

Estudio RESA 2019

Indicadores de resultados
en salud de la sanidad privada



Estudio Resa **2019**

"Indicadores de resultados
en salud de la sanidad privada"

Índice

Presentación	04
Resumen ejecutivo	06
1. Objetivos del Estudio	10
2. Ficha metodológica	12
2.1. Datos utilizados	13
2.2. Bases de datos	14
2.3. Cobertura territorial	15
2.4. Centros participantes	16
2.5. Proceso de selección de indicadores	17
2.6. Recopilación y procesamiento de los indicadores	19
3. Eficiencia	20
3.1. Estancia media ajustada por casuística	21
3.2. Estancia media prequirúrgica	22
3.3. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	23
3.4. Porcentaje de cirugía laparoscópica en colecistectomía para cálculo biliar	23
4. Accesibilidad en la atención sanitaria	24
4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	25
4.1.1. Mamografías	26
4.1.2. Resonancia Magnética Osteomuscular	27
4.1.3. Tomografía Axial Computerizada	28
4.1.4. Pruebas de Laboratorio	29
4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias	31
4.2.1. Tiempo medio de entrega de informe de mamografía	31
4.2.2. Tiempo medio de entrega de informe de resonancia magnética	32
4.2.3. Tiempo medio de entrega de informe de TAC	32
4.2.4. Tiempo medio de entrega del informe de laboratorio	33
4.2.5. Tiempo medio de espera de citación primera consulta de especialista	34
4.3. Tiempo medio de asistencia en urgencias	35
4.4. Espera media quirúrgica	36
4.5. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento en procesos oncológicos	37
4.5.1. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento en cáncer de mama	38
4.5.2. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento en cáncer de colon	38
4.5.3. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento en cáncer de pulmón	39
5. Resolución asistencial	40
5.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico	41
5.2. Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta	42
5.3. Tasa de reingreso por causas quirúrgicas a los 7 días	43
5.4. Reingresos por enfermedad pulmonar (EPOC) a los 30 días	44
5.5. Reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días	45
5.6. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas	46
6. Calidad y seguridad del paciente	48
6.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	50
6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente	51
6.2.1. Protocolo de higiene de manos	51
6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión	52
6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación	53
6.2.4. Sistema de notificación de eventos adversos	54
6.2.5. Protocolo de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico)	55
6.2.6. Ratio de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico)	56

6.3.	Tasa de supervivencia a las 48 horas de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA).....	57
6.4.	Tasa de supervivencia al alta por Síndrome Coronario Agudo (SCA).....	58
6.5.	Tasa de supervivencia al alta por Insuficiencia Cardíaca (IC).....	58
6.6.	Tasa de supervivencia al alta por Ictus.....	59
6.7.	Indicadores de mortalidad EIQI.....	60
6.7.1.	Mortalidad por neumonía no complicada.....	60
6.7.2.	Tasa de mortalidad por fractura de cuello de fémur.....	61
6.7.3.	Tasa de mortalidad por fractura de cadera pertrocantérea.....	61
6.7.4.	Infarto agudo de miocardio transmural (edad>19), mortalidad intrahospitalaria.....	62
6.7.5.	Infarto agudo de miocardio no transmural (edad>19), mortalidad intrahospitalaria.....	63
6.7.6.	Hemorragia subaracnoidea, mortalidad intrahospitalaria.....	63
6.8.	Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario.....	64
6.9.	Tasa de reingresos posteriores a cirugía ambulatoria a 30 días.....	65
6.10.	Septicemia postquirúrgica.....	66
6.11.	Tasa de partos por cesárea.....	66
7.	Indicadores de centros de fertilidad.....	68
8.	Indicadores de centros de diálisis.....	72
8.1.	Tasa bruta de mortalidad.....	73
8.2.	Porcentaje de pacientes con KT/V objetivo.....	74
8.3.	Porcentaje de pacientes con albúmina mayor de 3,5 gr/dL.....	75
8.4.	Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga.....	76
9.	Conclusiones.....	78
10.	Anexos.....	80
10.1.	Proceso de selección y definición de indicadores.....	81
10.2.	Fichas de los indicadores.....	81
10.3.	Especificaciones metodológicas.....	97
10.3.1.	Recolección de la información.....	97
10.3.2.	Período de referencia.....	98
10.3.3.	Políticas de confidencialidad de la información.....	98
10.3.4.	CMBD.....	98
10.3.5.	Actividad de urgencias.....	99
10.3.6.	Consultas externas.....	99
10.3.7.	Pruebas complementarias.....	100
10.3.8.	Pruebas de laboratorio.....	100
10.3.9.	Cáncer.....	101
10.3.10.	Auditorías y certificaciones.....	101
10.3.11.	Seguridad del paciente.....	102
10.3.12.	Ratio de intervenciones de cirugía segura (Check-list quirúrgico).....	103
10.3.13.	Reproducción asistida.....	103
10.3.14.	Hemodiálisis.....	103
10.4.	Relación de participantes.....	104
10.4.1.	Centros hospitalarios y clínicas.....	104
10.4.2.	Centros ambulatorios.....	110
10.4.3.	Información de la Sociedad Española de Fertilidad.....	116
10.4.4.	Comité de Expertos.....	116
10.4.5.	Responsables (IDIS y Antares Consulting).....	116

PRESENTACIÓN

RESULTADOS DE SALUD SÍ, PERO RESULTADOS SANITARIOS TAMBIÉN

Andamos en los albores del siglo XXI, un periodo de tiempo en el que la información no solo es accesible, sino que involuntariamente la recibimos a través de múltiples herramientas y plataformas. Tal es así que algunos eruditos han bautizado a nuestro tiempo no ya como la era digital que, por supuesto lo es, sino que la determinan con una de sus consecuencias: la de la información, donde la microelectrónica, la informática y las telecomunicaciones son las claves sobre las que se asientan las nuevas plataformas de comunicación.

Dentro de este marco informativo de referencia, el desarrollo del ser humano ha ido parejo con el incremento del grado de acceso al conocimiento, fundamentalmente debido a la accesibilidad y versatilidad que ofrecen las diferentes herramientas tecnológicas denominadas TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación). Esto conlleva un incremento en la capacidad de discernimiento a la hora de elegir y por lo tanto de ejercer la libertad como individuo.

Sin información es muy complejo, por no decir que imposible, desarrollar un derecho que nos es consustancial a los seres humanos en las sociedades desarrolladas y democráticas: el derecho a la libre elección. De hecho, la mejor forma de mantener cautiva a una población es cercenando su acceso a los datos y determinando su direccionamiento hacia entornos en los que la transparencia y el rigor son cuando menos discutibles.

Si este silogismo lo trasladamos al terreno de la salud y de la sanidad, no cabe ninguna duda de que para que exista una mejora continua de la calidad, de las competencias de los profesionales, de la dotación científica y tecnológica y de la innovación en su más amplio y estricto sentido, en todos nuestros centros públicos y privados, es fundamental que el ciudadano disponga de capacidad de elegir centro, servicio y profesional que le atienda. Es más, este derecho que nos asiste a todos y que queda reflejado en la normativa vigente ha de estar sustentado en la puesta a disposición de los resultados sanitarios y de salud de una forma accesible, abierta y transparente.

Es evidente que disponemos de un buen sistema sanitario en su conjunto y, dentro de él, de un buen sistema público de salud en cuanto a coberturas y prestaciones. Un entorno público que a pesar de sus bondades adolece de ciertas mejoras que precisa acometer con urgencia, entre ellas la de la transparencia en lo relativo a la publicación sistemática de sus resultados de salud y de sus resultados sanitarios una vez que tan solo alguna Comunidad Autónoma los elabora periódicamente y los pone a disposición de sus ciudadanos. Esta carencia, por sí misma, genera sin duda una diferencia ostensible con los sistemas y modelos más avanzados del mundo en materia de salud y sanidad.

La constatación de esta tendencia progresiva hacia una mejora de la transparencia ha costado un esfuerzo ímprobo por parte de todos los que desde los albores de la sanidad moderna en nuestro país supieron ver el futuro y determinarlo en base a su propia experiencia, sus convicciones y su capacidad de aportar lo mejor de sí mismos al fin supremo social que no es otro que el del bien común. Anteponer la capacidad y la libertad de elección del ciudadano a otras circunstancias para que pueda gestionar de una forma corresponsable su propia salud es clave.

A lo largo de los últimos cincuenta años nuestro sistema ha ido pasando por una serie de vicisitudes que, en muchos casos, han sido consecutivas al devenir de nuestra sociedad. De hecho, desarrollo social, sanidad y salud van estrechamente unidas, discurren de la mano, son caras de la misma moneda.

Hemos pasado de una medicina tutelada, del "autóritas" ejercido por el profesional con una actitud delegada y pasiva por parte del paciente a una forma de ejercer la profesión y por lo tanto la relación médico-paciente más participativa y colaborativa. Así el profesional y el propio individuo han de encontrarse emocionalmente, gestionar conjuntamente su propia salud y hacerlo además de una forma lo más individualizada posible teniendo en cuenta que cada persona es única en sí misma y por lo

tanto lo es también en la forma de afrontar su enfermedad, no habiendo recetas uniformes que puedan servir para todos.

Sin ambages y en este marco evolutivo social en el que la libertad de elección se ha de ir imponiendo, en buena medida sustentada en el acceso a la información y en la corresponsabilidad en la gestión de la propia salud, es cuando se hace indispensable que cada cual afronte su responsabilidad y muestre de forma periódica toda la información que compete a los resultados sanitarios y de salud que obtiene, a la forma de gestionarlos y mejorarlos. Todos estos aspectos influyen directamente en el proceso de toma de decisiones.

Para la Fundación IDIS, desde su constitución, una de las preocupaciones más relevantes ha sido cómo impulsar y mejorar la relevancia del paciente y del profesional en el propio sistema, y esto lo ha hecho como dicen sus principios fundacionales, mediante la aportación de datos al estudio y análisis sosegados. Prueba de ello son los numerosos informes que viene publicando desde entonces, y mediante el impulso de la calidad y la seguridad en los centros públicos y privados como elemento esencial de diferenciación, competitividad y excelencia.

Dentro de todos los desarrollos acometidos en este tiempo destacan dos, el primero y sin orden de prelación el de la publicación de este informe RESA de resultados de salud que ha ido mejorando progresivamente a lo largo de los años con la incorporación de nuevos indicadores y centros; y el segundo la creación de la acreditación QH (Quality Healthcare), que reconoce el esfuerzo realizado en la compleja y procelosa senda de la calidad asistencial tomando como denominador común en un solo indicador sintético las certificaciones más prestigiosas implantadas en el sector sanitario.

Con esta nueva edición del informe RESA pretendemos ya no solo poner de manifiesto las constantes vitales del sector sanitario de titularidad privada en nuestro país, sino que nos gustaría que fuera el detonante

de próximos análisis que permitieran la comparación en su más amplio sentido, no solo de entornos de titularidad a nivel de España sino incluso de fuera de nuestras fronteras. De hecho, hemos constituido el Observatorio de Resultados de Salud de la Fundación IDIS, un entorno de información abierta y transparente en el que ciudadanos y profesionales van a poder encontrar la información que precisen para la toma de decisiones.

El ámbito de la calidad asistencial y el de los resultados de salud, que son su parte esencial, precisan de un liderazgo transformador que impulse su publicación y su utilización para la toma de decisiones sustentadas en datos y en información accesible, transparente y fiable. La Fundación IDIS, como representante cualificado del sector del emprendimiento privado en sanidad, aceptó este reto en su momento, lo hizo suyo pretendiendo contribuir a mejorar el sistema sanitario en su conjunto, tanto en su vertiente pública como en su vertiente privada. De esta manera, se están derribando muros y borrando fronteras virtuales que no hacen sino cercenar y menoscabar el derecho que todos los ciudadanos hemos de tener a elegir libremente dónde, cuándo y por quién queremos ser tratados en aras a una mayor equidad y capacidad de acceso.

Una sanidad de titularidad pública de excelencia, al igual que una sanidad privada con la misma consideración, son los mimbres y las palancas que pueden hacer de España un país que siga siendo referente en el futuro dentro del marco de la salud y la sanidad en el concierto de las naciones más destacadas en este ámbito. Es la única forma de que entre todos seamos capaces de aportar viabilidad, sostenibilidad y solvencia económica, científica y asistencial a nuestro sistema sanitario y sociosanitario, siempre en beneficio de una sociedad que lo merece y demanda de forma constante.

