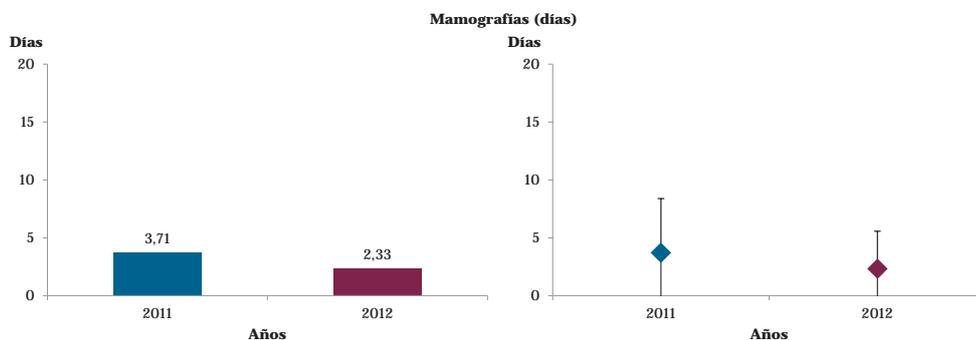
En este caso se ha medido el tiempo transcurrido desde que se realiza la prueba

hasta que se ha realizado el informe con los resultados y se encuentra disponible para su recogida por el paciente o su facultativo.

Cabe destacar la alta participación que se ha alcanzado en estos indicadores de tiempo medio de entrega de pruebas complementarias.

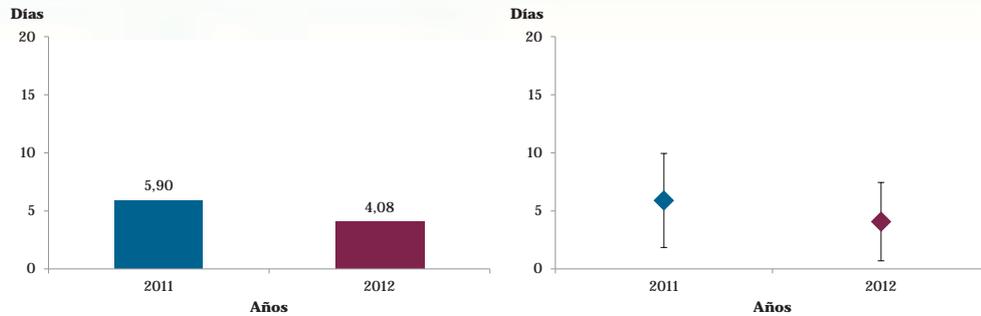
Indicador 3
Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

Indicador 3.1
Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2011-2012, tiempo en días)
Número mamografías 2011: 70.255 y 2012: 95.665

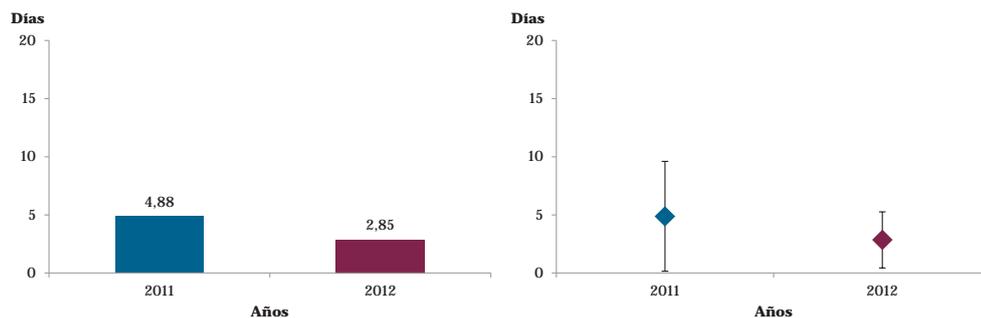


Indicador 3.2

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2011-2012, tiempo en días)
Número resonancias magnéticas 2011: 168.906 y 2012: 191.290

Resonancia magnética osteomuscular (días)**Indicador 3.3**

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2011-2012, tiempo en días)
Número tomografías axiales computarizadas 2011: 98.630 y 2012: 140.495

Tomografía axial computarizada (días)

Como vemos en las gráficas, los tiempos de entrega de las pruebas de diagnóstico por la imagen continúan teniendo unos excelentes resultados, 4 días para la resonancia magnética y menos de 3 días para el TAC y las mamografías.

La entrega de las pruebas es prácticamente inmediata en los casos más perentorios, como evidencian los límites inferiores de la desviación estándar que están en menos de un día.

En estos indicadores, la incorporación de nuevos centros ha **supuesto muy pocos cambios en el resultado y estos han sido de mejora** por lo que hemos de dar como positivos los resultados observados.

La entrega de resultados de las pruebas es prácticamente inmediata en los casos más perentorios, situándose la media en tan solo 3 días

4.3. Tiempo medio de citación para consultas de especialista

Incorporamos este año un nuevo indicador de demora para la primera consulta de especialidades, y lo hacemos con las cuatro especialidades de mayor volumen en el sector privado: Oftalmología, Dermatología, Traumatología y Ginecología y Obstetricia.

Este indicador mide el tiempo en días transcurrido desde que el paciente solicita al centro la primera cita con el especialista hasta la realización de la visita. Incluye también visitas electivas, que se realizan en una fecha a conveniencia del paciente y no en la primera fecha disponible.

A pesar de tratarse de cuatro especialidades de perfil muy diferente, podemos ver que en este aspecto siguen un patrón casi idéntico: los tiempos medios están por debajo o muy cerca de las dos semanas y la variabilidad es muy similar en todos los casos. Es de destacar cómo los centros del límite inferior

La agilidad en la atención a la demanda de consulta del especialista queda patente, con una media de 14 días

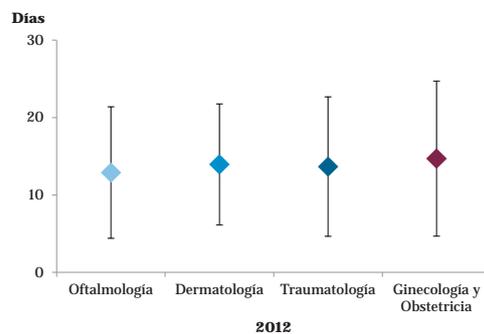
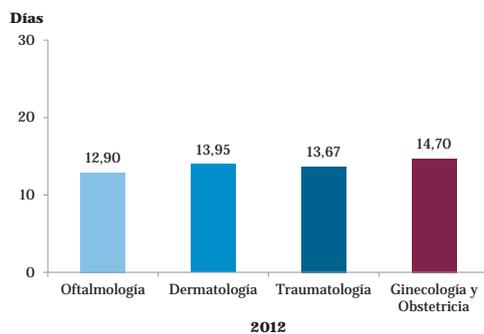
tienen demoras por debajo de los cinco días mientras que los del límite superior rebasan en poco los 20 días.

Este aspecto refuerza claramente la idea de agilidad de los centros privados en la atención a la demanda.

Indicador 4

Tiempo medio de citación para consultas de especialista (2012, tiempo en días)

Número de consultas Oftalmología: 153.998, Dermatología: 186.158, Traumatología: 305.520 y Ginecología y Obstetricia: 182.490



4.4. Tiempo medio de primera asistencia en urgencias

Hemos vuelto a valorar los tiempos de asistencia en urgencias. Como el año anterior, hemos considerado las dos etapas en que se suele organizar esta atención:

- ▶ 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*).
- ▶ Tiempo transcurrido entre el *triage* y la atención médica efectiva por el facultativo indicado.

Medimos por tanto los tiempos medios en minutos para la asistencia en *triage* y para la asistencia definitiva por el facultativo que proceda en cada caso.

Los tiempos medios obtenidos, tanto para el *triage* como para la asistencia facultativa, pueden considerarse de excepcional agilidad en la atención de urgencias, con una media que no supera los 25 minutos hasta la

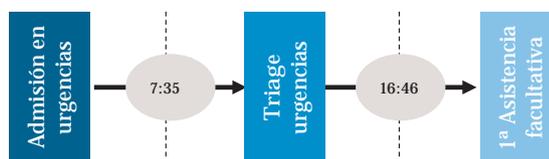
En más de 1,5 millones de urgencias evaluadas en 2012, el tiempo medio entre el *triage* y la asistencia facultativa se ha reducido en más de 5 minutos desde 2009

atención en más de un millón y medio de urgencias en el año 2012.

Al observar la evolución de cuatro años, podemos ver una clara tendencia decreciente que ha disminuido ya en más de cinco minutos desde los datos del año 2009. En este sentido la incorporación este año de nuevos centros no ha cambiado en nada el perfil de este indicador e incluso han mejorado los datos discretamente respecto al año anterior.

Indicador 5
Tiempo medio de asistencia en *triage* en urgencias

Indicador 6
Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias (2009-2012, tiempo en minutos)
Número de urgencias 2009: 891.659, 2010: 897.765, 2011: 1.298.027 y 2012: 1.621.722



4.5. Espera media quirúrgica

Este indicador analiza los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor (con anestesia general) programadas, eliminando del cálculo las que tienen carácter de urgencia.

Se han medido los tiempos desde la realización de la consulta de preanestesia hasta la realización de la intervención, dado que la organización de los centros privados hace difícil obtener un indicador de espera del proceso quirúrgico desde el inicio del proceso (la prescripción de la intervención por el facultativo), ya que ésta se produce en la mayoría de ocasiones por profesionales externos al centro.

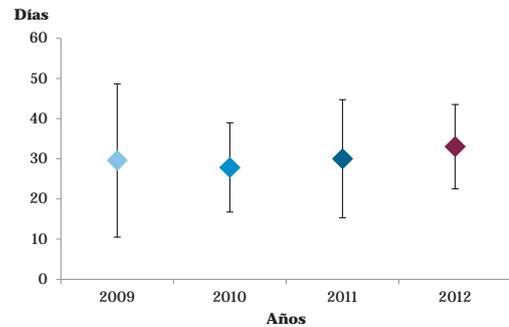
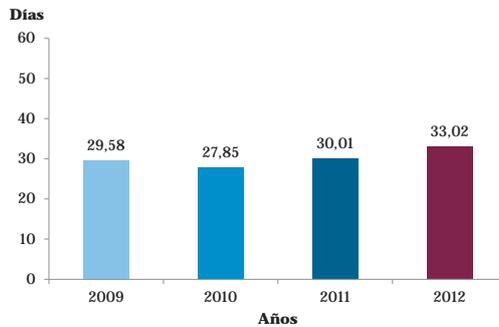
Existe una excelente disponibilidad de los recursos quirúrgicos, como lo demuestra una espera media entorno a los 30 días

El indicador sigue estando en el entorno de los 30 días, lo que constituye una excelente muestra de la disponibilidad de los recursos quirúrgicos en los centros privados, especialmente teniendo en cuenta que en estos datos están incluidas las intervenciones electivas en que se fija la fecha a conveniencia del paciente.

Indicador 7

Espera media quirúrgica (2009-2012, tiempo en días)

Número intervenciones quirúrgicas 2009: 34.761, 2010: 40.325, 2011: 45.915 y 2012: 50.022



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

Además de conocer las demoras medias, es muy importante diferenciar las demoras en los casos en que se trata de intervenciones realmente importantes y que se realizan para procesos graves que amenazan la vida del paciente.

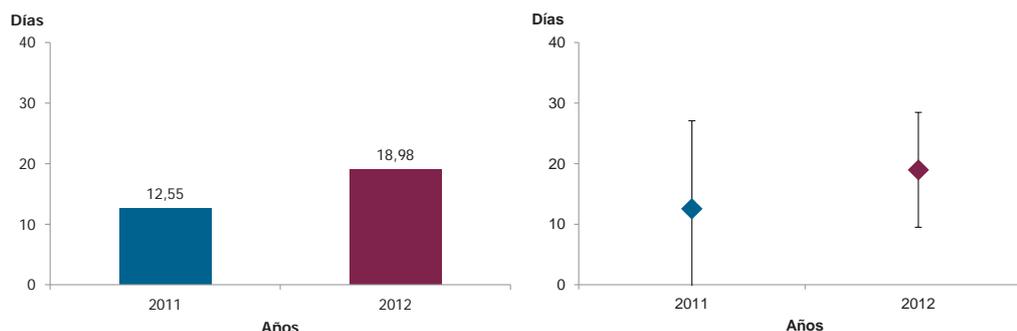
Iniciábamos el año pasado esta serie con el análisis de los tiempos para el inicio de tratamiento del cáncer de mama.

Este indicador mide la demora media entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento terapéutico indicado en cada caso en los centros participantes en el estudio.