Juan Abarca Cidón

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

RESUMEN EJECUTIVO

Con el Estudio RESA 2019, la sanidad privada española vuelve a presentar por octavo año consecutivo los resultados de sus exigentes políticas de calidad dirigidas a garantizar la accesibilidad, la resolutivez, la eficiencia y los buenos resultados.

525 hospitales y centros sanitarios privados aportan este año, de forma voluntaria, sus datos para contribuir a un ejercicio de transparencia poco frecuente. 325 de ellos han participado suministrando datos para el Estudio RESA 2019, y 200 centros de fertilidad han aportado su información a través del estudio de la Sociedad Española de Fertilidad.

Esta amplia participación, que se ha repetido un año tras otro, permite realizar uno de los estudios sobre indicadores de calidad de la sanidad más importantes del país. El estudio se basa en los datos de más de:

- 1,3 millones de altas hospitalarias.
- 2,8 millones de consultas externas.
- 4,5 millones de visitas de urgencias hospitalarias.
- 850.000 intervenciones quirúrgicas.
- 44.000 partos.
- 355.000 mamografías, 849.000 Resonancias magnéticas y 537.000 TAC.
- 87.500 ciclos de tratamientos de fertilidad.
- Casi 9.000 pacientes en hemodiálisis.

Por poner una referencia, estos volúmenes son comparables a los de la actividad sanitaria de las mayores comunidades autónomas de España como Andalucía, Cataluña o Madrid y superiores a los de las comunidades autónomas medianas y pequeñas.

En conjunto, la actividad recogida en el informe RESA constituye:

- El 71% de la actividad privada de altas de hospitalización y el 23% del total de altas de los hospitales públicos y privados del país.
- El 44,3% de las urgencias privadas y el 15,4% de las totales de España.
- El 39,1% de las intervenciones quirúrgicas privadas y el 16,5% de las totales.

Estos grandes volúmenes garantizan una amplia representatividad de la actividad privada en todas sus vertientes y además permiten comparar los resultados con otros observatorios que publican indicadores de calidad de los centros sanitarios.

En esta línea, hemos de señalar algunas novedades:

- A la tradicional publicación de resultados del sistema público de las comunidades autónomas de Madrid y Cataluña, se suma ahora la creación del portal público de la Región de Murcia que amplía el número de organizaciones con las que comparar indicadores similares.
- La inclusión de indicadores EIQI permite comparar, ajustando por casuística, resultados con más de 400 hospitales de Austria Suiza y Alemania.

Se presentan este año 50 indicadores que, contando con la desagregación en varios de ellos, suponen en realidad 72 indicadores, 5 más que el año anterior. Esta amplia batería cubre los aspectos de eficiencia, accesibilidad, resolutivez y resultados del proceso e incluye los campos de hospitalización, quirúrgico, obstétrico, de urgencias, de consulta externa y de servicios diagnósticos, así como también servicios muy especializados como la fertilización *in vitro* o la hemodiálisis. Obtenemos con ello un amplio panorama del funcionamiento del sector hospitalario privado en España.

Aunque la comparación directa de indicadores debe ser tomada con la máxima prudencia por las diferencias en la casuística y las posibles variaciones propias del cálculo de indicadores complejos, observamos, año tras año, cómo la sanidad privada presenta indicadores que son plenamente comparables con los mejores sistemas sanitarios:

- 1.** La sanidad privada española es un sistema muy eficiente. La eficiencia en la gestión de recursos es un valor que se le reconoce tradicionalmente a la sanidad privada y que se evidencia con los datos presentados en el Estudio RESA 2019:
 - a.** Una estancia media de 3,57 días, cuando la media del conjunto de España era de 6,9 días en 2017.
 - b.** Una estancia media prequirúrgica de 0,31 días respecto a una media nacional de 1,7 días.

- c.** Una proporción de intervenciones ambulatorias del 55,4% respecto a un 43,3% del conjunto del sistema sanitario español.

2. La sanidad privada es un sistema muy accesible. Este es otro de los valores que se le reconoce generalmente. Un amplio abanico de indicadores del Estudio RESA han venido a confirmarlo de forma sostenida a lo largo de estos ocho años:

- a.** Los tiempos de espera para citación de especialistas están, en las especialidades más utilizadas, en torno a las dos semanas de forma repetida:

- Con los datos del año 2018, unos promedios de espera de 12 días para ginecología, 11 para traumatología, 14 para dermatología o 11 para oftalmología muestran una gran accesibilidad del sistema para los usuarios.

- Estos tiempos se han mantenido en los últimos cinco años entre los 8 y los 18 días y se mantienen también, con escasas variaciones, a lo largo de los diferentes períodos del año.

- b.** El mismo perfil de accesibilidad se produce para la realización de pruebas complementarias:

- Las principales exploraciones de diagnóstico por la imagen oscilan en un tiempo medio de citación de entre 6,25 días para el TAC y 10,91 para mamografía.

- La entrega del informe de pruebas oscila en promedios de 2,34 mamografía a 3,29 días resonancia magnética.

- Se añade este año el análisis piloto de las pruebas de laboratorio con un resultado de tiempo para la citación de 0,33 días para Bioquímica y Hematología y 0,98 para Genética, Microbiología e Inmunología. También en este caso, los tiempos promedio de entrega de informe son mínimos, con 0,99 días para Bioquímica y Hematología y 2,18 para analíticas con un procesamiento más lento de muchas pruebas, como son las de Microbiología, Inmunología y Genética.

- c. En el caso de urgencias, el tiempo medio entre el acceso del paciente y la atención médica se sigue manteniendo en menos de 30 minutos (28,8 minutos en este año). Dentro de este proceso, el tiempo para la atención en *triage* se mantiene también por debajo de los 10 minutos.
 - d. La espera media para intervenciones quirúrgicas también destaca por su rapidez: 30,47 días este año habiéndose mantenido en estos parámetros en los últimos 4 años.
 - e. La accesibilidad en tiempo es más importante cuanto mayor es la severidad y las posibles consecuencias de la enfermedad. Así es de especial interés ver como en los casos de cáncer (de mama, colon y pulmón), el tiempo medio entre el establecimiento del diagnóstico y el inicio del tratamiento está entorno a 2 semanas.
3. La sanidad privada es un sistema altamente resolutivo:
- a. Los valores de los indicadores de tasas de retorno a urgencias a las 72 horas por el mismo diagnóstico (3,7% de los pacientes) o de reingreso en hospitalización a los 30 días del alta (4,9%) o de reingreso por causas quirúrgicas a los 7 días (1,1%) se mantienen claramente por debajo de los datos conocidos de otras organizaciones sanitarias españolas o internacionales.
 - b. Las tasas de reingreso en hospitalización por patologías específicas (EPOC 9,4% e Insuficiencia Cardíaca 8,1%) se mantienen también claramente por debajo de las habituales en otros observatorios que publican este tipo de resultados.
4. Los centros sanitarios privados se encuentran altamente **comprometidos en la implantación de políticas rigurosas de calidad** asistencial:
- a. La certificación o acreditación de sus servicios con los estándares más exigentes es un hecho generalizado: entre el 74% y el 98% de las diferentes áreas hospitalarias disponen de estas acreditaciones o certificaciones de calidad y esta proporción ha venido aumentando progresivamente desde los primeros años del Estudio RESA.
 - b. El nivel de implantación de las políticas más importantes de seguridad del paciente es asimismo muy elevado: 97% para la higiene de manos, 89% para las UPP, 81% para los problemas relacionados con la medicación, 82% para notificación de eventos adversos o 97% para el protocolo de cirugía segura.
5. La sanidad privada presenta resultados comparables a los de los mejores sistemas sanitarios:
- a. La comparación de indicadores de supervivencia de pacientes en enfermedades severas (supervivencia a las 48 horas y al alta en Infarto Agudo de Miocardio, supervivencia en Insuficiencia Cardíaca, Septicemia Postquirúrgica y otros indicadores que miden las complicaciones que se presentan en atención hospitalaria) muestra unos resultados similares o mejores que los de otros sistemas que publican datos no solo en nuestro país sino también en el ámbito internacional.
 - b. Algunos indicadores que están relacionados con la agilidad en el proceso asistencial muestran excelentes resultados como el de intervenciones por fractura de cadera realizadas dentro de las 48 primeras horas, que con un 85% constituye un excelente resultado.

6. Estos resultados no sólo se dan en los aspectos más genéricos de la atención sanitaria sino también en segmentos muy especializados:

a. Los centros de reproducción asistida muestran unos resultados comparables con los mejores estándares internacionales en todas sus técnicas.

b. Los centros de hemodiálisis proporcionan también resultados de indicadores por encima de los estándares que fijan las sociedades profesionales.

En resumen, consideramos que el Estudio RESA 2019 vuelve a mostrar:

- En primer lugar, el compromiso sostenido con la transparencia de la sanidad privada al presentar, cada año, sus datos para el análisis. La excelente participación conseguida, que es totalmente voluntaria, muestra el interés de los centros participantes en compartir y mostrar públicamente su información.
- En segundo lugar, unos excelentes resultados comparables con los de otras organizaciones españolas e internacionales.

- Una clara estabilidad en el tiempo de estos resultados. El mantenimiento en prácticamente todos los indicadores, de similares resultados durante los ocho años del estudio demuestra que no se trata de hallazgos casuales sino de un elemento estructural.

Sin duda estos resultados están relacionados con el importante nivel de implantación de las políticas de calidad que vemos en los indicadores de acreditaciones y certificaciones y de seguridad del paciente. Los centros sanitarios privados están claramente comprometidos con la calidad y este hecho se visualiza en unos resultados excelentes y en línea o incluso mejores que los de otras organizaciones sanitarias excelentes tanto de España como de nuestro entorno geográfico internacional.



01 OBJETIVOS DEL ESTUDIO



Hace ya ocho años que el Estudio RESA inició su andadura con el objetivo de mostrar a la sociedad los resultados de la sanidad privada. A lo largo de estos años se han ido incorporando al estudio un conjunto de indicadores de accesibilidad, de eficiencia, de resultados (*outcomes*) y de actividad de un sector que representa alrededor de una cuarta parte de la actividad de la sanidad española.

Este año, el Estudio RESA se planteaba como objetivos:

1. Consolidar la elevadísima participación alcanzada en las últimas ediciones. El objetivo incluía tanto mantener el elevado volumen de centros, como mantener o incrementar el volumen de datos suministrados por los participantes. En especial, se planteó incrementar la participación en el suministro de aquellos indicadores más complejos de obtener: indicadores de accesibilidad en el tratamiento del cáncer e indicadores del proceso quirúrgico como las demoras o el *check-list* de calidad.

2. Aumentar la comparabilidad de los indicadores, especialmente en el ámbito internacional mediante la incorporación al análisis de los indicadores EIQI utilizados en varios países europeos. Por segundo año, se han analizado estos indicadores EIQI, que se suman a los ya estudiados en el ejercicio anterior lo que permite disponer de indicadores con ajuste por casuística permitiendo comparar mejor los resultados, eliminando las diferencias de complejidad de los centros.

3. Incrementar la visibilidad y utilidad de los resultados del estudio mediante un portal que permite un fácil acceso de todos los usuarios a los datos del informe, ofreciendo además a los centros participantes la posibilidad de consultar su posición respecto a la media del estudio:
www.fundacionidis.com/observatorioRESA

2.1. Datos utilizados

Los datos utilizados proceden de dos fuentes:

- Bases de datos que se recopilan específicamente todos los años para el Estudio RESA y sobre las cuales se calculan los indicadores del estudio.
 - Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) de los centros participantes, tanto para el alta hospitalaria como para Cirugía Mayor Ambulatoria.
 - Base de datos de actividad quirúrgica que incluye información adicional sobre tiempos de demora y realización del *check-list*.
 - Base de datos de exploraciones de diagnóstico por la imagen.
 - Base de datos de laboratorios de diagnóstico *in vitro*, que se recoge este año por primera vez con carácter piloto.
 - Base de datos de consultas externas de cuatro de las especialidades con mayor actividad en el sector privado (Oftalmología, Dermatología, Traumatología y Ginecología y Obstetricia).
 - Base de datos de urgencias.