El tiempo medio de respuesta en cáncer de mama es inferior a 3 semanas, muy por debajo de las recomendaciones de los programas sanitarios que la sitúan entre 8-10 semanas

Indicador 8

Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama (2011-2012, tiempo en días)
Número de pacientes 2011: 1.993 y 2012: 2.168



En este caso, las recomendaciones de los programas sanitarios suelen cifrar, como estándar adecuado, tiempos de demora entre las 8-10 semanas para la atención del cáncer de mama. Podemos observar en nuestro estudio que los tiempos de respuesta se

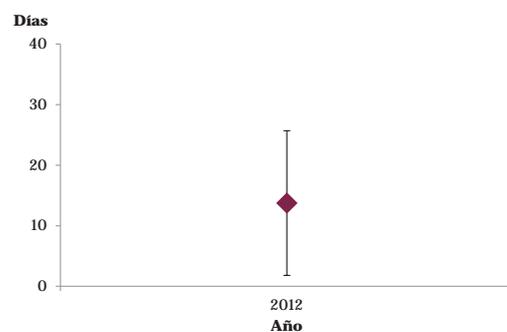
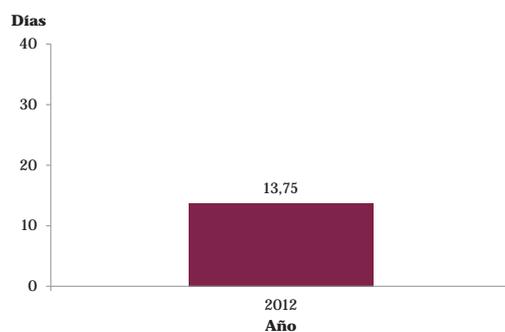
encuentran muy por debajo de este estándar, siendo la media de menos de tres semanas. Incluso en el límite superior la atención se produce en cuatro semanas, todavía muy por debajo de las mejores recomendaciones internacionales.



Este año, incorporamos dos nuevos procesos a este tipo de indicadores: el cáncer de colon y el cáncer de pulmón, midiendo asimismo el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

En cáncer de colon y cáncer de pulmón, el tiempo medio entre diagnóstico y tratamiento es de 14 y 12 días respectivamente, lo que constituyen excelentes resultados

Indicador 9
Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de colon (2012, tiempo en días)
Número de pacientes 2012: 646

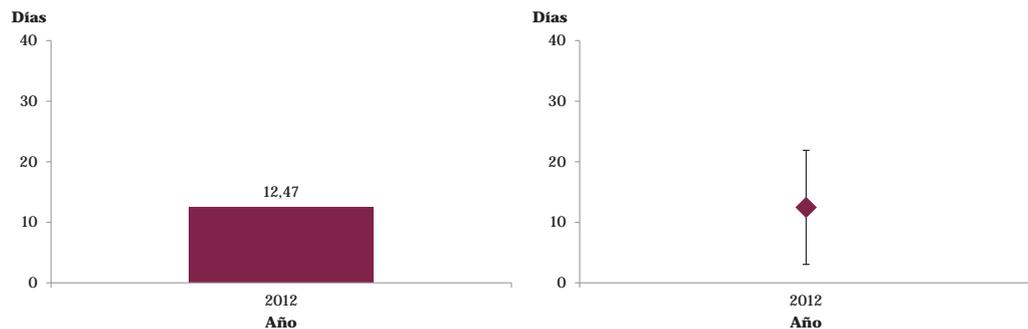


En el caso del cáncer de colon podemos observar también un excelente resultado: la media de días de demora entre diagnóstico

e intervención no llega a las dos semanas e incluso el límite superior apenas llega a las cuatro semanas.

Indicador 10

Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de pulmón (2012, tiempo en días)
Número de pacientes 2012: 611

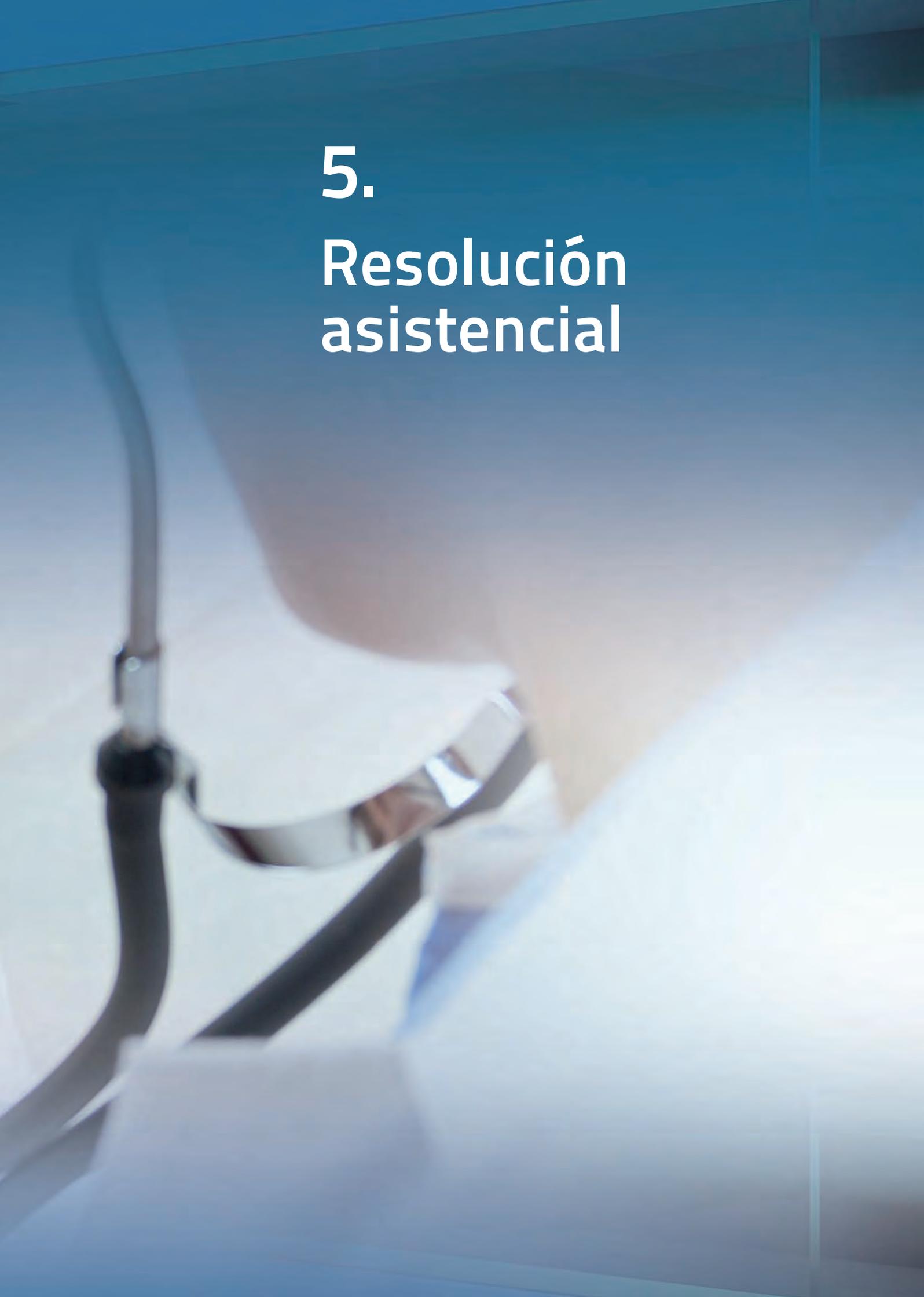


Observamos que en el caso del cáncer de pulmón, tanto la demora media como el límite superior de dispersión, cercano a los 20 días, son incluso menores que en el caso anterior.

En conjunto, vemos como la extensión de estos indicadores a otros cánceres de entre los más frecuentes mantiene los excelentes resultados que ya habíamos observado para el cáncer de mama.







5.

Resolución asistencial

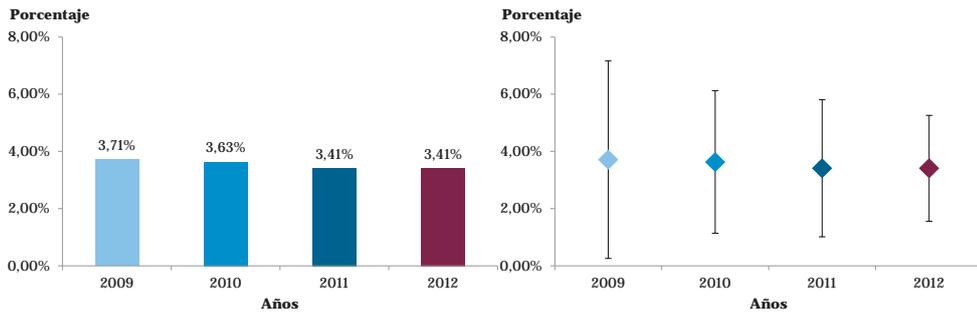
En el ámbito de la resolución asistencial se ha repetido este año la valoración de los dos indicadores que representan la eficacia en la resolución en urgencias y hospitalización.

Estos indicadores, bastante utilizados en el entorno hospitalario, miden las tasas de retorno del paciente al servicio de urgencias y a hospitalización.

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

Indicador 11

Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico (2009-2012, en %)
 Número urgencias 2009: 448.985, 2010: 557.906, 2011: 785.513 y 2012: 764.569



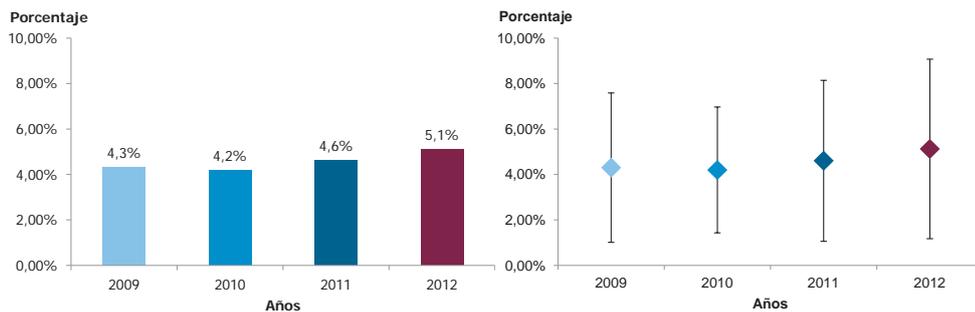
El indicador de retorno a urgencias, en el que han participado prácticamente los mismos centros que el año pasado, muestra una evolución continuada positiva, manteniéndose la media y disminuyendo la variabilidad, estando en un nivel comparable a los estudios nacionales e internacionales.

Los resultados de los indicadores de retorno a urgencias muestran proporciones habituales en la asistencia hospitalaria encontrándose dentro de estándares internacionales

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

Indicador 12

Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta (2009-2012, en %)
Número ingresos 2009: 366.366; 2010: 399.823, 2011: 485.871 y 2012: 699.762



El indicador de reingreso a los treinta días se mantiene en límites comparables con los observados en la literatura y dentro de los estándares habituales internacionales. Mientras el volumen de ingresos analizado

ha crecido en más de un 30%, rondando los 700.000, el indicador ha experimentado sólo un discreto incremento manteniéndose en datos muy similares a los del año pasado, alrededor del 5%.







6.

Calidad y seguridad del paciente

La implantación de políticas de garantía de calidad en los centros hospitalarios es una de las tendencias más significativas en las dos últimas décadas, y que exige un mayor esfuerzo por parte de las organizaciones hospitalarias.

Para valorar esta dimensión se han combinado en el estudio RESA 2013 dos enfoques:

- ▶ Una valoración **cualitativa de la implantación de determinadas políticas** muy significativas de certificación de calidad y de seguridad del paciente.
- ▶ Algunos **indicadores cuantitativos de resultados en aspectos de seguridad del paciente** que son medibles con los datos disponibles.



6.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

Un enfoque clásico en la gestión de la calidad es el de certificar, por organismos externos, que los procesos hospitalarios se han documentado y normalizado para garantizar la calidad.