- Base de datos de cáncer (pulmón, colon y mama).
- Certificaciones y acreditaciones en activo de los centros.
- Información cualitativa sobre programas de seguridad del paciente.
- Base de datos de hemodiálisis.
- Indicadores aportados por la Sociedad Española de Fertilidad sobre los centros privados de Fertilización *in vitro*.

De esta manera, tanto por el amplio espectro de los temas incluidos como por los grandes volúmenes de información conseguidos, las bases de datos del Estudio RESA constituyen una amplísima fuente de información sobre la sanidad privada en España, suponiendo un hito histórico de transparencia ante la sociedad.

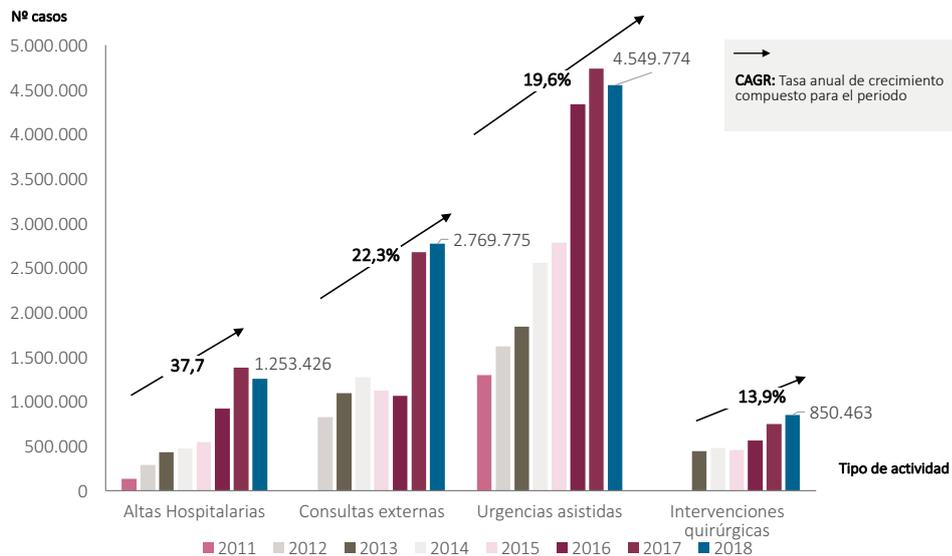
El estudio se realiza este año sobre datos de los hospitales y centros ambulatorios privados referidos a 2018, excepto en el caso de los indicadores de resultados de unidades de fertilidad, en que se utiliza el año anterior, para permitir la valoración de nacimientos conseguidos.

2.2. Bases de datos

Como en años anteriores, el informe RESA concentra unas bases de datos de gran volumen del sector privado:

FIGURA 1

EVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN APORTADA EN EL ESTUDIO RESA EN LOS AÑOS 2011-2018.



Los volúmenes de participación en las bases de datos más significativas del informe RESA hablan por sí mismos:

- 1,3 millones altas hospitalarias
- 2,8 millones de consultas externas
- 4,5 millones de visitas a servicios de urgencias hospitalarias
- 850.000 intervenciones quirúrgicas.

Para valorar la representatividad de esto datos, se ha comparado con los datos oficiales disponibles en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) del Ministerio de Sanidad. Estos datos están disponibles para 2017 (*Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Sistema de Información de Atención Especializada Consultado en julio 2019*). Pero aun considerando el decalaje de un año, se constata la representatividad de la información utilizada.

Respecto a la actividad de la atención privada en España:

- El volumen de altas incluidas en el Estudio RESA representa un 71% del conjunto del sector privado en los datos oficiales del Ministerio de Sanidad, ello implica que el Estudio RESA incluye prácticamente la gran mayoría de la hospitalización del sector privado.
- El número de consultas externas analizado representa un 9,3% de la actividad privada en España. Teniendo en cuenta que el Estudio RESA solo analiza datos de cuatro especialidades (Dermatología, Traumatología, Obstetricia y Ginecología, y Oftalmología), esta cuota implica una participación masiva.
- El volumen de urgencias del Estudio RESA supone el 44% de la actividad privada hospitalaria.
- Las intervenciones quirúrgicas analizadas en RESA representan el 39,1% de la actividad del sector privado.

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

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

- La hospitalización incluida en RESA constituye el 23,5% del total de actividad de los hospitales, públicos y privados españoles.

- Las consultas externas analizadas de cuatro especialidades son casi el 3% del total nacional de consultas.
- Las urgencias asistidas suponen el 15,4% del total de urgencias hospitalarias del país.
- Las intervenciones quirúrgicas son el 16,5% de la actividad total.

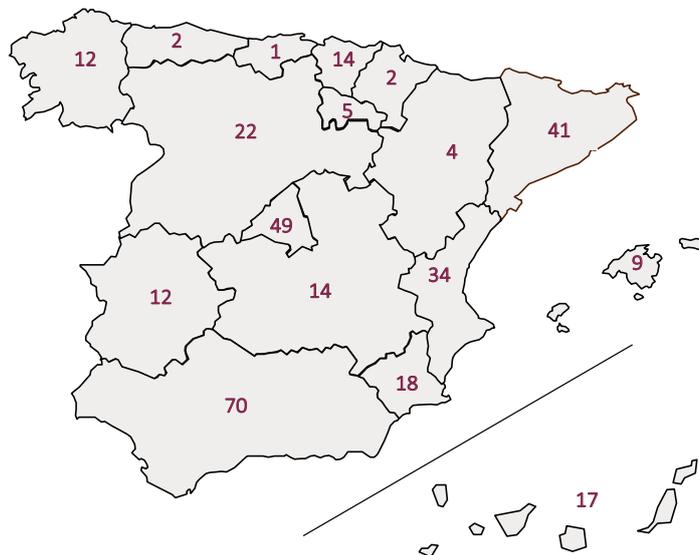
El Estudio RESA, se ha consolidado, por tanto, por su indiscutible representatividad del sector privado, como una de las fuentes de información más significativas de la actividad sanitaria nacional.

2.3. Cobertura territorial

El Estudio RESA vuelve a incluir este año datos de hospitales y centros sanitarios de todas las comunidades autónomas, con un importante volumen de centros en las comunidades más grandes, así como también un número muy significativo en las comunidades autónomas con menor población.

FIGURA 2

REPRESENTACIÓN DEL NÚMERO DE CENTROS SANITARIOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO RESA 2019 POR COMUNIDAD AUTÓNOMA



El mapa de distribución muestra como el Estudio RESA cubre el conjunto del territorio nacional y también la distribución de centros es muy representativa de las comunidades autónomas con más población, al participar grandes volúmenes de centros en las comunidades más pobladas (Andalucía, Madrid, Cataluña, Valencia...) y también un número importante en comunidades medianas y pequeñas, bastante proporcionado a su población.

2.4. Centros participantes

El Estudio RESA 2019 se mantiene en más de 500 centros sanitarios privados (525). De ellos, 325 participan directamente en la aportación de información y 200 centros de fertilidad a través de la información suministrada por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF).

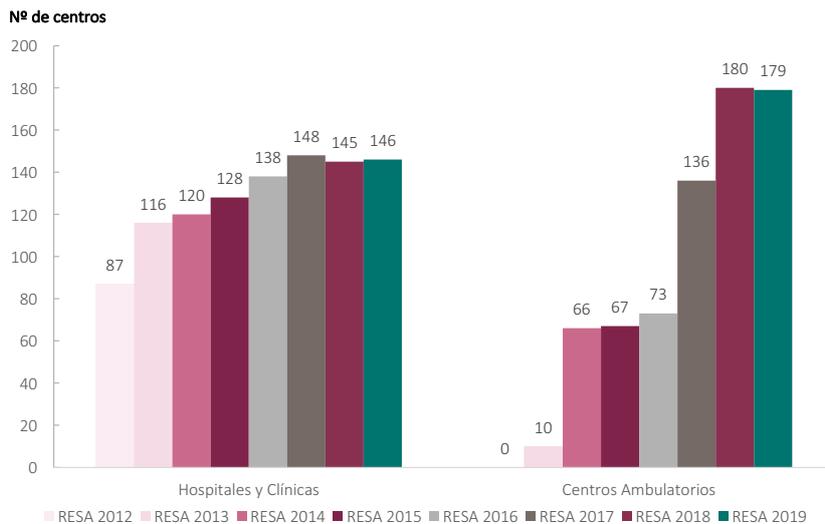
Este año, cuatro hospitales han dejado de participar, pero se han incorporado otros cinco, en cambio ha disminuido en 1 el número de centros ambulatorios. La Sociedad Española de Fertilidad aporta esta vez cuatro centros privados más que el año pasado.

FIGURA 3 NÚMERO DE CENTROS SANITARIOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO RESA 2019

		2017	2018	Diferencia participantes	Variación participación (%)
Estudio RESA	Centros Hospitalarios	145	146	1	0,7%
	Centros Ambulatorios	180	179	-1	-0,6%
	TOTAL	325	325	0	0%
Sociedad Española de Fertilidad (SEF)	Centros reproducción asistida	186	200	14	7,0%

Nota: Los centros de reproducción asistida ambulatorios, aunque incluidos en el estudio de indicadores, no se encuentran en el total porque los datos figuraban agregados y no se han podido identificar individualmente.

FIGURA 4 EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE CENTROS EN EL ESTUDIO RESA 2019 VS 2012



Como se puede observar, la participación de hospitales está estabilizada en cerca de 150 y la participación de centros ambulatorios, que aún creció significativamente el año pasado, parece con tendencia a estabilizarse. Se ha alcanzado una altísima representación del sector privado que parece ya muy consolidada.

2.5. Proceso de selección de indicadores

El Estudio RESA pretende dotar de la máxima transparencia a la sanidad privada respecto a sus resultados de calidad y seguridad del paciente. Asimismo, pretende permitir comparar los resultados con las fuentes de datos públicas de otros observatorios.

En años anteriores se introdujeron indicadores que permitían comparaciones con los observatorios de resultados públicos en España (comunidades de Cataluña, Madrid y Murcia) y con bases de datos internacionales.

Este año, el Grupo de Trabajo del Estudio RESA revisó una vez más los indicadores con el objetivo de aumentar la comparabilidad de los resultados. De esta revisión se decidió:

- a) Mantener la incorporación de **indicadores de calidad EIQI, procedentes de la IQM (Initiative Qualitätsmedizin)** alemana, en la que participan más de 400 hospitales públicos y privados de Alemania, Suiza y Austria.

Se han incorporado por tanto a este informe los siguientes indicadores en estos dos años:

1. **Porcentaje de cirugía laparoscópica en colecistectomía para cálculo biliar**
2. **Tasa de mortalidad por neumonía no complicada**
3. **Tasa de mortalidad por fractura de cadera de cuello de fémur**
4. **Tasa de mortalidad por fractura de cadera pertrocantérea**
5. **Infarto agudo de miocardio transmural (edad>19), mortalidad intrahospitalaria**
6. **Infarto agudo de miocardio no transmural (edad>19), mortalidad intrahospitalaria**
7. **Hemorragia subaracnoidea, mortalidad intrahospitalaria.**

- b) Se mantiene también este año el indicador de **tasa de cesáreas**, con el objeto de monitorizar un indicador que se considera generalmente bastante elevado en la práctica privada.
- c) Se incorporan este año como estudio piloto indicadores de demora en la citación y tiempo de entrega de resultados de diagnóstico *in vitro*.
- d) Se han mantenido el resto de indicadores del Estudio RESA de años anteriores, así como la aportación de la información sobre indicadores de fertilidad *in vitro* por parte de la Sociedad Española de Fertilidad.

Estas incorporaciones implican que el Estudio RESA cuente ya con 50 indicadores generales que se desagregan en realidad en 72 indicadores, ya que varios de éstos incluyen otros más específicos por determinadas áreas, especialidades, etc.

Los indicadores que constituyen el Estudio RESA 2019 son los que se detallan en la siguiente tabla (con fondo azul los indicadores incorporados este año):

FIGURA 5 LISTADO INDICADORES INCLUIDOS

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

Prácticamente todos son indicadores cuantitativos elaborados sobre bases de datos de pacientes que entregan los hospitales. Sólo hay 13 de los 72 indicadores que tienen carácter cualitativo para medir, mediante criterios homogéneos, la documentación presentada sobre acreditación de los centros y servicios y sobre políticas de seguridad del paciente.