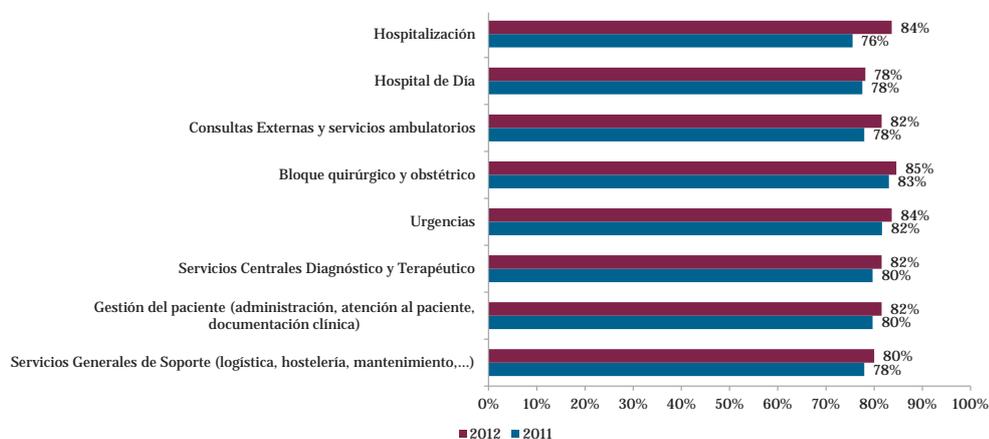
En el estudio se ha solicitado a los centros el envío de copia de las certificaciones obtenidas. Se han considerado únicamente como aceptadas las certificaciones de organismos internacionales de reconocida solvencia: ISO, *European Foundation of Quality Management* y *Joint Commission of Hospital Accreditation*.

La implantación de políticas de garantía de calidad es una tendencia clara en el sector privado

Indicador 13

Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

Número de centros hospitalarios: 2011: 59 y 2012: 65



En el análisis de este año volvemos a comprobar como la mayoría de participantes dispone de acreditaciones o certificaciones externas y que además éstas están extendidas a casi todas las áreas y en todo caso a las más importantes del hospital.

Para profundizar en los temas de calidad y seguridad del paciente se han introducido en el estudio algunos indicadores de calidad utilizados internacionalmente.

6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente

Desde mediados de la década del 2000 la preocupación por la seguridad del paciente en los centros hospitalarios ha llevado a las organizaciones internacionales a proponer una serie de políticas destinadas a evitar o minimizar aquellos efectos adversos de la asistencia hospitalaria que pudieran ser prevenibles. La implantación de estas políticas de seguridad establecidas entre otros, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), resalta el compromiso de la sanidad privada por ofrecer una asistencia de alta calidad a sus pacientes.

Estos indicadores miden que hay un compromiso de la institución y una política explícita de seguridad del paciente en la organización. Es decir, que los centros definen, aprueban, difunden y monitorizan las buenas prácticas en cada tema.

Al igual que en el Estudio RESA 2012, este año se volvió a pedir a los hospitales que suministrasen toda la documentación relacionada con cinco de las iniciativas más importantes de esta política:

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"

Al igual que el año anterior y con los mismos criterios, lo que hemos medido es 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.

La documentación recibida ha sido analizada de acuerdo con los estándares predefinidos, dando como válida sólo aquella que reunía todos los requisitos prefijados.

La implantación de políticas de seguridad establecidas entre otros, por la OMS, resalta el compromiso de la sanidad privada por ofrecer una asistencia de alta calidad

Indicador 14

Políticas y procedimientos implantados, de seguridad del paciente

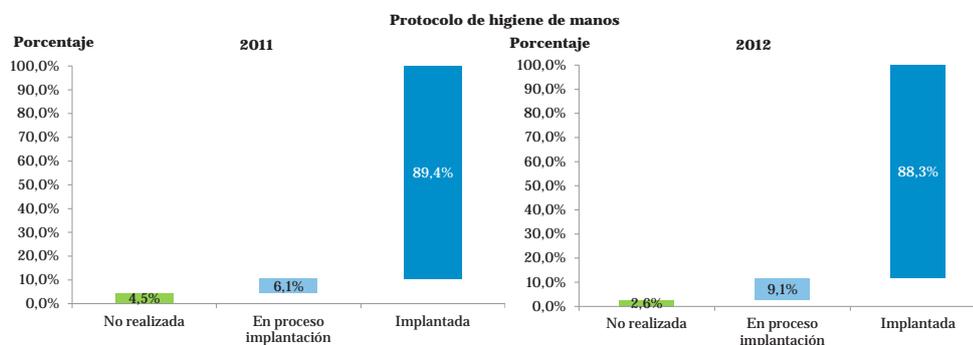
6.2.1. Protocolo de higiene de manos

Las políticas de higiene de manos constituyen una de las prácticas más clásicas y de demostrada eficacia para evitar la infección del paciente producida en el

hospital y no por evidentes dejan de estar en el epicentro de las recomendaciones internacionales sobre prácticas seguras en los hospitales y centros sanitarios

Indicador 14.1

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente (2011-2012, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios 2011:66 y 2012: 77



No es de extrañar, por tanto, que la práctica totalidad de los centros incluidos en el indicador tenga estas políticas debidamente formalizadas o en proceso de implantación. Este año observamos además una buena evolución: aunque se han incorporado más centros, la proporción de centros que todavía no tienen formalizada esta política ha disminuido y también observamos que muchos de los centros que la tenían en proceso el año pasado se encuentran ya en situación de implantación completa, incrementándose ligeramente el porcentaje de centros en proceso de implantación por la incorporación de nuevos hospitales al estudio.

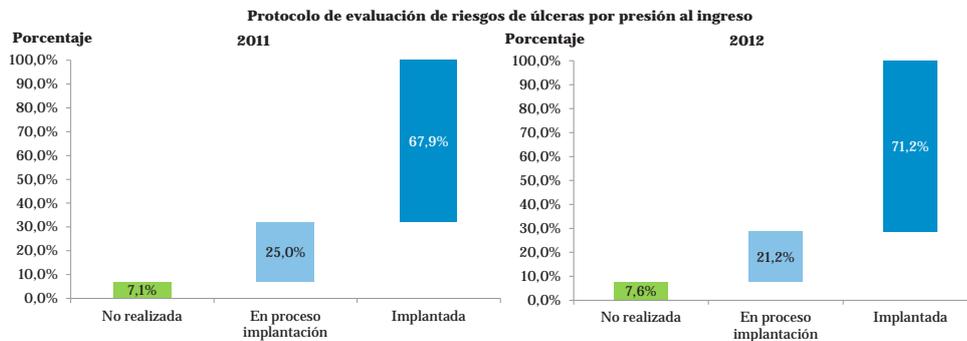


6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión al ingreso

La evaluación al ingreso por parte de enfermería del riesgo de que se desarrollen úlceras por presión es también un procedimiento que ha demostrado su eficacia en prevenir este problema en pacientes

encamados, especialmente los de mayor edad. Consiste en valorar unas escalas normalizadas que miden el riesgo del paciente de desarrollar úlceras por presión y, en base a esta valoración, instaurar medidas preventivas.

Indicador 14.2
 Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente (2011-2012, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios 2011: 66 y 2012: 77



También en este caso, los centros participantes que tienen esta política implantada o implantándose superan el 90% del total y, sobre todo, destaca la evolución

positiva que ha tenido este indicador con casi un 4% de centros que han pasado de la situación de estar en proceso a tenerlo ya plenamente implantado.



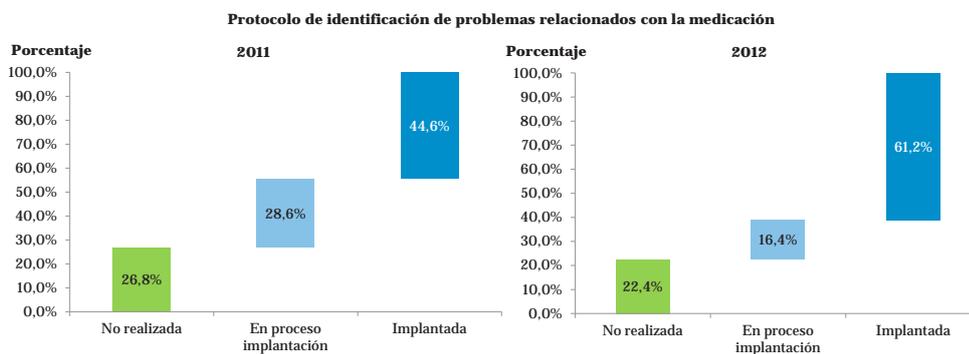


6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación

La identificación y prevención de los problemas relacionados con la medicación requiere de unos recursos específicos de farmacia hospitalaria y la disponibilidad de

unos procedimientos bastante complejos. Son políticas que, por su dificultad de implantación, están todavía poco generalizadas en los centros hospitalarios.

Indicador 14.3
Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente (2011-2012, protocolización en %)
Número de centros hospitalarios 2011:66 y 2012: 77



Aquí, por tanto, valoramos como dato muy positivo el hecho de que más del 77% de los centros dispongan de estas políticas o se encuentren en fase de implantación. Al igual que en el caso anterior, es también

de valorar el gran incremento que se ha producido entre los centros que ya lo tienen implantado que se han incrementado en casi un 50%.

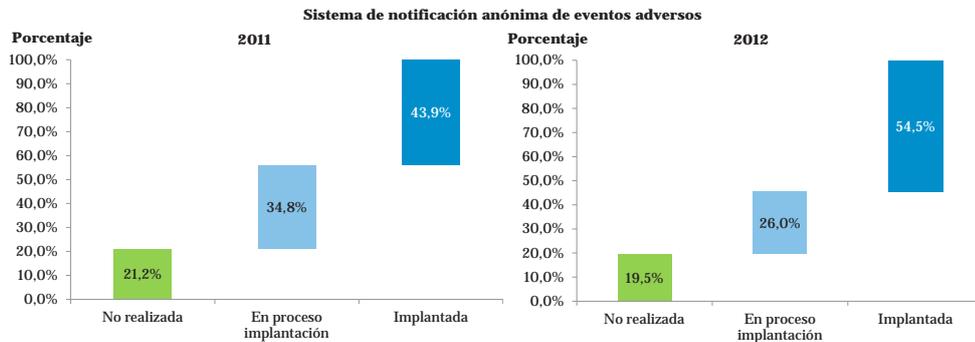
6.2.4. Sistema de notificación anónima de eventos adversos

Los sistemas de notificación de eventos adversos son otra de las buenas prácticas recomendadas. Consiste en disponer de un sistema en el que los profesionales pueden notificar de forma anónima que

se ha producido un evento adverso o una situación de riesgo alto del mismo. En base a esta notificación el centro realiza un análisis de las causas con el fin de evitar que esta situación vuelva a producirse.

Indicador 14.4

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente (2011-2012, protocolización en %) Número de centros hospitalarios 2011: 66 y 2012: 77



En este caso como en los anteriores comprobamos una evolución muy positiva con un importante incremento de los centros que ya la tienen implantada y la disminución de los que no han iniciado aún esta práctica.

Como conclusión, volvemos a encontrarnos con una situación sobre la implantación de estas políticas que nos indica que:

- ▶ El interés y el compromiso por la calidad y la seguridad del paciente está **ampliamente extendido** entre los centros que han participado y lo está en todos los indicadores revisados.
- ▶ Estas iniciativas **han aumentado notablemente respecto al año anterior**. La incorporación de más centros ha mantenido y mejorado el estado de implantación de las políticas de seguridad del paciente.

La aplicación efectiva de los procedimientos a los pacientes es ampliamente mayoritaria

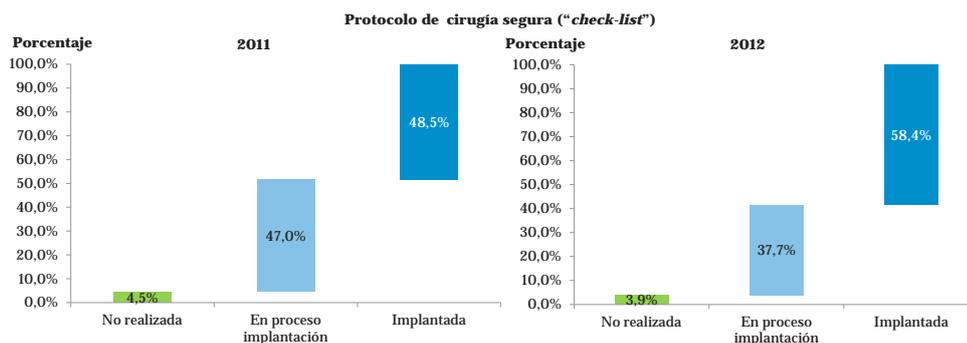
- ▶ La aplicación efectiva de los procedimientos a los pacientes **es ampliamente mayoritaria** como hemos podido comprobar en el grupo de centros que ha informatizado ya la práctica de cirugía segura, obteniéndose unos resultados muy buenos y alentadores.