2.6. Recopilación y procesamiento de los indicadores

Los indicadores han sido recogidos mediante las bases de datos de pacientes antes comentadas. La recogida se realizó mediante bases de datos estandarizadas, anonimizadas y no trazables a nivel de paciente para todos los datos cuantitativos.

Este año, los datos del CMBD de alta hospitalaria, que es la base de una gran parte de los indicadores, fueron recogidos mediante la recopilación directa de la base de datos del CMBD en lugar de una base de datos *ad hoc*. Ello debe contribuir a mejorar la calidad de los datos, así como a facilitar la recogida.

La información necesaria para construir los indicadores cualitativos de acreditación y certificación y seguridad del paciente fue recogida mediante el suministro de copias de documentos de información relativa a cada indicador.

El cumplimiento de las condiciones estándar de la información genera que se rechacen en muchos casos registros en situación dudosa por lo que, en algunos indicadores, pueden existir diferencias numéricas en los denominadores utilizados con los datos de la información total recogida.

Los resultados del estudio presentan siempre el número de casos con el que se ha trabajado. En los gráficos se muestra el valor del conjunto del sector y la desviación estándar de los valores individuales de los centros.

03 EFICIENCIA



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

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

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

3.1. Estancia media ajustada por casuística

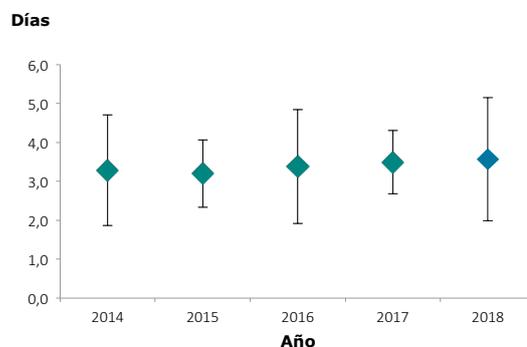
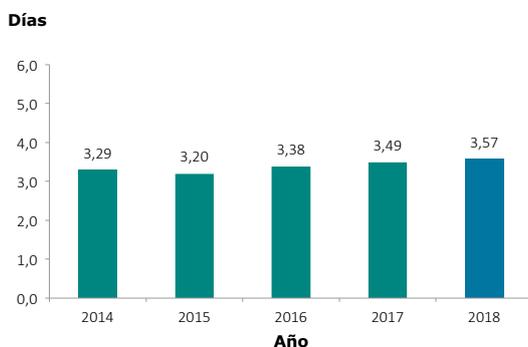
La estancia media ajustada por casuística mide el número de días promedio que los pacientes se encuentran atendidos dentro del ámbito del centro hospitalario (eliminados los casos extremos u "outliers"). El ajuste por casuística se realiza mediante la clasificación de pacientes en Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) para asegurar que las diferencias no se deben a que el tipo de pacientes que trata cada hospital es diferente. Es decir, se calcula para cada hospital la estancia media que resultaría si todos los centros tuviesen una composición idéntica de pacientes. En nuestro caso, la participación de centros hospitalarios puede cambiar cada año, por lo que se mantiene la norma de comparación original del primer año para permitir que el resultado sea comparable.

Este año, con un valor promedio de 3,57 días se mantiene un excelente resultado.

En cualquier caso, la comparación con otros sistemas que publican este indicador es muy positiva. Los observatorios del Sistema Nacional de Salud, y de las Comunidades Autónomas de Madrid, Cataluña y Murcia ofrecen valores para este indicador, en los últimos datos publicados, de 6,9; 5,6; 5,9 y 6,5 días respectivamente. Aunque no son directamente comparables dado que la casuística de pacientes es diferente en cada estudio, es evidente que la eficiencia que se atribuye a la sanidad privada es claramente visible en estos datos.

INDICADOR 1

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR CASUÍSTICA (2018, %)
 NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS 2017: 750.743; 2018: 738.690
 VARIACIÓN 2018/2017: -1,6%



3.2. Estancia media pre-quirúrgica

Este indicador mide, en los pacientes ingresados para un procedimiento quirúrgico mayor, el tiempo entre el ingreso y la intervención quirúrgica.

El valor obtenido este año, de 0,31 días, se mantiene en el rango inferior al de años anteriores, manteniéndose plenamente en línea con el conjunto de la serie. Se trata por tanto de un indicador muy estable.

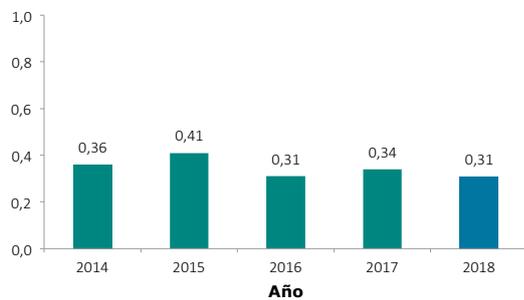
Este resultado implica que el paciente, lejos del clásico ingreso del día anterior, para la mayoría de las intervenciones quirúrgicas lo hace en el mismo día, entre 3 y 12 horas antes de la misma, lo que evita estancias innecesarias y riesgos adicionales para el paciente.

El resultado confirma pues la eficiencia del sistema de atención privada que veíamos en el indicador anterior. Como elemento de comparación, los últimos datos publicados del Sistema Nacional de Salud daban un resultado de 1,7 días para el conjunto de la sanidad española.

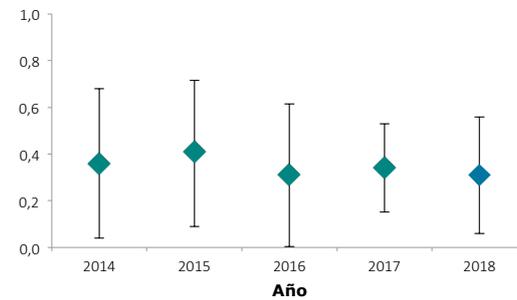
INDICADOR 2

ESTANCIA MEDIA PRE-QUIRÚRGICA (2018, %)
 NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS 2017: 531.529; 2018: 537.819
 VARIACIÓN 2018/2017: 1,2%

Días



Días



3.3. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias

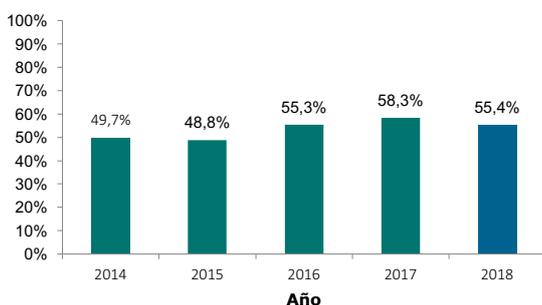
Los resultados obtenidos muestran una ratio del 55,4% de intervenciones ambulatorias, algo menor que el del año anterior y prácticamente igual al de 2016.

Los resultados los analizamos como muy buenos, sobre todo teniendo en cuenta que un gran número de cirugías en la práctica privada se realizan por la tarde, lo que ocasiona en muchos casos la pernoctación de los pacientes en el centro sanitario.

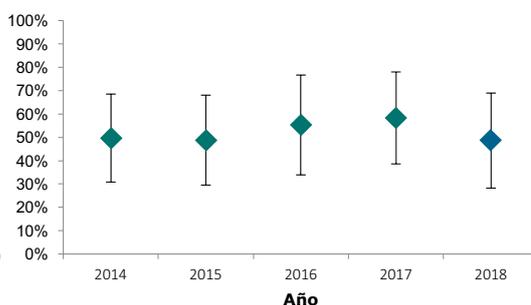
INDICADOR 3

RATIO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS (2018, %)
 NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2017: 792.393; 2018: 732.351
 VARIACIÓN 2018/2017: -7,6%

Porcentaje



Porcentaje



3.4. Porcentaje de cirugía laparoscópica en colecistectomía para cálculo biliar

La laparoscopia en los procesos de escisión de la vesícula biliar como consecuencia de la existencia de cálculos en la misma es actualmente la técnica de elección habiéndose generalizado en los últimos 20 años.

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

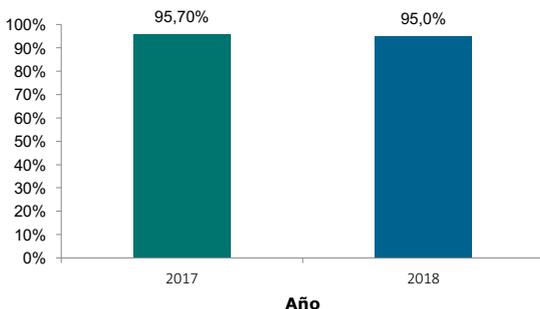
cirugía laparoscópica que permite realizar la intervención con una incisión mínima de piel mediante equipos de endoscopia (laparoscopia).

Este año, los centros que integran IDIS presentan un excelente resultado del 95% casi idéntico al del año anterior. En entornos de hospitales tradicionales los resultados de este indicador se suelen situar alrededor del 80% por lo que podemos considerar que los centros privados en España han sido muy eficaces en la adopción de la innovación.

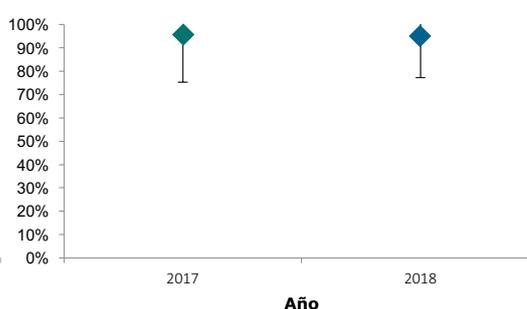
INDICADOR 4

PORCENTAJE DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN COLECISTECTOMÍA PARA CÁLCULO BILIAR (2018, %)
 NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2018: 261

Porcentaje



Porcentaje



04

ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA



La sanidad privada española es reconocida tradicionalmente como de gran accesibilidad, siendo ésta una de las razones clave que motivan a elegir la atención privada.

En ediciones anteriores habíamos presentado datos de tiempos de espera para la atención en diagnóstico por la imagen, consultas externas, urgencias e intervenciones quirúrgicas. Este año con

la incorporación, en forma piloto, de datos de accesibilidad del diagnóstico *in vitro*, aumentamos la cobertura con datos de este componente de valor de la sanidad privada. Se añade este dato por tanto a los ya tradicionalmente presentados.

4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

Si el año pasado se produjo un gran incremento de datos de pruebas complementarias, este año se consolida con incrementos menores, pero no por ello menos importantes de entre el 8% y el 25% del volumen de datos.

Estamos hablando pues de datos como las más de 355.000 mamografías, casi 850.000 resonancias magnéticas y más de 537.000 TAC.

Estos tiempos medios, que incluyen pruebas con cita a conveniencia del paciente, continúan manteniéndose siempre por debajo de las dos semanas, siendo de 10,91 días para la mamografía, 8,17 para la resonancia magnética y 6,25 para el TAC.

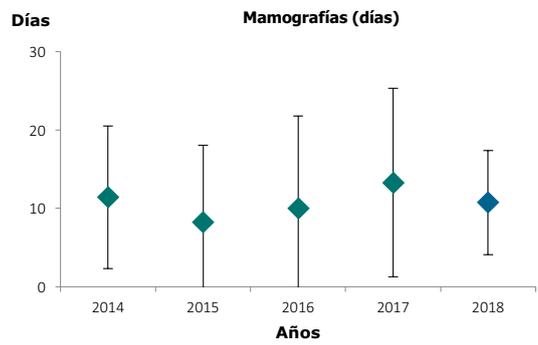
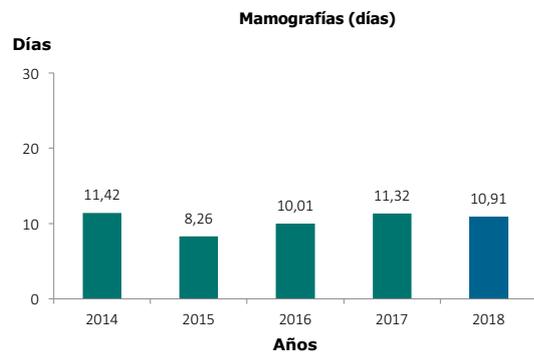
Se mantienen por tanto un año más los excelentes tiempos recogidos en años anteriores.