6.2.5. Protocolo de cirugía segura ("Check list")

Indicador 14.5

Políticas y procedimientos implantados, de seguridad del paciente (2011, protocolización en %)

Número de centros hospitalarios: 66



El protocolo de cirugía segura (check-list) consiste en la verificación sistemática, de una serie de parámetros que se realizan con el paciente consciente, posteriormente una vez ya ha sido anestesiado y antes y después de la cirugía, para asegurar cuestiones como que la identificación del paciente y el tipo de cirugía a realizar, entre otras, son correctas. Esta práctica ha demostrado recientemente en repetidos estudios que es altamente efectiva para evitar los efectos adversos en los pacientes.

Lo reciente de la implantación de este procedimiento de seguridad (recomendación de la OMS, 2008) hace que aún no se encuentre establecido en muchos hospitales.

Por ello es una excelente noticia la evolución que observamos en este indicador: cerca del 60% de los centros disponen ya de este protocolo implantado, habiendo disminuido notablemente, tanto los centros que no disponen del mismo, como los que se encuentran en proceso de implantación.



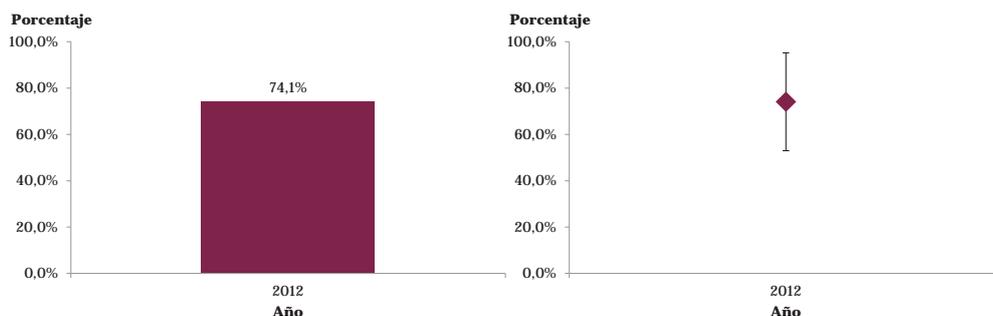
6.2.6. Ratio de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico)

Precisamente el avance de la implantación de esta práctica segura nos ha permitido incorporar este año un nuevo indicador que el año pasado no fue posible recopilar. Se trata no sólo de medir si el centro tiene o no implantado el protocolo, sino también de conocer a qué proporción de pacientes se ha aplicado.

Medir este aspecto implica, necesariamente, que el centro tiene integrado en su sistema informático (para poder efectuar la comprobación verídica) la valoración de cumplimiento del procedimiento para cada paciente que se interviene quirúrgicamente.

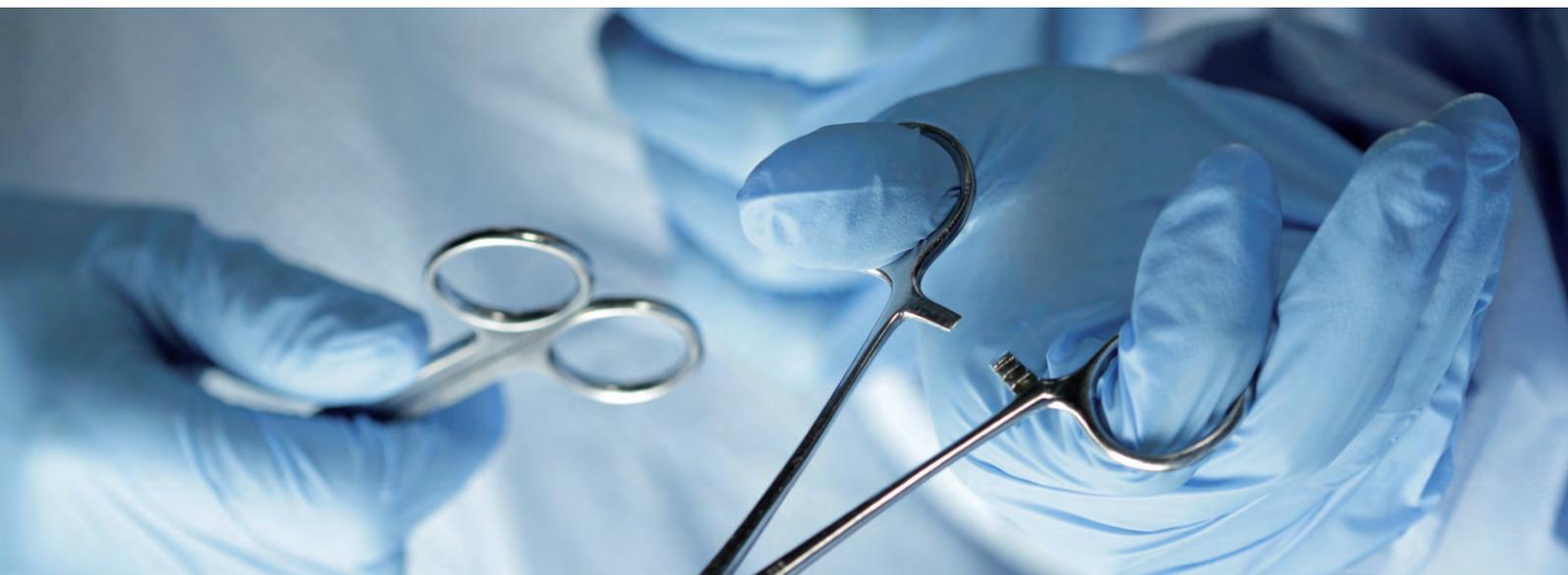
Indicador 15

Ratio de intervenciones de cirugía segura ("Check list" quirúrgico) (2012, en %)
 Número intervenciones quirúrgicas 2012: 77.788



El importante avance es que así como el año pasado no se pudo valorar este indicador, este año 14 centros ya disponen de esta información automatizada en sus sistemas y han podido facilitarnos la base de datos quirúrgica con este ítem incorporado.

Los centros que disponen de esta información aplican ya este protocolo a tres cuartas partes de los pacientes. Al tratarse de un procedimiento nuevo, hemos de considerar esta proporción como muy positiva y, sobre todo, felicitarnos por el hecho de que la medida de este indicador se esté implantando progresiva y ya significativamente en los centros.



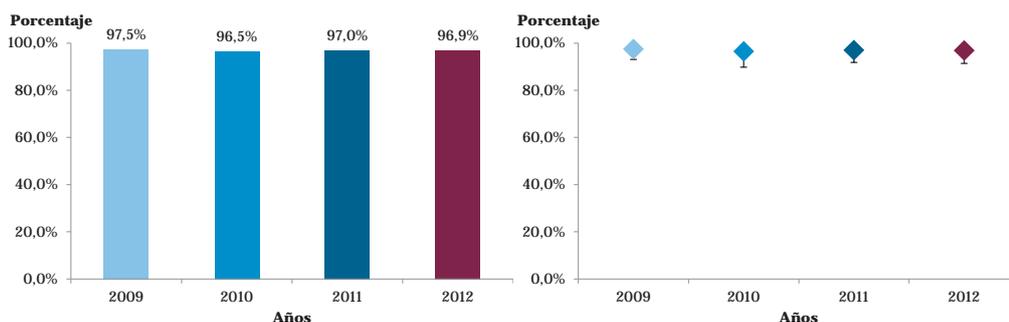
6.3. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo

El síndrome coronario agudo (infarto de miocardio) es una de las patologías con mayores tasas de mortalidad y su índice de supervivencia en las primeras horas es

uno de los indicadores más importantes y significativos de la calidad de los centros hospitalarios.

Indicador 16

Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (2009-2012, tasa en%)
 Número pacientes ingresados por IAM 2009: 987, 2010: 909, 2011: 1.711 y 2012: 4.137



Este año volvemos a comprobar que las tasas de supervivencia se mantienen en los buenos resultados de años anteriores casi sin cambios y manteniéndose una escasa variabilidad entre centros, incluso con incrementos del número de procedimientos por encima del 100%.

La literatura de estándares clínicos muestra tasas de supervivencia en Europa entre el 98,5% y 96,8% por lo que estos datos reflejan unos resultados dentro del rango habitual en hospitales europeos, y mantenidos en el curso de los últimos años.

La tasa de supervivencia en pacientes ingresados por IAM, se encuentra dentro del rango habitual en hospitales europeos y manteniéndose así en el curso de los últimos años

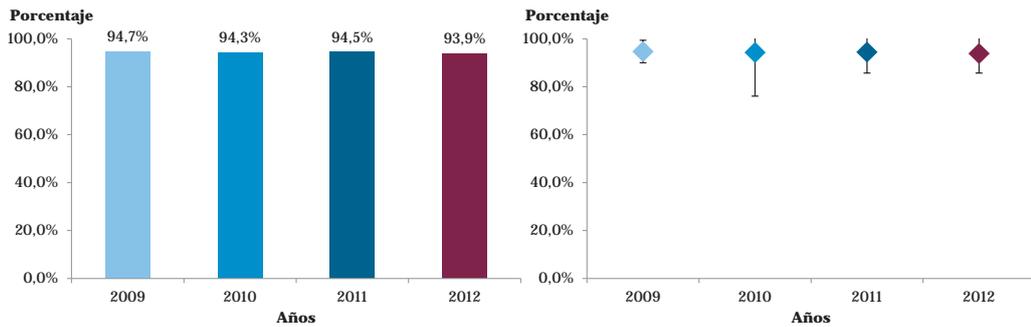
6.4. Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario

La intervención quirúrgica precoz tras fractura de cadera es considerada como un buen indicador de calidad por la Agency for Health Research and Quality

(AHRQ) norteamericana. Se considera que la intervención precoz disminuye la mortalidad y facilita el inicio inmediato de la rehabilitación.

Indicador 17

Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso (2009-2012, en %)
 Número de pacientes 2009: 1.396, 2010: 1.550, 2011: 2.205 y 2012: 2.664



Observamos cómo se mantienen los elevados ratios del 94%, mucho mejores que los encontrados en la literatura en muchos hospitales (incluso proporciones entre el 30-50% de pacientes intervenidos con posterioridad a las 48 horas en algunos países).

El ratio de cirugías de prótesis de cadera a las 48 horas, se mantiene en torno al 94% a lo largo de los últimos cuatro años, resultados sensiblemente superiores a los encontrados en la literatura

6.5. Ratios de colonoscopias y gastroscopias realizadas con sedación profunda

En el Estudio RESA se pretende ir incorporando progresivamente indicadores que midan de forma visible para el ciudadano la calidad de la sanidad privada.

Este año hemos incorporado dos indicadores de proceso asistencial que añaden seguridad y confort a exploraciones bastante frecuentes: la realización de las endoscopias digestivas altas y bajas con sedación del paciente.

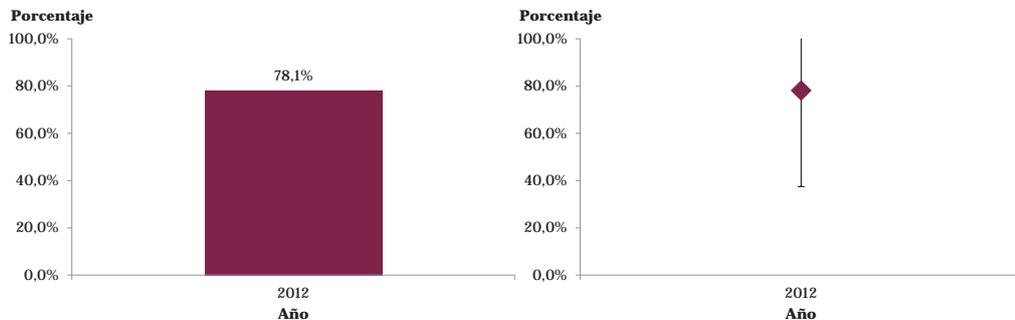
La aportación de datos ha sido significativamente mayor en el caso de las

colonoscopias debido con toda probabilidad a la recomendación de realización periódica de colonoscopias preventivas a personas con riesgo de cáncer de colon, práctica que no está recomendada para el caso del cáncer gástrico.

Tanto en el caso de las colonoscopias como en el de las gastroscopias podemos observar un promedio de realización con sedación muy importante, aunque en este caso la variabilidad entre centros muestra que queda margen de mejora para esta práctica.