4.1.1. Mamografías

El tiempo de espera para la mamografía es de 10,91 días, menor que el del año anterior y en línea con los años anteriores.

Se produce una importante disminución de la variabilidad lo que implica una mayor homogeneidad en los resultados de los centros.

INDICADOR 5	TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
INDICADOR 5.1.	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2018, tiempo en días) Número mamografías 2017: 288.513; 2018: 355.454 Variación 2018/2017: 23,2%



En el análisis de detalle de distribución de tiempos se observa que:

- En más de un 30% de los casos la citación es inmediata para el día que se solicita y sólo el 9% superan los 22 días.
- La variabilidad es escasa en la realización de las pruebas por meses, lo que indica una importante flexibilidad para adaptarse a la demanda.

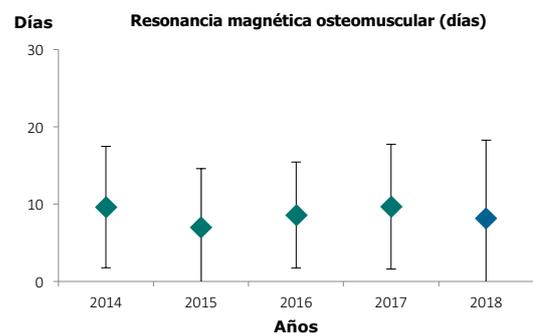
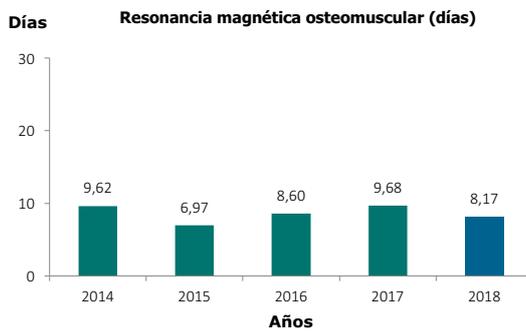
4.1.2. Resonancia Magnética Osteomuscular

La demora en la realización de la Resonancia Magnética Osteoarticular presenta, con 8,17 días, uno de los mejores tiempos de los últimos años y dentro del rango de entre 6 y 9 días de la serie.

En el análisis de detalle de distribución de tiempos se repite la situación de que más de la tercera parte de las resonancias se realizan en el día, y menos del 9% supera los 18 días.

INDICADOR 5.2.

Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2018, tiempo en días)
Número resonancias magnéticas 2017: 715.217; 2018: 849.191
Variación 2018/2017: 18,7%



4.1.3. Tomografía Axial Computerizada

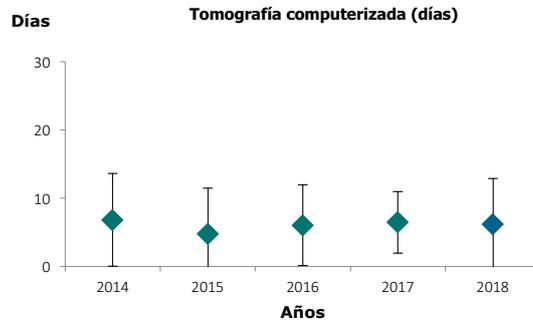
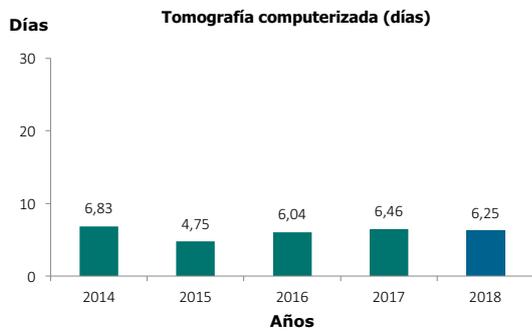
Las demoras para la realización de TAC son de 6,25 días, cifra ligeramente inferior a la del año anterior y en línea con los resultados de los últimos años de la serie.

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

El análisis de distribución sigue mostrando este año una alta concentración en la realización el día que se solicita la exploración con más del 48% de casos realizados en el mismo día.

INDICADOR 5.3.

Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2018, tiempo en días)
 Número tomografías computerizadas 2017: 496.746; 2018: 537.543
 Variación 2018/2017: 8,2%



4.1.4. Pruebas de Laboratorio

En la misma línea que con las pruebas de diagnóstico por la imagen, incorporamos este año un nuevo indicador de tiempo de espera de citación para pruebas de laboratorio.

Este indicador se incorpora como prueba piloto. Muchos centros han presentado dificultades para aportar la información en el plazo requerido por tener el servicio externalizado y requerir la elaboración de los datos gestiones adicionales a las habituales.

Se han obtenido, con la participación de 13 centros, una base de datos de más de 1.200.000 registros (muestras). Esto representa sin duda un volumen muy pequeño de la actividad de diagnóstico *in vitro* realizada en los centros participantes.

De forma orientativa, pues, se presentan los datos de este primer estudio piloto:

Como podemos observar en la gráfica, la citación para pruebas de Bioquímica y Hematología es prácticamente en el mismo día y con casi nula variabilidad entre centros. Estas dos especialidades son las que tienen un mayor nivel de automatización y por tanto las citaciones para extracción de muestras son inmediatas en prácticamente todos los centros.

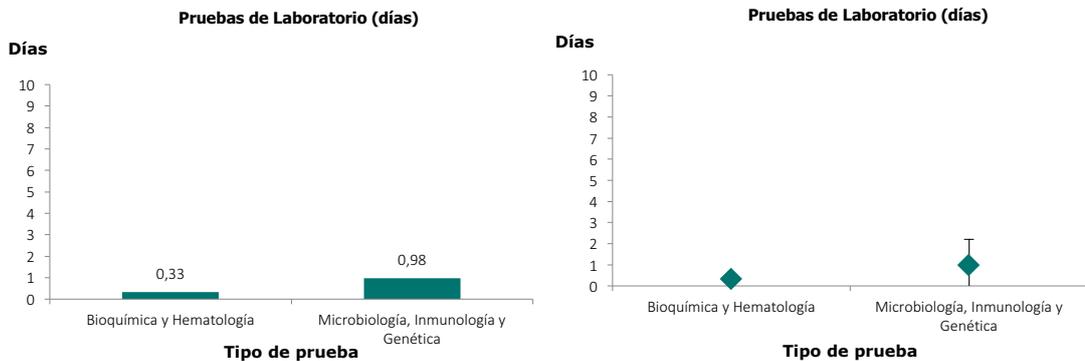
En cambio, para las especialidades de Microbiología, Inmunología y Genética, el promedio de los centros es de cerca de un día y con una variabilidad mayor. Se trata de las especialidades que realizan una parte de sus determinaciones de forma más manual y con técnicas especiales. En estos casos la toma de muestras no se suele realizar todos los días.

INDICADOR 6

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO

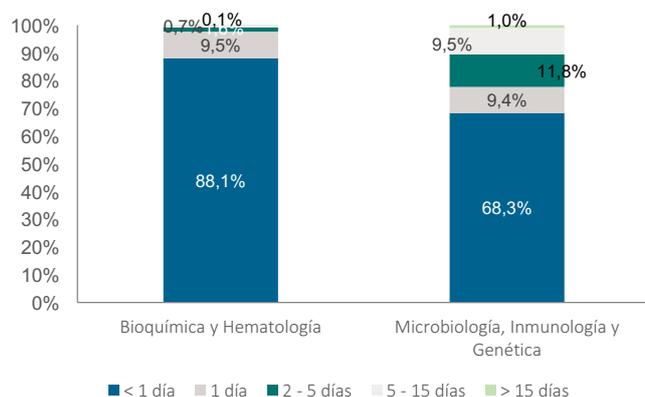
NÚMERO PRUEBAS 2018: 2.134.984

BIOQUÍMICA Y HEMATOLOGÍA: 1.235.073; MICROBIOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y GENÉTICA: 899.911



El análisis más detallado de distribución de estos tiempos muestra claramente como en Hematología y Bioquímica casi todas las citaciones (97,6%) son realizadas en 1 día, mientras que en Microbiología, Inmunología y Genética existe un 22% de pruebas que se citan con más de 2 días.

FIGURA 6 DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO (DÍAS)



4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

Analizamos además un indicador complementario y tan importante como la demora en la citación para medir la accesibilidad: los tiempos de entrega de los resultados de las exploraciones de diagnóstico por la imagen. Medimos aquí el tiempo transcurrido desde la fecha y hora en que se realiza la prueba, hasta que el resultado está disponible para su recogida por el paciente o profesional que la solicitó.

Los resultados de este año muestran una gran continuidad con los de la serie de los últimos cinco años, estando siempre los promedios de los tres tipos de pruebas estudiados por debajo de los 4 días.

4.2.1. Tiempo medio de entrega de informe de mamografía

Los informes de mamografía se entregan en un tiempo medio de 2,34 días, manteniéndose así con discretas oscilaciones cada año.

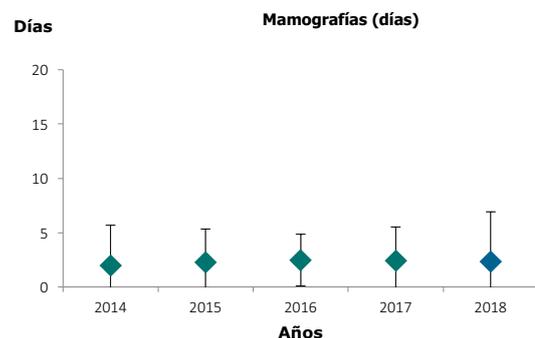
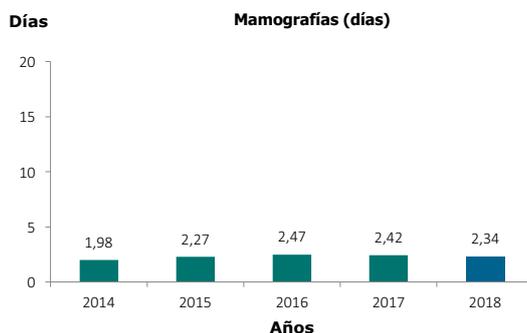
Del análisis de detalle se debe destacar una vez más que el 75% de los informes de mamografía están disponibles para su entrega en menos de 1 día tras su realización, llegando al 90% a los 4, siendo por tanto marginales los casos en los que la disponibilidad del informe supera estos tiempos.

INDICADOR 7

TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

INDICADOR 7.1.

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2018, tiempo en días)
Número mamografías 2017: 288.513; 2018: 355.454
Variación 2018/2017: 23,2%



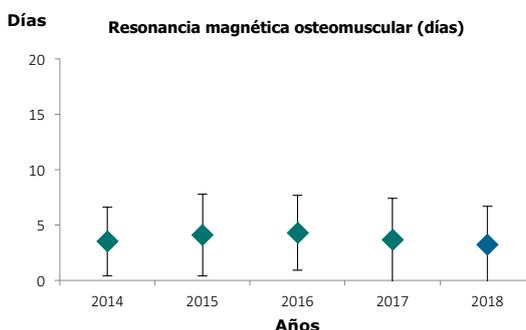
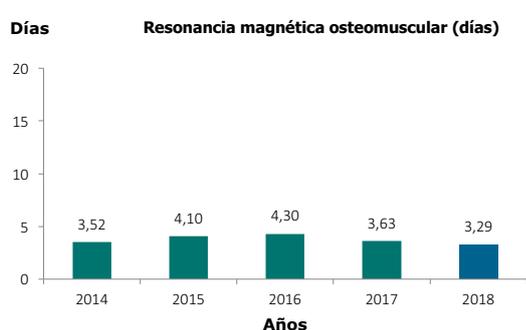
4.2.2. Tiempo medio de entrega de informe de resonancia magnética osteomuscular

El tiempo de entrega de los informes de la resonancia magnética disminuye este año situándose en 3,29 días, el valor más bajo de los últimos cinco años.

En el desglose de los datos hemos apreciado que, en el caso de la RM, el 65% de los informes se entregan en 1 día, y el 75% en una media de 3, quedando sólo un 9% de los casos en los que el informe se demora 9 o más días.

INDICADOR 7.2.