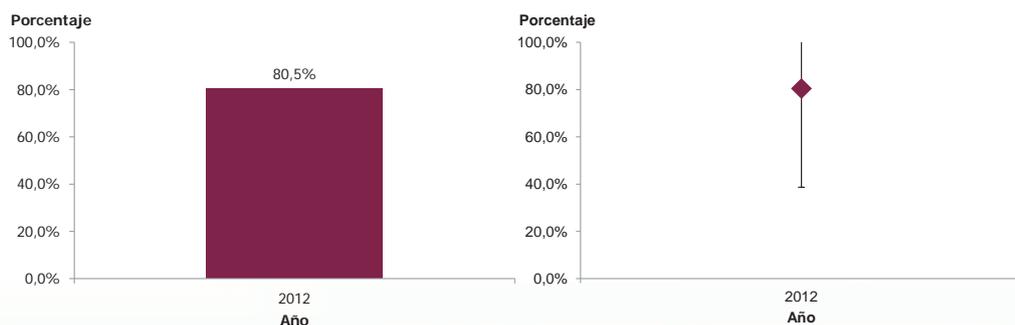
Indicador 18

Ratio de colonoscopias realizadas con sedación profunda (2012, en %)
Número de colonoscopias 2012: 27.217



Indicador 19

Ratio de gastroscopias realizadas con sedación profunda (2012, en %)
Número de gastroscopias 2012: 6.037



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

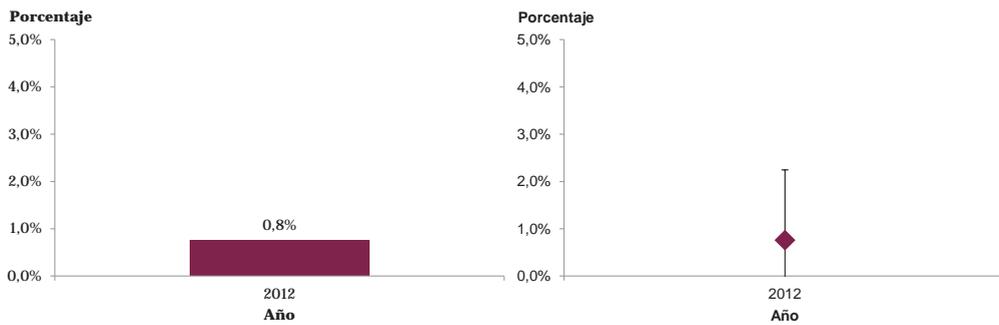
Otro de los nuevos indicadores que valoramos este año es el porcentaje de pacientes que después de la realización de

una intervención quirúrgica ambulatoria tienen que ingresar por alguna complicación o problema.

Indicador 20

Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días (2012, %)

Número de intervenciones ambulatorias 2012: 141.030



El indicador arroja unos excelentes resultados, con menos de un 1% de ingresos, y que apenas llegan al 2% en el límite superior de los centros. Este dato, aunque difícilmente comparable por diferencias de casuística, se encuentra entre los mejores reflejados en la literatura.





7. Conclusiones



Este año la buena noticia, en general, no es ya que un amplio colectivo de centros privados se mida voluntariamente con indicadores de calidad, sino que **la participación de centros se ha incrementado en cerca de un 20%**. Los puntos más relevantes de este aumento serían:

- ▶ **El crecimiento en sí del número de participantes.** Hemos pasado de 87 a 103 centros que entran en esta dinámica de medición y claridad, representando una gran parte de la actividad del sector privado.
- ▶ **La mayor diversidad en el modelo de participantes.** Las nuevas incorporaciones han incrementado mucho la presencia de otros modelos diferentes del hospital privado tradicional, como los centros privados que trabajan para el sector público o las clínicas quirúrgicas ambulatorias y de medios diagnósticos.
- ▶ **La dinámica de facilitar indicadores se normaliza: la realización del segundo estudio ha consolidado ya esta práctica de transparencia como un ejercicio periódico** en el que cada vez esperamos contar con más participación.
- ▶ **A mayor número de centros, mejores resultados.** La incorporación de nuevos participantes ha mejorado de forma generalizada los resultados del estudio anterior. Siempre podríamos pensar que los centros que aceptan medirse son los mejores y por tanto la ampliación de participación modificaría los resultados anteriores. Pues bien, hasta el momento ello no es así y **la tendencia general ha sido a mantener o mejorar claramente los resultados del estudio anterior.**

Hemos vuelto a valorar el **excelente nivel de gestión de la EFICIENCIA en beneficio del paciente y del sistema sanitario**. El indicador de estancia media ajustada por casuística, con una media por debajo de los cuatro días de estancia hospitalaria por paciente, vuelve a confirmar sobradamente dicho nivel.

La **ACCESIBILIDAD de la sanidad privada se demuestra con unos buenos indicadores de tiempos de respuesta**. Esta circunstancia ya es ampliamente conocida y forma parte de la valoración pública de la sanidad privada. Aun así es importante volver a contrastar esta valoración con los datos reales, en que se observa:

- ▶ La accesibilidad en el tiempo de espera para la citación de pruebas complementarias presenta unos datos excelentes en términos de promedio que en muchos casos suponen una respuesta casi inmediata. Estos datos se ven confirmados también por los breves tiempos de respuesta en la realización de los informes de las mismas.
- ▶ Los tiempos medios de respuesta en urgencias se consideran más que positivos, y han mejorado respecto al año anterior, con una espera media inferior a los ocho minutos para el *triage* y de poco más de 15 minutos para la asistencia facultativa.
- ▶ Los resultados del estudio respecto a las esperas para intervención quirúrgica son también muy positivos con una espera media de 33 días, muy similar a la del año anterior.
- ▶ La incorporación de la medida de tiempos de intervención para el cáncer de colon y el cáncer de pulmón nos confirma los buenos resultados que ya habíamos tenido, el año anterior, y mantenemos, en el cáncer de mama.

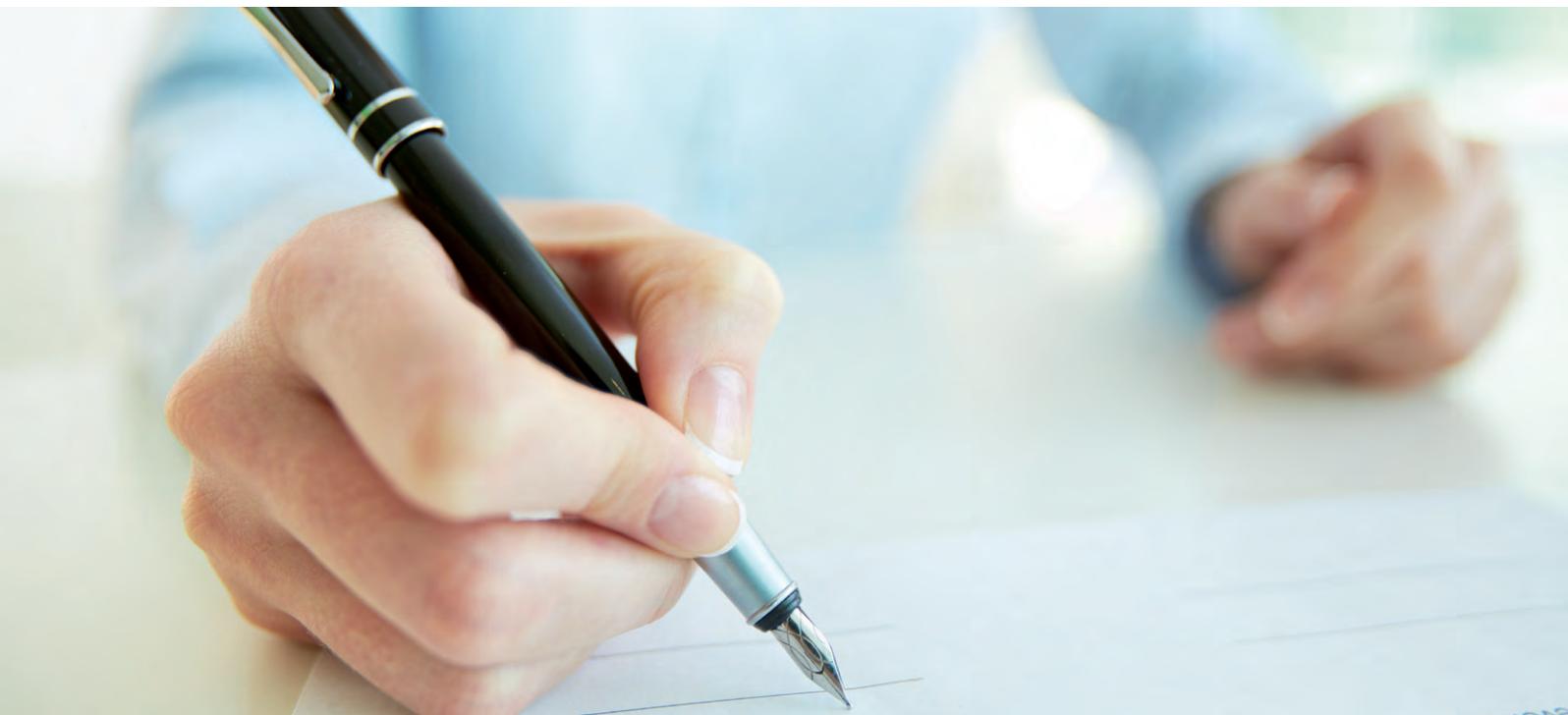
En la dimensión de la RESOLUCIÓN ASISTENCIAL, los indicadores de retorno a urgencias o reingresos hospitalarios por el mismo diagnóstico, se mantienen en las proporciones habituales en la asistencia hospitalaria.

Además, no sólo se mantiene sino que mejora el **firme compromiso existente en la sanidad privada para la implantación de POLÍTICAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD**:

- Los indicadores cualitativos obtenidos son demostrativos de que la gran mayoría de centros privados implanta activamente políticas de calidad y seguridad del paciente:
 - Una amplia mayoría de participantes dispone de certificados de acreditación o certificación. Los centros que disponen de los mismos tienen además a casi todas las áreas del hospital en su ámbito de aplicación.
 - También en la mayor parte de los centros las recomendaciones internacionales para la mejora de la seguridad del paciente se encuentran mayoritariamente en situación de plena implantación o en un proceso muy avanzado de ésta.
 - Al medir la inclusión real de pacientes en estos protocolos, en el indicador de práctica de cirugía segura, los centros que disponen del proceso informatizado incluyen ya a la gran mayoría de los pacientes.
- Todo ello se refleja en que los **indicadores de calidad obtenidos de las bases de datos de pacientes muestran unos niveles de resultados comparables o superiores a los de cualquier otra institución:**
 - La supervivencia de los pacientes con síndrome coronario agudo se mantiene en los mismos niveles que el año pasado y es comparable con los resultados obtenidos en estudios realizados en destacados centros europeos.
 - La proporción de pacientes que han necesitado ingreso después de un procedimiento de cirugía ambulatoria se encuentra entre los mejores valores de la literatura nacional e internacional.
 - La intervención quirúrgica dentro de las primeras 48 horas para la fractura de cadera muestra unos resultados excelentes, figurando entre los mejores datos conocidos.

La interpretación de los indicadores sanitarios tiene siempre muchos matices, pero en cualquier caso, **el Estudio RESA 2013 muestra unos resultados de los centros privados participantes comparables e incluso mejores que los que se publican de la mayoría de centros europeos.**

El **ejercicio de transparencia ante los ciudadanos**, que era el objetivo de este proyecto, se ha convertido ya en **una realidad consolidada** con esta segunda edición que presenta **resultados similares o mejorados en su gran mayoría** respecto a la primera edición.



8. Anexos

8.1. Proceso para la selección de indicadores

La selección y definición de los indicadores que contempla el Estudio RESA se ha realizado a través de un proceso de intensa reflexión por parte de profesionales del ámbito sanitario.

Para la selección de los indicadores se constituyó un Comité de Expertos formado por nueve profesionales de los grupos sanitarios más relevantes del sistema sanitario privado español y tres asesores externos.