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2018, tiempo en días)
 Número resonancias magnéticas 2017: 715.217; 2018: 849.191
 Variación 2018/2017: 18,7%



4.2.3. Tiempo medio de entrega de informe de TAC

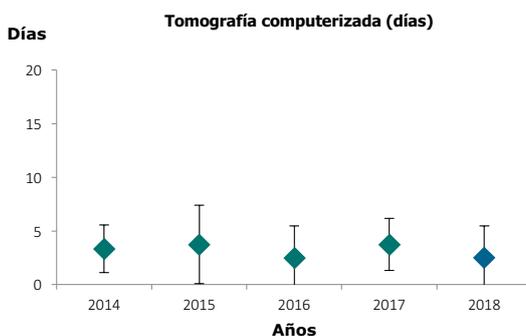
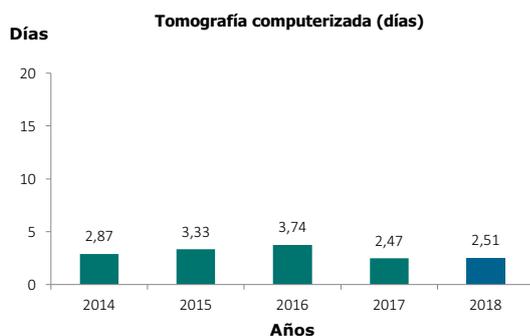
Este año el indicador de tiempo medio de entrega del informe de TAC tiene un muy discreto incremento respecto al año anterior, pero manteniéndose en la segunda mejor posición de la serie. Con 2,51 días representa un valor muy similar al del año anterior (2,47

días). Se mantiene por tanto los valores de la serie por debajo de los 3 días.

Descendiendo a más detalle, en el 60% de los casos continúa entregándose la prueba en las siguientes 24 horas.

INDICADOR 7.3.

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2017-2018, tiempo en días)
 Número tomografías computerizadas 2017: 496.746; 2018: 537.543
 Variación 2018/2017: 8,2%



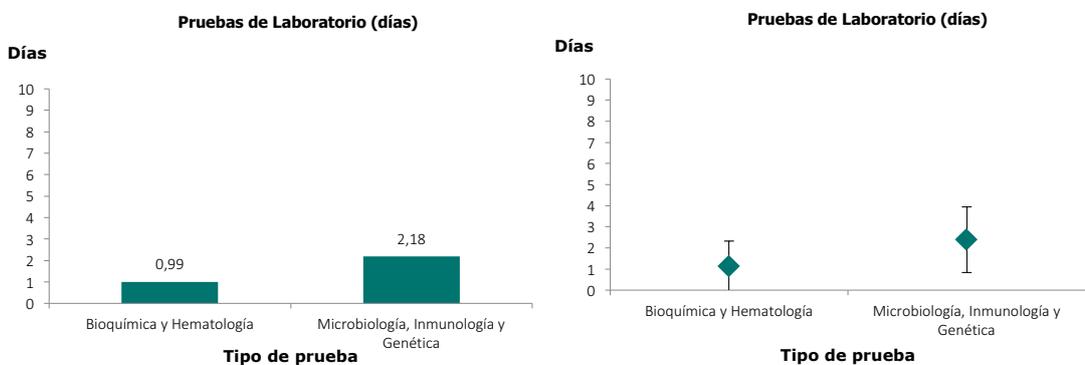
4.2.4. Tiempo medio de entrega de informe de laboratorio

Al igual que con los tiempos de citación, se ha introducido este año el indicador de tiempo medio para la entrega del informe de laboratorio.

Se mide en este indicador el tiempo desde la finalización de la realización de la prueba de diagnóstico *in vitro* hasta que el resultado está disponible para el usuario o prescriptor sea en formato físico o electrónico.

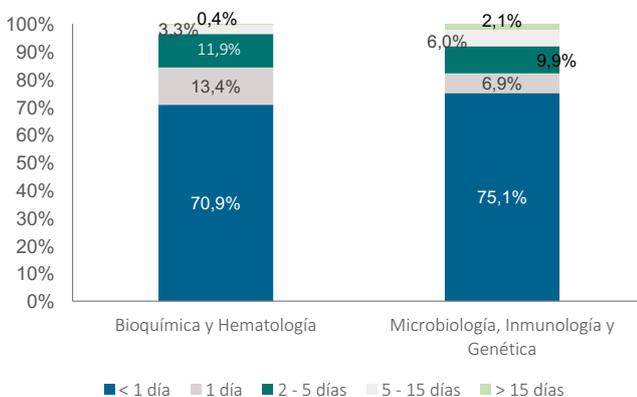
En este estudio piloto el resultado ha sido de 0,99 días para los informes de Bioquímica y Hematología, los más automatizados. Para Microbiología, Inmunología y Genética el promedio es de 2,18 días. En estas últimas especialidades existen pruebas que requieren de tiempos largos de procesamiento lo que retrasa la obtención del resultado y elaboración de informes.

INDICADOR 8 TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE LABORATORIO
 NÚMERO PRUEBAS 2018: 2.134.984
 BIOQUÍMICA Y HEMATOLOGÍA: 1.235.073; MICROBIOLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y GENÉTICA: 899.911



La distribución de estos datos muestra cómo la proporción de tiempos de más de 5 días para el informe de Microbiología, Inmunología y Genética es mucho más alta que para Bioquímica y Hematología: un 8,1% frente a un 3,7% de los de Bioquímica y Hematología. El tipo de pruebas explica por tanto la diferencia en tiempos de respuesta del diagnóstico *in vitro* para los diferentes tipos de pruebas.

FIGURA 7 DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE LABORATORIO (DÍAS)



4.2.5. Tiempo medio de espera de citación primera consulta de especialista

Los tiempos de espera para la primera consulta constituyen, sin duda, uno de los valores más importantes para el usuario. En este aspecto, la sanidad privada es ampliamente reconocida por su accesibilidad, lo que constituye sin duda un factor de mucho peso en la valoración del usuario.

Se introdujeron, por tanto, desde los primeros años del informe RESA algunos indicadores ilustrativos de esta característica: los tiempos de citación para primera consulta en las cuatro especialidades de mayor intensidad de utilización por los usuarios: oftalmología, dermatología, traumatología y ginecología y obstetricia.

Después del gran incremento de datos que se produjo el año anterior, este año, todavía

se siguen obteniendo incrementos, aunque más moderados, de entre el 7,1% y el 16,5%. La base de datos analizada dispone ya de más de 2,7 millones de consultas.

En 2018 los tiempos medios que presenta este indicador son más bajos que el año anterior con:

- 10,9 días para oftalmología
- 14,6 para dermatología
- 11,2 para traumatología
- 12,2 para obstetricia y ginecología

Las consultas se mantienen, por tanto, en menos o apenas 2 semanas de tiempo de citación para primera visita. Incluso dermatología, que ha presentado los tiempos más altos en la serie, se mantiene este año en un tiempo de apenas 2 semanas.

INDICADOR 9

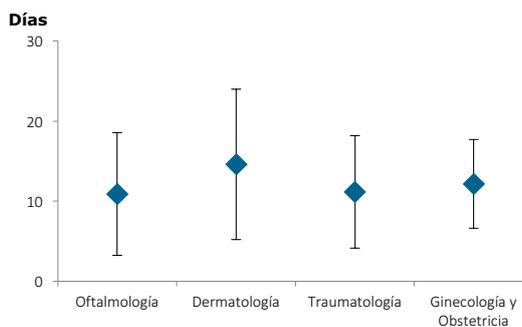
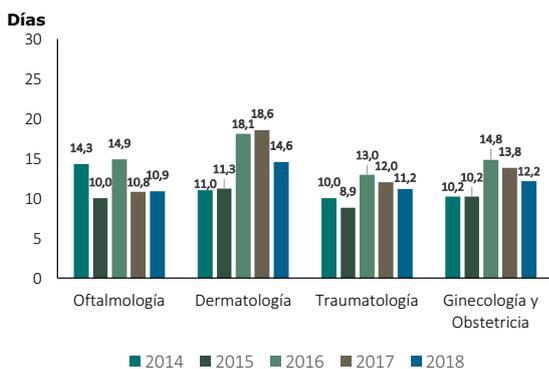
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA PRIMERA CONSULTA DE ESPECIALISTA (2018, TIEMPO EN DÍAS)

Nº CONSULTAS OFTALMOLOGÍA 2017: 402.087; 2018: 444.891 (10,6%)

Nº CONSULTAS DERMATOLOGÍA 2017: 438.221; 2018: 480.559 (9,7%)

Nº CONSULTAS TRAUMATOLOGÍA 2017: 1.038.794; 2018: 1.112.873 (7,1%)

Nº CONSULTAS GINECOLOGÍA 2017: 617.271; 2018: 719.138 (16,5%)



El análisis por meses de estos datos mantiene la tendencia de otros años de escasa variabilidad entre meses con tiempos discretamente más largos en los meses de vacaciones.

4.3. Tiempo medio de asistencia en urgencias

Sin duda, la accesibilidad de la atención en urgencias es otro de los aspectos clave para el usuario en su percepción de la sanidad.

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

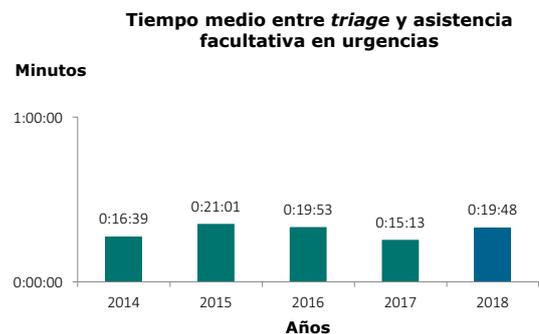
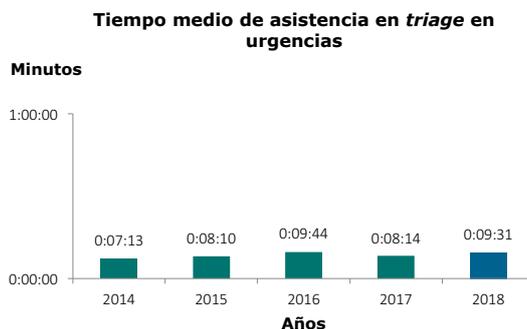
El tiempo de atención final se mantiene por debajo de los 30 minutos.

El tiempo promedio de asistencia en *triage* en los últimos 5 años se ha mantenido en un rango de entre 7:13 y 9:44 minutos. El resultado de este año (9:31 minutos) se mantiene en línea con los resultados anteriores, aunque es algo más elevado que el del año pasado (8:14). Igualmente, el tiempo entre el *triage* y la atención facultativa (19:48 minutos) se mantiene en línea con los resultados de años anteriores de entre 15:13 y 21:01 minutos.

El patrón de atención horaria que presenta la atención de urgencias continúa siendo el de un discreto incremento los lunes y en los picos horarios a partir de las 9 de la mañana y las 6 de la tarde.

INDICADOR 10-11

TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS (2018, TIEMPO EN MINUTOS)
 TIEMPO MEDIO ENTRE *TRIAGE* Y ASISTENCIA FACULTATIVA EN URGENCIAS (2017-2018, TIEMPO EN MINUTOS)
 NÚMERO URGENCIAS 2017: 4.072.899; 2018: 4.397.221
 VARIACIÓN 2018/2017: 8,0%



4.4. Espera media quirúrgica

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

Este año se ha incrementado muy significativamente la aportación de datos. El indicador es uno de los más difíciles de obtener, dado que en el sector privado buena parte del proceso previo a la intervención no se realiza en el centro hospitalario, y ello hace que muchos de los centros no dispongan en sus sistemas de información del registro previo a la intervención o al ingreso del paciente. Por tanto, la información incluida en este análisis es aún limitada a un volumen de casos reducido. Aun así, este año se dispone de más de 167.000 registros de intervenciones con la información necesaria para calcular este indicador.

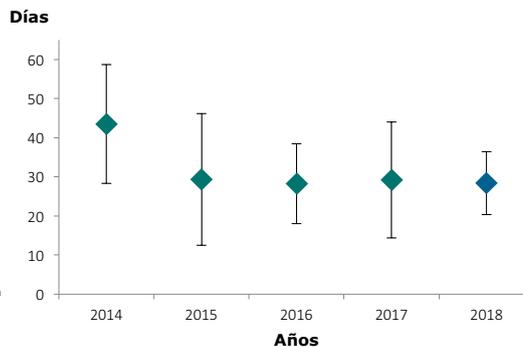
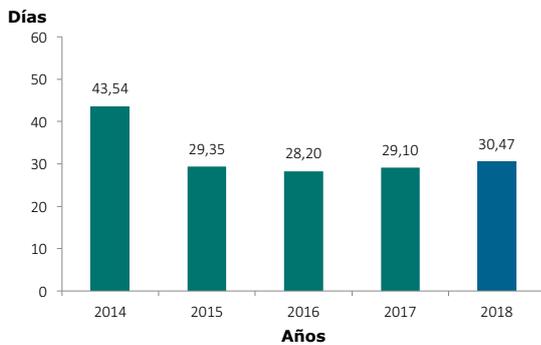
El resultado actual se mantiene en línea con los de años anteriores (entre 29 y 43 días). El resultado de este año de 30,47 días es muy similar al de la mayoría de años anteriores.

Una buena parte de las intervenciones que se realizan en la sanidad privada son intervenciones programadas electivas en que la fecha se decide a conveniencia del paciente. Por tanto, un tiempo medio de un mes para la realización de la intervención lo valoramos como de gran agilidad en la respuesta a la demanda.

El análisis más detallado de la distribución de este indicador muestra que el 72% de los centros tienen un tiempo medio de demora de menos de 30 días (con un 33% con menos de 20), un 22% tienen tiempos medios de entre 30 y 50 días, y sólo un 5% tiempos medios superiores a los 50. En cualquier caso, son siempre tiempos inferiores a los 60 días.

INDICADOR 12

ESPERA MEDIA QUIRÚRGICA (2018, TIEMPO EN DÍAS)
 NÚMERO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2017: 80.544; 2018: 167.790
 VARIACIÓN 2018/2017: 108,3%



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

La accesibilidad en tiempo a los servicios sanitarios es un valor importante y muy apreciado por el usuario en todo tipo de modalidades de atención. Pero si en algún caso es de importancia vital, es en procesos que, sin ser una urgencia, amenazan la vida del paciente. Este es el caso, evidentemente, de la atención al cáncer.

Por ello, la medición de las demoras tiene aquí un papel clave. Sabemos que cuando hablamos de demoras quirúrgicas en general, estamos barajando juntos procesos graves con pequeños problemas que se programan a comodidad del paciente porque no suponen una amenaza para la salud ni especiales molestias para el paciente. Es por ello que, al hablar de accesibilidad, desde el inicio se incorporó al Estudio RESA la medida de la demora en procesos de atención al cáncer.

Es un indicador de los más difíciles de obtener, dado que normalmente los registros sanitarios contienen los procedimientos que se realizan para el paciente y sus fechas correspondientes, pero el indicador requiere identificar la fecha en que se realiza el diagnóstico en firme y la de inicio del primer tratamiento, sea este médico o quirúrgico. Y como estos datos no están específicamente identificados en el registro, la recogida de información se ha de realizar mediante la revisión manual de los registros.

En la sanidad privada además se da la circunstancia de que en muchos casos el paciente viene diagnosticado desde fuera del hospital con lo que la fecha de diagnóstico no está disponible.

Es por ello que este año, en que se planteó como objetivo incrementar los registros de cáncer valorados en RESA, es de agradecer especialmente a los centros el esfuerzo realizado, dado que los casos se han incrementado un 17% en cáncer de mama, un 62% en cáncer de colon y un 58% en cáncer de pulmón. El indicador cuenta ya pues con registros de 2.355, 1.753 y 1.436 casos respectivamente.

En ediciones anteriores del Estudio RESA, los tiempos entre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama, colon o pulmón, han oscilado entre las 2 y las 3 semanas, plazo que consideramos óptimo.

Este año, estos tiempos se mantienen en torno a las 2 semanas:

- 14,26 días en el caso del cáncer de mama
- 14,99 días para el cáncer de colon
- 15,88 días para el cáncer de pulmón

Los resultados de este año se encuentran una vez más en línea con los datos de años anteriores y dentro del tiempo que consideramos óptimo.

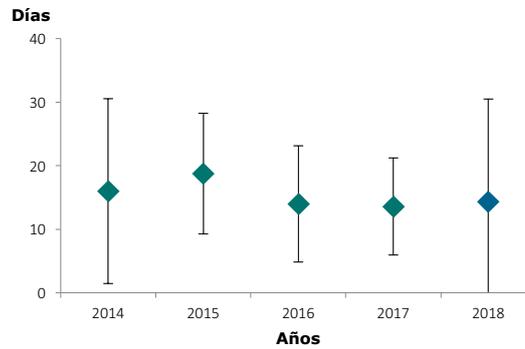
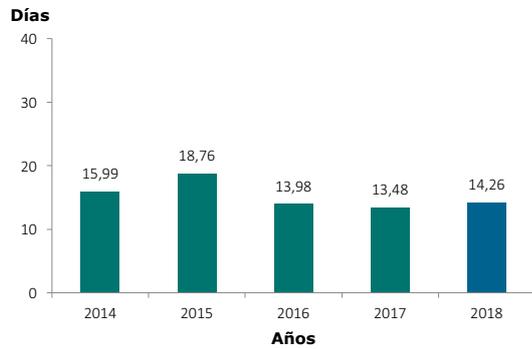
4.5.1. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento en cáncer de mama

Como decíamos anteriormente, el indicador se mantiene prácticamente en las 2 semanas de espera (14,26 días).

El dato está dentro del rango de los resultados de los últimos cinco años, aunque es discretamente superior al del año anterior (13,48, lo que supone un incremento de 0,8 días).

INDICADOR 13

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA (2018, TIEMPO EN DÍAS)
 NÚMERO DE PACIENTES 2017: 2.015; 2018: 2.355
 VARIACIÓN 2018/2017: 16,9%

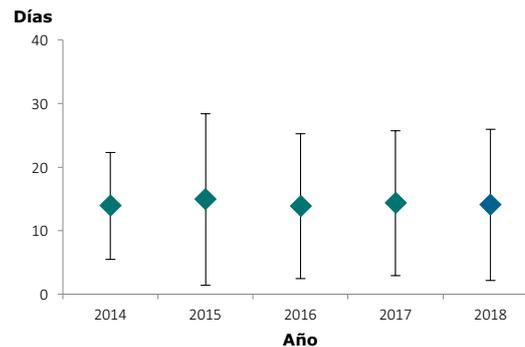
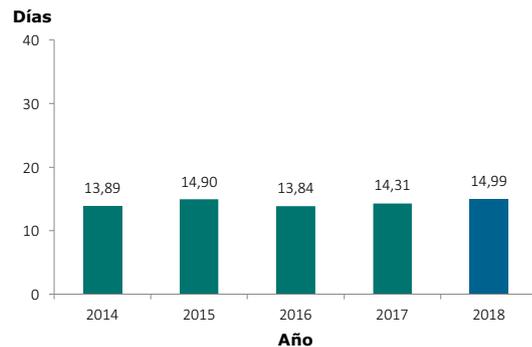


4.5.2. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento en cáncer de colon

En los últimos cinco años, este indicador se ha mantenido muy estable, alrededor de las 2 semanas y con pequeñas diferencias de menos de 1 día. Este año se mantiene este rango y aunque el resultado de 14,99 días es el más largo de la serie, las diferencias son mínimas con años anteriores.

INDICADOR 14

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE COLON (2018, TIEMPO EN DÍAS)
 NÚMERO DE PACIENTES 2017: 1.085; 2018: 1.753
 VARIACIÓN 2018/2017: 61,6%



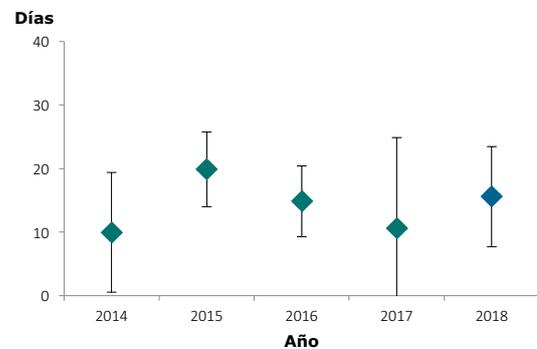
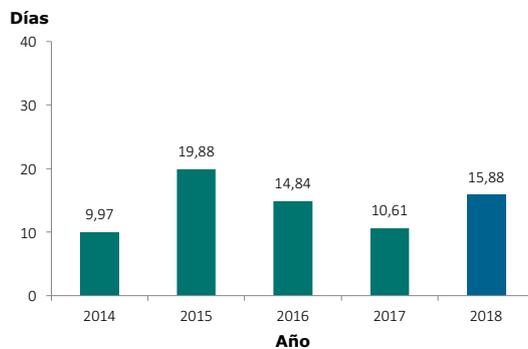
4.5.3. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento en cáncer de pulmón

El tratamiento del cáncer de pulmón es, dentro de la tendencia de todos estos indicadores a mantenerse entre las 2 y 3 semanas, el que presenta mayores variaciones en la serie. Las diferencias entre años han sido de hasta 10 días, entre los 9,97 y los 19,88 días.

Este año, el indicador se sitúa en el punto central de la serie, con 15,88 días, muy cerca de las dos semanas.

INDICADOR 15

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PULMÓN (2018, TIEMPO EN DÍAS)
 NÚMERO DE PACIENTES 2017: 910; 2018: 1.436
 VARIACIÓN 2018/2017: 57,8%



En general y como comentábamos antes, mantener los tiempos entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento más cerca de las 2 que de las 3 semanas constituye un éxito importante. En la mayoría de programas de demoras para el cáncer en España y otros países se suelen marcar como objetivo un período de 8 semanas.

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

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

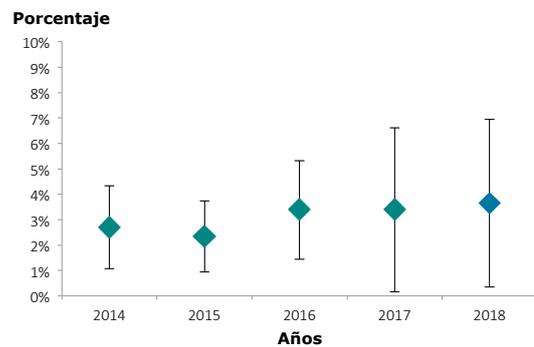
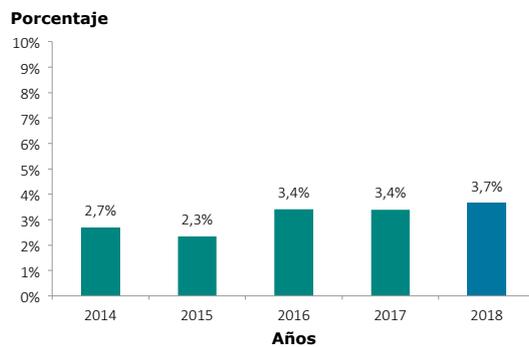
El resultado del indicador es, este año, discretamente superior al del año anterior y constituye un excelente resultado de resolutiveidad.

INDICADOR 16

TASA DE RETORNO A URGENCIAS A LAS 72 HORAS DEL ALTA POR EL MISMO DIAGNÓSTICO (2018, EN %)

NÚMERO URGENCIAS 2017: 2.956.301; 2018: 4.549.774

VARIACIÓN 2018/2017: 53,9%



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

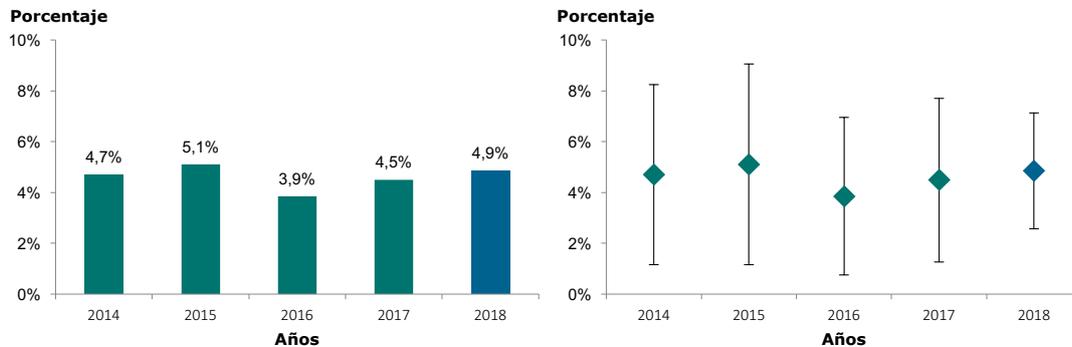
La tasa de reingreso en hospitalización es ampliamente utilizada, tanto en general (incluyendo todos los problemas de salud) como de forma específica para determinados diagnósticos. Se considera el reingreso temprano del paciente como un indicador de que posiblemente la patología original pudo no resolverse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

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

El resultado del año 2018 se mantiene en el rango de los cinco años anteriores. Supone por tanto un resultado muy estable a lo largo del período y un buen resultado comparado con datos de la literatura existente.