El Comité del Estudio RESA ha decidido mantener los principios rectores para la definición de los indicadores establecidos para el estudio de 2012:

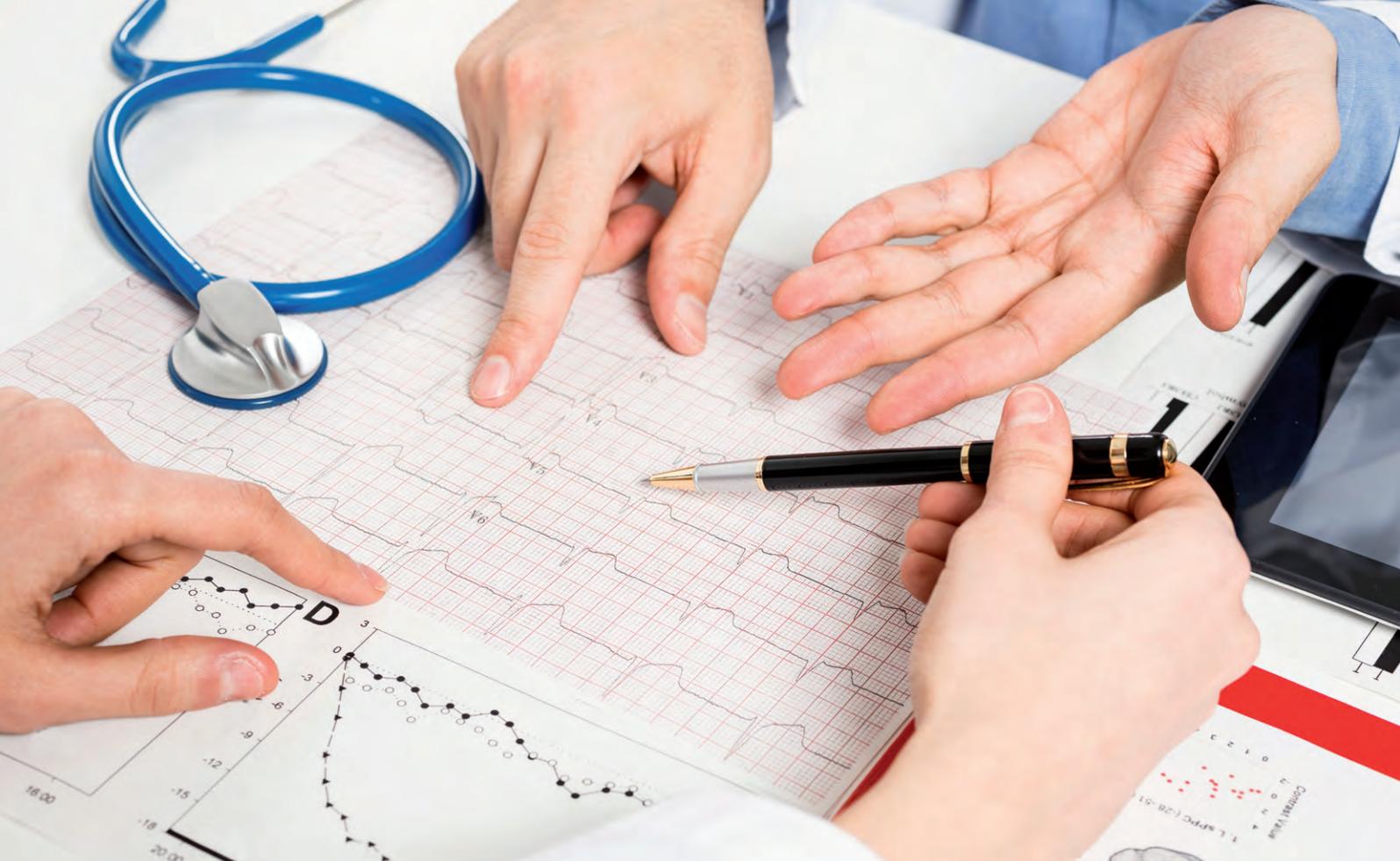
- ▶ **Representativos:** debían aportar información relevante para el objetivo del estudio.
- ▶ **Disponibles:** los centros sanitarios debían de tener la posibilidad de obtener la información necesaria para su cálculo. Evidentemente, este criterio ha limitado considerablemente la disponibilidad de indicadores que serían de mucho interés (como los de satisfacción del paciente o capacidad de elección).
- ▶ **Comprensibles:** el ciudadano debía de poder entender el significado del indicador y el valor de su resultado.
- ▶ **Sintéticos:** La selección no debía exceder los 20-25 indicadores
- ▶ **Útiles:** el conjunto de indicadores seleccionados debía aportar valor al ciudadano a través de su comunicación y a la mejora continua de la sanidad privada.

Entre las primeras reflexiones del Comité estuvo la necesidad de dar continuidad a todos los indicadores que formaron parte del Estudio RESA del año anterior, con el objetivo de poder valorar su evolución y facilitar la extracción de los datos a aportar para su cálculo por parte de los centros sanitarios.

En este tema, teniendo en cuenta la experiencia obtenida en el Estudio RESA 2012, el Comité del Estudio decidió que el indicador de **"Tasa de bacteriemias relacionadas con catéter central en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)"** se calcule bianualmente debido a la dificultad a la hora de la extracción manual de los datos necesarios para su cálculo.

El Comité planteó, además, completar la selección de indicadores hospitalarios en varios campos.

Un área de especial interés es la de visualizar la complejidad de la casuística asistida. Se planteó obtener indicadores que reflejaran la complejidad de los pacientes, en especial las intervenciones quirúrgicas que se realizan en los centros privados. Para ello se exploraron algunos indicadores que no fueron viables por la imposibilidad técnica de aplicar el enfoque inicial de utilizar la clasificación del Consejo General de Colegios de Médicos en base al CMBD. Este tipo de indicadores se ha planteado por tanto para resolver en próximas ediciones.



Otra gran área de prioridad que el Comité consideró fue la necesidad de dar una mayor presencia al área ambulatoria, cada vez con mayor peso en los hospitales y clínicas. Por ello, se planteó el desarrollo de los siguientes indicadores:

- ▶ Tiempo medio de espera citación primera consulta especialista (Oftalmología, Dermatología, Traumatología y Ginecología y Obstetricia).
- ▶ Colonoscopias realizadas con sedación profunda.
- ▶ Colonoscopias realizadas con sedación profunda con presencia de anestesista.
- ▶ Gastroskopias realizadas con sedación profunda.
- ▶ Gastroskopias realizadas con sedación profunda con presencia de anestesista.
- ▶ Tasa de reingresos post alta de Cirugía Mayor Ambulatoria a 30 días (CMA).
- ▶ Realización de seguimiento telefónico post alta de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Todos estos indicadores fueron viables en la exploración previa y se incluyeron excepto el de seguimiento telefónico post alta en CMA en que se carecía de registro informatizado de la llamada telefónica post alta en la mayoría de centros.

El indicador de presencia del anestesista en la sedación profunda se calculó pero no se incluyó en el informe dada su coincidencia prácticamente total con el de sedación profunda.

Finalmente, teniendo en cuenta todo el proceso de reflexión realizado, el Comité del Estudio RESA 2012 seleccionó 26 indicadores para la recogida final de datos.

8.2. Revisión de la definición de indicadores

La segunda etapa del Comité de Expertos del Estudio RESA tuvo como objetivos principales validar la definición de los indicadores realizada por el equipo consultor y validar el proceso y las herramientas de recogida de la información para el cálculo de los indicadores seleccionados.

De este modo, el conjunto de indicadores validados por el Comité del Estudio RESA quedó fijado en 20, siendo éstos los que reflejan de forma más relevante la mejora continua de la sanidad privada.

Por último se procedió a identificar los grupos y centros hospitalarios a participar en el estudio.

Los puntos del documento que siguen forman parte del manual de recogida de datos entregado a los participantes.

8.3. Fichas de los indicadores

Las siguientes fichas detallan la definición, fórmula y términos de cada uno de los indicadores del Estudio RESA 2013:

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

Código: 2 (2.1, 2.2, 2.3)		Nombre: Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	
Definición: Promedio de días que los pacientes deben esperar desde la solicitud de una cita para realizar una prueba técnica complementaria (Mamografía general, Resonancia Magnética osteomuscular y TAC craneal) hasta la fecha de su realización (citación).			
Fórmula: $\sum (A-B)/C$			
Numerador (A y B): A: Fecha de citación del paciente. B: Fecha de solicitud de la prueba complementaria.		Denominador (C): Número de pacientes que han sido citados a una prueba complementaria.	
Código: 3 (3.1, 3.2, 3.3)		Nombre: Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias	
Definición: Promedio de días de espera de los pacientes para la entrega del informe adjunto a las pruebas técnicas complementarias, tomando como fecha inicial el día de realización de la prueba y como fecha final la disponibilidad del informe por el facultativo. Las pruebas a considerar son: mamografía, resonancia magnética osteomuscular y extremidades y TAC.			
Fórmula: $\sum (A-B)/C$			
Numerador (A y B): A: Fecha en la que el facultativo dispone del informe de la prueba complementaria. B: Fecha en la que el paciente se realiza la prueba técnica.		Denominador (C): Número de pacientes a los que se les ha realizado una prueba complementaria objetivo.	
Código: 4 (4.1, 4.2, 4.3, 4.4)		Nombre: Tiempo medio de citación para consultas de especialistas (Oftalmología, Dermatología, Traumatología, Ginecología y Obstetricia)	
Definición: Promedio de días que los pacientes deben esperar desde la fecha de solicitud de una cita para primera consulta con un especialista (Oftalmología, Dermatología, Traumatología, Ginecología y Obstetricia) hasta la fecha de su realización (citación).			
Fórmula: $\sum (A-B)/C$			
Numerador (A y B): A: Fecha de citación del paciente. B: Fecha de solicitud de consulta especialista.		Denominador (C): Número total de pacientes citados para la realización de una primera consulta con facultativo especialista.	
Código: 5		Nombre: Tiempo medio de asistencia en <i>triage</i> en urgencias	
Definición: Tiempo medio de espera transcurrido desde el registro de entrada en urgencias hasta el <i>triage</i> en urgencias.			
Fórmula: $\sum (A-B)/C$			
Numerador (A y B): A: Fecha y hora del <i>triage</i> en urgencias médica. B: Fecha y hora de registro a la entrada en urgencias.		Denominador (C): Número de pacientes registrados en urgencias.	

Código: 6	Nombre: Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias
Definición: Tiempo medio de espera transcurrido desde el <i>triage</i> en urgencias hasta la atención médica.	
Fórmula: $\sum (A-B)/C$	
Numerador (A y B): A: Fecha y hora de la atención médica. B: Fecha y hora del <i>triage</i> en urgencias.	Denominador (C): Número de pacientes registrados en urgencias.

Código: 7	Nombre: Espera media quirúrgica
Definición: Número total de días entre la fecha de citación en la consulta pre-anestésica y la fecha de la cirugía (En una determinada fecha de corte incluyendo intervenciones realizadas e intervenciones pendientes de ser atendidas).	
Fórmula: $\sum [(A-B)+(C-A)]/D$	
Numerador (A, B y C): A: Fecha de citación en consulta preanestésica. B: Fecha de solicitud de consulta preanestésica. C: Fecha de realización de la intervención quirúrgica.	Denominador (D): Número total de pacientes con fecha de realización de intervención quirúrgica y estudio preanestésico.

Código: 8	Nombre: Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama
Definición: Promedio de número de días transcurridos entre el diagnóstico firme de cáncer de mama y el inicio del tratamiento oncológico. Quedan excluidas las pacientes que no se han realizado el diagnóstico en el hospital, las que no han iniciado el tratamiento y las altas voluntarias y/o derivaciones a otros centros.	
Fórmula: $\sum (A-B)/C$	
Numerador (A y B): A: Fecha de citación para el inicio del tratamiento oncológico del cáncer de mama (puede ajustarse con la fecha de cierre del informe diagnóstico para pacientes que se encuentren pendientes del inicio del tratamiento). B: Fecha del informe diagnóstico del cáncer de mama.	Denominador (C): Total de pacientes con informe diagnóstico de cáncer de mama.
Ajustes: Se excluyen las pacientes a las que no se les ha realizado el diagnóstico en el centro hospitalario. Se excluyen las pacientes que no inician el tratamiento en el centro hospitalario. Se excluyen las altas voluntarias y las derivaciones a otros centros hospitalarios.	

Código: 9		Nombre: Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de colon	
Definición: Promedio de número de días transcurridos entre el diagnóstico firme de cáncer de colon y el inicio del tratamiento oncológico. Quedan excluidos los pacientes que no se han realizado el diagnóstico en el hospital, los que no han iniciado el tratamiento y las altas voluntarias y/o derivaciones a otros centros.			
Fórmula: $\Sigma (A-B)/C$			
Numerador (A y B): A: Fecha de citación para el inicio del tratamiento oncológico del cáncer de colon (puede ajustarse con la fecha de cierre del informe diagnóstico para pacientes que se encuentren pendientes del inicio del tratamiento). B: Fecha del informe diagnóstico del cáncer de colon.		Denominador (C): Total de pacientes con informe diagnóstico de cáncer de colon.	
Ajustes: Se excluyen los pacientes a los que no se les ha realizado el diagnóstico en el centro hospitalario. Se excluyen los pacientes que no inician el tratamiento en el centro hospitalario. Se excluyen las altas voluntarias y las derivaciones a otros centros hospitalarios.			

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

Código: 11	Nombre: Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico
Definición: Porcentaje de pacientes que retornan al servicio de urgencias del hospital en menos de las 72 horas anteriores a su primer registro en urgencias.	
Fórmula: $(A/B)*100$	
Numerador (A): Número total de pacientes dados de alta en urgencias que vuelven a ser atendidos en urgencias en menos de 72 horas (se calcula mediante las horas de registro de entrada en urgencias).	Denominador (B): Número total de pacientes dados de alta en urgencias en el período estudiado hasta 72 horas antes del día y hora de cierre del período estudiado.

Código: 12	Nombre: Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta
Definición: Porcentaje de reingresos, tras un alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 30 días tras el episodio inicial (el reingreso debe ser causado por la patología de su ingreso inicial o patología relacionada).	
Fórmula: $(A/B)*100$	
Numerador (A): Número total de pacientes dados de alta (Casos índice) que reingresan en el hospital por la misma causa o una causa potencialmente relacionada de la patología inicial dentro de los 30 días posteriores al alta.	Denominador (B): Número total de pacientes ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria".

Código: 13	Nombre: Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios
Definición: Número de unidades y/o servicios que han obtenido reconocimiento externo de calidad (certificación, acreditación...) en las principales áreas de funcionamiento del hospital (Indicador autodeclarativo).	
Fórmula: $\sum A/B$	
Numerador (A): Número de centros hospitalarios que han obtenido, en el período estudiado, un certificado y/o acreditación de calidad ISO, EFQM o Joint Commission por servicio hospitalario: a) Hospitalización; b) Hospital de Día; c) Consultas Externas y servicios ambulatorios; d) Bloque quirúrgico y obstétrico; e) Urgencias; f) Servicios Centrales diagnósticos y terapéuticos; y g) Gestión del Paciente (Admisiones, atención paciente, documentación clínica).	Denominador (B): Número de centros hospitalarios que han participado en el estudio.

Código: 14 (14.1, 14.2, 14.3, 14.4, 14.5)		Nombre: Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente	
Definición: Número de políticas y procedimientos de seguridad de pacientes implantadas en el hospital en las áreas prioritarias: 1) higiene de manos; 2) protocolo de evaluación de úlceras por presión; 3) protocolos de identificación de problemas relacionados con la medicación; 4) sistemas de notificación anónima de eventos adversos 5) Check-list quirúrgico. Indicador autodeclarativo.			
Fórmula: $\Sigma A/B$			
Numerador (A): Número de políticas y procedimientos de seguridad del paciente implantados en el hospital que cumplen los criterios definidos.		Denominador (B): Número de centros hospitalarios que participan en el estudio.	

Código: 15		Nombre: Ratio de intervenciones de cirugía segura (check list quirúrgico)	
Definición: Porcentaje de intervenciones quirúrgicas con anestesia general con hoja de verificación (check-list) de seguridad completada respecto al total de intervenciones quirúrgicas practicadas en el hospital.			
Fórmula: $(A/B)*100$			
Numerador (A): Número de intervenciones quirúrgicas con anestesia general con constancia en la documentación clínica de una hoja estandarizada de verificación (check-list) de seguridad quirúrgica, que cumpla los criterios de cirugía segura, completada y firmada.		Denominador (B): Número total de intervenciones quirúrgicas con anestesia general practicadas en el hospital durante el período establecido.	

Código: 16		Nombre: Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo	
Definición: Porcentaje de pacientes fallecidos en las 48 horas posteriores al ingreso por Infarto Agudo de Miocardio respecto al total de ingresos por este mismo diagnóstico.			
Fórmula: $(A/B)*100$			
Numerador (A): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal el de Síndrome Coronario Agudo (CIE: 410.xx y 411.xx), y que tengan como motivo de alta "defunción/éxitus" en el período estudiado dentro de las 48 horas posteriores al ingreso.		Denominador (B): Número de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Síndrome Coronario Agudo (CIE: 410.xx y 411.xx.).	
Ajustes: Se excluyen las altas por traslado del paciente a otro hospital.			

Código: 17	Nombre: Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso
Definición: Número de intervenciones realizadas dentro de las 48 horas después del ingreso urgente sobre el total de cirugías de prótesis de cadera realizadas durante el periodo de estudio.	
Fórmula: $(A/B)*100$	
Numerador (A): Número total de intervenciones de prótesis de cadera realizadas dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario urgente del paciente realizadas durante el periodo de estudio.	Denominador (B): Número total de intervenciones de prótesis de cadera realizadas durante el periodo de estudio a pacientes con ingreso hospitalario urgente.
Código: 18	Nombre: Ratio de colonoscopias realizadas con sedación profunda
Definición: Porcentaje de colonoscopias realizadas con sedación profunda sobre el total de colonoscopias realizadas en el centro hospitalario.	
Fórmula: $(A/B)*100$	
Numerador (A): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una colonoscopia con sedación profunda.	Denominador (B): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una colonoscopia en el centro hospitalario.
Código: 19	Nombre: Ratio de gastroscopias realizadas con sedación profunda
Definición: Porcentaje de gastroscopias realizadas con sedación profunda sobre el total de gastroscopias realizadas en el centro hospitalario.	
Fórmula: $(A/B)*100$	
Numerador (A): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una gastroscopia con sedación profunda.	Denominador (B): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una gastroscopia en el centro hospitalario.
Código: 20	Nombre: Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días
Definición: Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) que han sido ingresados en el mismo centro en el que se le realizó la CMA por complicaciones relativas a la intervención.	
Fórmula: $(A/B)*100$	
Numerador (A): Número total de pacientes a los que se les ha realizado un CMA y han sido ingresados por una complicación relativa a la intervención antes de 30 días.	Denominador (B): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una CMA tanto en centro hospitalario como ambulatorio.

8.4. Especificaciones metodológicas

La información a suministrar se facilita en el Excel modelo Cuestionario IDIS RESA 2013.

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

CMBD

Dentro del fichero Excel se solicitó la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos del último año (2012). Ésta podía ser enviada tanto dentro del mismo fichero Excel o en formato Access, asegurándose que se cumplimentaban todos los campos solicitados.

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

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

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

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

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

8.4.1. Estancia media ajustada por casuística

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

8.4.2. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

Se incluyeron las siguientes pruebas realizadas en 2012:

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

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

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

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

8.4.3. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

Incluyó únicamente las siguientes pruebas realizadas en 2012:

- Mamografía de screening.
- Tomografía Axial Computarizada (TAC).
- Resonancia Nuclear Magnética (RNM) osteomuscular.

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

Se suministraron para cada tipo de prueba los siguientes datos:

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

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

8.4.4. Tiempo medio de citación primera consulta especialista

Se incluyeron las siguientes consultas de especialista realizadas en 2012:

- Oftalmología
- Dermatología
- Traumatología
- Ginecología y Obstetricia

Se incluyeron todas aquellas primeras consultas con fecha fijada (independientemente de que la consulta se

haya realizado o no) dentro del año 2012 en las que se da cita al paciente en el primer hueco disponible en la agenda u otra fecha próxima a conveniencia del paciente.

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

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

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

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

Se incluyó en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2012.

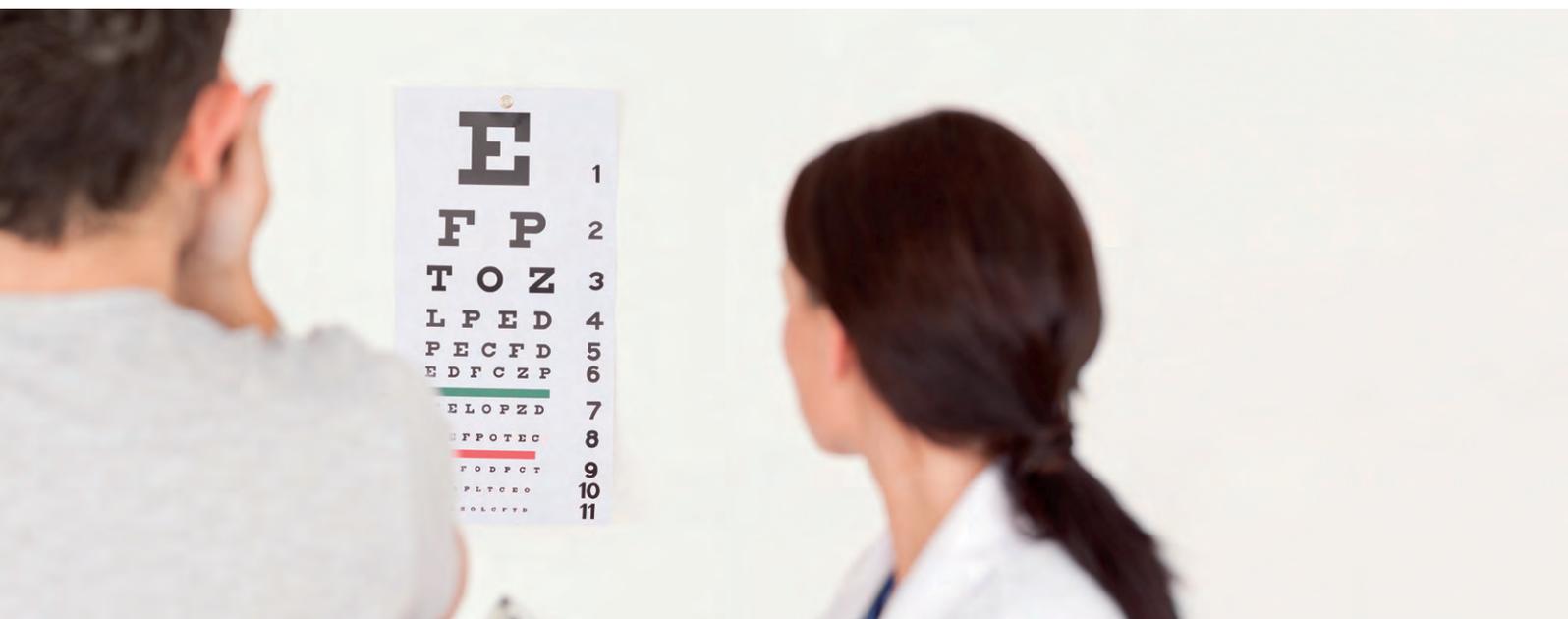
Se suministró la siguiente información:

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de registro en admisión de

urgencias (o fecha y hora de llegada al servicio de urgencias si ésta es el registro existente). Se excluirán el centro 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.

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).





8.4.6. Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias

Se incluyó en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2012.

Se suministró la siguiente información:

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de registro de inicio

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

de la atención de *triage* por el personal de enfermería o facultativo en urgencias. Se excluyó el centro si el *triage* en urgencias no fue 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.

8.4.7. Espera media quirúrgica

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

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

Se remitió la siguiente información:

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

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

Incluyó todos los pacientes que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) habían sido realizados en el hospital en el período de estudio. Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio que el 31 de enero del año siguiente (año 2012 hasta el 31 de enero de 2013).

Se suministró la información siguiente:

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

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

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

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

Incluyó todos los pacientes que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) habían sido realizados en el hospital en el período de estudio. Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio fue el 31 de enero del año siguiente (año 2012 hasta el 31 de enero de 2013).

Se suministró la información siguiente:

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

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

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

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

Incluyó todos los pacientes que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) habían sido realizados en el hospital en el período de estudio. Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio fue el 31 de enero del año siguiente (año 2012 hasta el 31 de enero de 2013).

Se suministró la información siguiente:

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

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

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

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

Se solicitó el último año (2012) en el formato Excel que se adjunta. Incluyó dos explotaciones:

1. Pacientes con 2 o más visitas en 72 horas. Contení todos los pacientes que han realizado más de una visita al servicio de urgencias dentro del plazo de 72 horas transcurridas entre la hora de admisión para la primera visita y la hora de admisión para la segunda visita.
2. Adicionalmente, se solicitó una descripción del número total de visitas al servicio de urgencias por pacientes segmentado por grupos de edad y sexo para poder obtener ratios de reiteración de visitas.

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

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

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

8.4.13. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

Se incluyó exclusivamente las certificaciones otorgadas por los principales organismos internacionales de reconocida solvencia:

- ▶ ISO
- ▶ European Foundation of Quality Management
- ▶ Joint Commission of Hospital Accreditation

Podían incluirse las acreditaciones que se realizan con carácter plurianual obtenidas

con anterioridad al periodo solicitado y que se mantenían en vigor durante el mismo.

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

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

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



8.4.14. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente

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

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

atendidos, que respete el anonimato del notificante, la realización de un análisis del evento adverso (diagrama de Ishikawa, causa-raíz, u otros instrumentos de análisis de causas) y la difusión de las conclusiones a la unidad/es afectada/s. Se acompañará en formato electrónico la información del funcionamiento del sistema que se utilice para que éste sea conocido por el personal.

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

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

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

8.4.15. 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 recogieron los centros fue un corte mensual posterior al 31 de agosto de 2012, libremente escogido por el hospital en el que se refleje en días consecutivos.

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

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

- 3) Al menos se hubiera 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).

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

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

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

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

8.4.18. Ratio de colonoscopias realizadas con sedación profunda

Se solicitaron las colonoscopias realizadas a pacientes con sedación profunda de un mes del año 2012. El mes de muestra podía ser seleccionado por el centro sanitario, teniendo en cuenta que debía alcanzar un número mínimo de 30 colonoscopias (n

mínima = 30). En los casos en los que el mes seleccionado no alcanzó el número mínimo, la muestra se realizó añadiendo al mes elegido los días siguientes y consecutivos al mes seleccionado hasta alcanzarlo.

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

8.4.19. Ratio de gastroscopias realizadas con sedación profunda

Se solicitaron las gastroscopias realizadas a pacientes con sedación profunda de un mes del año 2012. El mes de muestra podía ser seleccionado por el centro sanitario, teniendo en cuenta que debía alcanzar un número mínimo de 30 gastroscopias (n mínima = 30).

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

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

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

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

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

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

8.5. Relación de participantes

8.5.1. Centros hospitalarios y clínicas

Listado de centros hospitalarios y clínicas participantes en el Estudio RESA 2013

Clinicas Asisa

- CLÍNICA MONTPELLIER
Zaragoza
- CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO
Lleida
- CLÍNICA VISTAHERMOSA
Alicante
- HOSPITAL EL ÁNGEL
Málaga
- HOSPITAL LA VEGA
Murcia
- HOSPITAL MONCLOA
Madrid
- POLICLÍNICO DE ESPECIALIDADES Y GIMNASIO DE REHABILITACIÓN SUCHIL
Madrid
- POLICLÍNICO HM ARAPILES Madrid
- POLICLÍNICO HM DISTRITO TELEFÓNICA
Madrid
- POLICLÍNICO HM TORRELODONES
Torrelodones
- POLICLÍNICO HM SANCHINARRO
Madrid

Clinicas Igualatorio Medico Quirurgico

- IMQ V. SAN SEBASTIÁN
Bilbao
- IMQ VIRGEN BLANCA
Bilbao

Grupo HM Hospitales

- HM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MADRID
Madrid
- HM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MONTEPRÍNCIPE
Boadilla del Monte
- HM NUEVO BELÉN
Madrid
- HM UNIVERSITARIO SANCHINARRO
Madrid
- HM UNIVERSITARIO TORRELODONES
Torrelodones

Grupo Hospitalario Quirón

- CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA QUIRÓN AVE MARÍA
Sevilla
- CENTRO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA QUIRÓN BILBAO
Bizkaia
- CENTRO DE REPRODUCCIÓN QUIRÓN DEXEUS MURCIA
Murcia
- CENTRO DE REPRODUCCIÓN QUIRÓN PAMPLONA
Pamplona
- CENTRO DE REPRODUCCIÓN QUIRÓN TORRENTE
Torrente
- CENTRO MÉDICO A CORUÑA
A Coruña
- CENTRO MÉDICO AMBULATORIO DEPORTIVO MEDIPLAN
Vitoria
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN ARABA SPORT CLINIC
Zurbano
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN ALJARAFE
Sevilla
- CENTRO MÉDICO FERROL
A Coruña

- CENTRO MÉDICO QUIRÓN FUENGIROLA
Fuengirola
 - CENTRO MÉDICO QUIRÓN LA PALMERA
Sevilla
 - CENTRO MÉDICO QUIRÓN NERVIÓN
Sevilla
 - CENTRO MÉDICO QUIRÓN ORIHUELA
Orihuela
 - CENTRO MÉDICO QUIRÓN SA POBLA
Sa Pobra
 - CENTRO MÉDICO QUIRÓN SANTA POLA
Santa Pola
 - CENTRO MÉDICO QUIRÓN SEVILLA ESTE
Sevilla
 - CENTRO OFTALMOLÓGICO A CORUÑA
A Coruña
 - HOSPITAL QUIRÓN A CORUÑA
A Coruña
 - HOSPITAL QUIRÓN BARCELONA
Barcelona
 - HOSPITAL QUIRÓN BIZKAIA
Erandio
 - HOSPITAL QUIRÓN COSTA ADEJE
Adeje
 - HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA
Málaga
 - HOSPITAL QUIRÓN MARBELLA
Marbella
 - HOSPITAL QUIRÓN MURCIA
Murcia
 - HOSPITAL QUIRÓN PALMAPLANAS
Palma de Mallorca
 - HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN
Sevilla
 - HOSPITAL QUIRÓN SAN CAMILO
Madrid
 - HOSPITAL QUIRÓN SAN JOSE
Madrid
 - HOSPITAL QUIRÓN SAN SEBASTIÁN
San Sebastián
 - HOSPITAL QUIRÓN TENERIFE
Santa Cruz
 - HOSPITAL QUIRÓN TORREVIEJA
Torrevieja
 - HOSPITAL QUIRÓN VALENCIA
Valencia
 - HOSPITAL QUIRÓN VITORIA
Vitoria
 - HOSPITAL QUIRÓN ZARAGOZA Y HOSPITAL DE DÍA
QUIRÓN ZARAGOZA
Zaragoza
 - HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRÓN MADRID
Pozuelo de Alarcón
 - INSTITUT UNIVERSITARI QUIRÓN DEXEUS
Barcelona
 - INSTITUTO OFTALMOLÓGICO QUIRÓN BARCELONA
Barcelona
- Grupo Hospitalario San Roque**
- HOSPITAL SAN ROQUE LAS PALMAS
Las Palmas
 - HOSPITAL SAN ROQUE MASPALOMAS
San Bartolomé de Tirajana

Grupo Hospitales NISA

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

Grupo Hospiten

- MD ANDERSON CANCER CENTER
Madrid
- HOSPITEN BELLEVUE
Puerto de la Cruz
- HOSPITEN CLÍNICA ROCA
San Bartolomé de Tirajana
- HOSPITEN ESTEPONA
Estepona
- HOSPITEN LANZAROTE
Tías
- HOSPITEN RAMBLA
Santa Cruz
- HOSPITEN SUR
Arona

Grupo IDC Salud

- IDC SALUD CLIDEBA
Badajoz
- IDC SALUD CLÍNICA ALBACETE
Albacete
- IDC SALUD CLÍNICA ALCALÁ DE HENARES
Alcalá de Henares

- IDC SALUD CLÍNICA ALCÁZAR
Alcázar de San Juan
- IDC SALUD CLÍNICA CIUDAD REAL
Ciudad Real
- IDC SALUD CLÍNICA DEL VALLÉS
Sabadell
- IDC SALUD CLÍNICA VIRGEN DE GUADALUPE
Cáceres
- IDC SALUD FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
Madrid
- IDC SALUD HOSPITAL DE DÍA DE TALAVERA
Talavera de la Reina
- IDC SALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUÑA
Sant Cugat del Vallés
- IDC SALUD HOSPITAL SANTA JUSTA
Villanueva de la Serena
- IDC SALUD HOSPITAL SUR
Alcorcón
- IDC SALUD HOSPITAL TRES CULTURAS
Toledo
- IDC SALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRADO
CORAZÓN
Barcelona
- IDC SALUD HOSPITAL INFANTA ELENA
Valdemoro
- IDC SALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN
CARLOS
Móstoles

Grupo Innova Ocular

- INSTITUTO LLEIDA DE OFTALMOLOGIA
Lleida
- CENTRO OFTALMOLOGICO MUIÑOS
Santa Cruz
- CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CORDOBA
Córdoba
- CLINICA DR. VILA
Valencia
- CLINICA OFTALMOLOGICA DR. SOLER
Elche

- CLÍNICA REMENTERIA
Madrid
- CLINICA VIRGEN DE LUJAN
Sevilla
- INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA AVANZADA
Madrid
- BEGITEK CLINICA OFTALMOLOGICA
San Sebastián
- OCULSUR
Cádiz

Grupo Recoletas

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

Grupo Vithas

- HOSPITAL MONTSERRAT
Lleida
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE AMÉRICA
Madrid
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA
Vigo
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
Granada
- HOSPITAL PARQUE SAN ANTONIO
Málaga
- HOSPITAL PERPETUO SOCORRO
Alicante

- HOSPITAL SANTA CATALINA
Las Palmas
- HOSPITAL SANTA CRUZ
Tenerife
- HOSPITAL SAN JOSÉ
Vitoria
- HOSPITAL VIRGEN DEL MAR
Almería

Ribera Salud

- HOSPITAL DE TORREVIEJA
Torrevieja
- HOSPITAL DEL VINALOPO
Elche

Sanitas Hospitales

- CLÍNICA HOSPITAL CIMA
Barcelona
- HOSPITAL MANISES
Manises
- HOSPITAL SANITAS LA MORALEJA
Sanchinarro
- HOSPITAL DE TORREJON
Torrejón de Ardoz
- HOSPITAL SANITAS LA ZARZUELA
Aravaca

Otros

- CENTRO MEDICO TEKNON
Barcelona
- CLINICA LA LUZ
Madrid
- CLÍNICA ROTGER
Palma
- HOSPITAL INFANTA LUISA
Sevilla
- POLICLÍNICA COMARCAL DEL VENDRELL, S.L.
Santa Oliva
- XANIT HOSPITAL INTERNACIONAL
Benalmádena

8.5.2. Comité de expertos

El comité de expertos del Estudio RESA 2013 se encuentra formado por:

- Benito García-Legaz, Asisa.
- Celia Moar, HM Hospitales.
- Cristina García, IDC Salud.
- Ignacio Conde, Grupo Innova Ocular.
- Juan Abarca, IDIS.
- Luis Delgado, Sanitas.
- Manuel Vilches, Nisa.
- Nicolás Guerra, Grupo IMQ.
- Pedro Rico, Grupo Quirón.

8.5.3. Responsables (IDIS y Antares Consulting)

El equipo responsable del trabajo de campo del Estudio RESA 2013 se encuentra formado por profesionales de IDIS y de Antares Consulting:

- **Coordinación:** Manuel Vilches, Director de Operaciones IDIS.
- Carmen Ruiz, IDIS.
- Victoria Ramirez, IDIS.
- Esteban Carrillo, Antares Consulting.
- Joan Barrubés, Antares Consulting.
- Víctor Cañellas, Antares Consulting.

8.6. Entidades que forman parte del IDIS

Patronos IDIS

- ACES
- ADESLAS SegurCaixa
- ASISA
- AXA
- CASER
- DKV
- ERESA
- Gehosur Hospitales
- Grupo Hospitalario Quirón
- Grupo Innova Ocular
- Grupo Hospitalario Recoletas
- Hospital de Madrid
- Hospitales Nisa
- Hospiten
- IDC Salud
- IMQ
- MAPFRE
- Red Asistencial Juaneda
- Sanitas
- Unilabs
- Vithas

Patronos de libre designación

- Consejo General de Colegios de Enfermería
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- Facme
- Farmaindustria
- Fenin

- Foro español de pacientes
- Organización Médica Colegial

Patrocinadores

- Boston Scientific
- GE Healthcare
- Johnson & Johnson Medical Companies
- Medtronic
- Otsuka
- Philips
- Sanofi Pasteur
- Siemens
- Zeltia

Colaboradores IDIS

- Aliad
- A.M.A.
- Almirall
- Amgen
- Bayer
- BD (Becton, Dickinson and Company)
- Carbueros Medica
- Covidien
- DNV
- Dräger
- Elekta
- Esteve
- Everis
- Future Health Technologies
- Grupo Cofares
- Hartmann

- InterSystems
- Kantar Health
- Mindray
- Novartis
- Palex
- Pfizer
- Willis Iberia

Asociados IDIS

- Abacid
- Asefa
- Best Doctors
- Centro Médico Teknon
- Cerba Internacional
- Clínica La Luz
- Clínica Rotger
- Clínica San Francisco
- Clínica San Roque
- Clínica Santa Elena
- Contrata Ambulancias y Emergencias
- Ginefiv
- Grupo Hospitalario Modelo
- Grupo IMO
- Grupo Previsión Sanitaria Nacional
- HealthTime
- Hospital Perpetuo Socorro
- Hospital San Francisco de Asís
- Iguatorial Cantabria
- Policlínico La Rosaleda
- Santalucía
- Xanit Hospital Internacional



www.fundacionidis.com



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad



CON EL PATROCINIO DE