INDICADOR 17

TASA DE REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN A 30 DÍAS DEL ALTA (2018, EN %)
 NÚMERO INGRESOS 2017: 1.057.297; 2018: 992.665
 VARIACIÓN 2018/2017: -6,1%



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

La tasa global de reingresos tiene interés, pero conviene ajustarla por tipos de condiciones. Una de las tasas específicas es la de reingresos por causas quirúrgicas que pretende medir posibles complicaciones de la cirugía que hacen reingresar al paciente a los pocos días de una intervención.

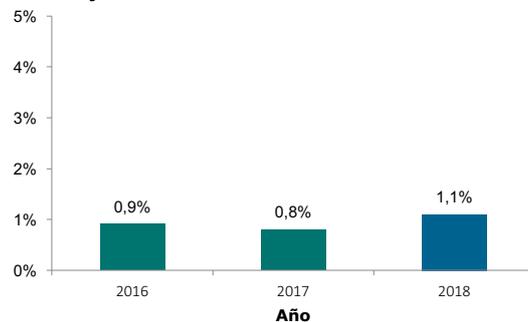
Este indicador es utilizado con bastante frecuencia por lo que permite su comparación con datos de otras organizaciones y sistemas.

De los tres años en que este indicador se ha calculado, 2018 es el que presenta un resultado algo más elevado que los anteriores, con un 1,1%. No obstante, al comparar con datos de otros observatorios públicos vemos que presentan datos de 1,8% (indicadores del SNS) o 1,68% (SERMAS) por lo que, salvando las limitaciones de comparar hospitales con casuísticas diferentes, podemos considerarlo un excelente resultado.

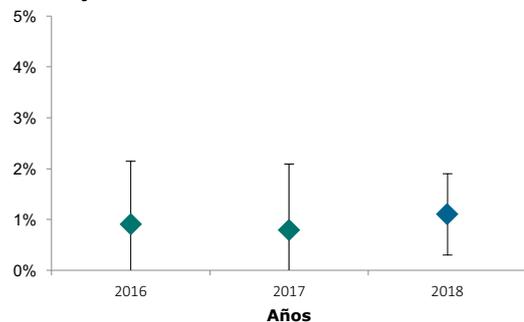
INDICADOR 18

TASA DE REINGRESO POR CAUSAS QUIRÚRGICAS A LOS 7 DÍAS (2018, EN %)
NÚMERO DE CASOS 2017: 528.190; 2018: 536.122
VARIACIÓN 2018/2017: 1,5%

Porcentaje



Porcentaje



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

En la misma línea de analizar los reingresos por condiciones más específicas, valoramos el indicador de reingresos por EPOC a los 30 días. Se trata de pacientes severos con tendencia a los frecuentes reingresos por descompensación. Sabemos que los programas de seguimiento bien organizados consiguen reducciones importantes del uso de las urgencias y la hospitalización, por lo que el indicador no es reflejo sólo de la actuación hospitalaria sino del conjunto del sistema de atención.

El resultado de 2018, de 9,4%, se encuentra cercano al del año anterior y es inferior al de 2016. Se puede considerar por tanto dentro de un rango estable de los 3 años en que lo hemos calculado.

Comparativamente, otros sistemas sanitarios tienden a presentar tasas superiores, por ejemplo, de 13,67% en el caso del SERMAS de Madrid, de 16% en el del Observatorio de Resultados de Cataluña y de 18,1% en el Servicio Murciano de Salud.

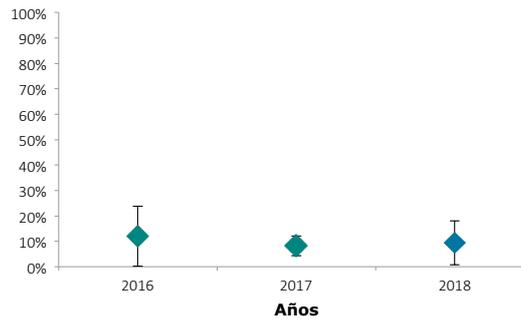
INDICADOR 19

REINGRESOS POR ENFERMEDAD PULMONAR A LOS 30 DÍAS (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 7.747; 2018: 7.987
 VARIACIÓN 2018/2017: 3,1%

Porcentaje



Porcentaje



5.5. Reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días

Otra condición específica en que analizamos los reingresos es la Insuficiencia Cardíaca. Al igual que en el caso de la EPOC, es conocido que la buena organización de la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria minimiza los reingresos de pacientes.

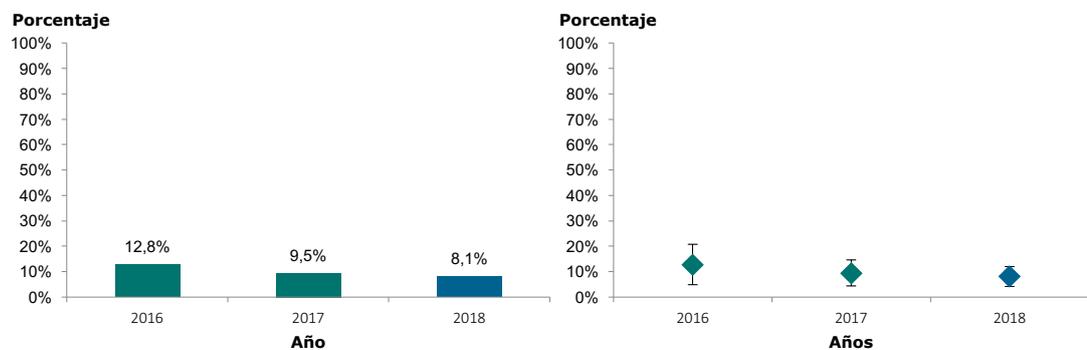
En este caso, el dato de 2018, de un 8,1% comparado con datos de los observatorios

de Madrid, Cataluña y Murcia refleja que es más bajo que en estos sistemas que presentan un 13%, un 14,2% y un 20,2% respectivamente.

Estos datos conocidos de otros sistemas nos muestran por tanto también aquí un buen resultado, aunque la comparación esté muy limitada por haber siempre diferencias de complejidad y casuística.

INDICADOR 20

REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA A LOS 30 DÍAS (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 9.350; 2018: 10.517
 VARIACIÓN 2018/2017: 12,5%



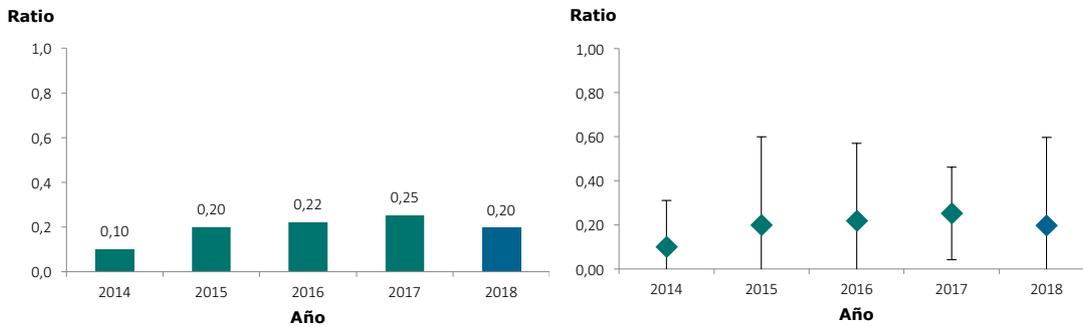
5.6. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas

Este indicador calcula el porcentaje de casos que tienen que reintervenirse en las 72 horas posteriores a una cirugía de cataratas por un diagnóstico susceptible de tratarse de una complicación.

El indicador de 2018 presenta un valor de 0,20 %, es decir 2 casos por cada 1.000 intervenciones. Este valor es inferior al presentado en 2017, lo que rompe una tendencia al incremento que parecía presentarse en los 3 años anteriores.

INDICADOR 21

RATIO DE COMPLICACIONES EN LOS 3 DÍAS POSTERIORES A LA CIRUGÍA DE CATARATAS (2018, EN %)
 NÚMERO INTERVENCIONES DE CATARATAS 2017: 42.720; 2018: 49.409
 VARIACIÓN 2018/2017: 15,7%





06

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



Los indicadores de calidad y seguridad del paciente son de tipo cualitativo en su gran mayoría. En un estudio de carácter sobre todo cuantitativo, se decidió incluir estos indicadores desde el inicio del Estudio RESA por suponer aspectos que son de especial importancia a la hora de valorar los esfuerzos de los centros por garantizar un elemento crucial de la atención sanitaria.

Se recogen, en esta dimensión, dos tipos de valoración:

- Las certificaciones y acreditaciones conseguidas por cada hospital otorgadas por organismos internacionales de reconocida solvencia. Estos indicadores se valoran en base a la remisión de copia de las certificaciones y acreditaciones obtenidas.
- Las políticas y procedimientos puestos en marcha por los hospitales para garantizar la seguridad del paciente. Se valoran estas políticas en base a una lista estándar de documentos que facilita el centro.

La participación en estos indicadores ha ido incrementándose cada año, siendo ya más de 170 hospitales y centros los que aportan su información para la elaboración de estas valoraciones.

6.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

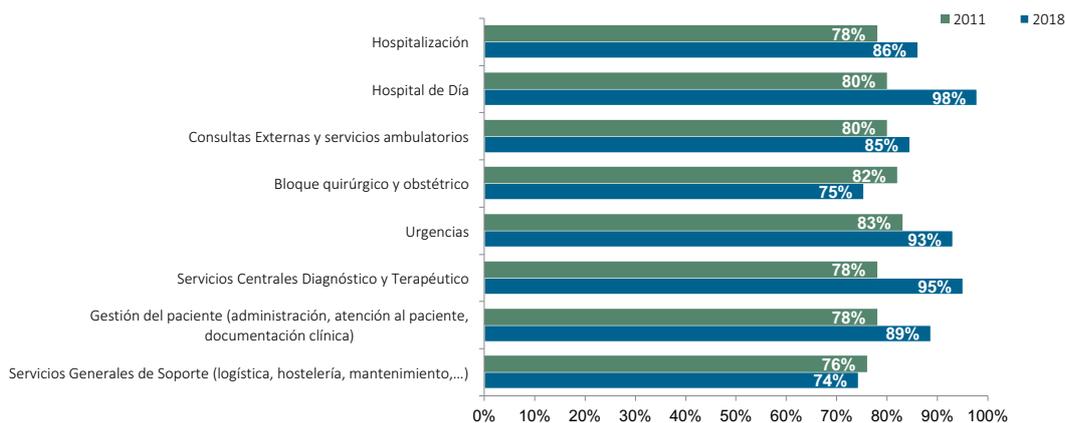
El tiempo transcurrido desde la incorporación de este indicador permite valorar la evolución que ha experimentado. La comparación entre el año 2011 (primer año en que se recogió este indicador) y los datos actuales muestra:

- En primer lugar, cómo la participación ha evolucionado desde los 59 centros iniciales a los 170 que ya aportan datos en 2018.
- También muestra la evolución hacia la generalización de la existencia de acreditaciones y certificaciones en las diferentes áreas hospitalarias:
 - La acreditación o certificación en las áreas de servicios centrales de diagnóstico, urgencias y hospital de día es generalizada en casi todos los centros, con casi el 100% de ellos mostrando este tipo de certificaciones.
 - En hospitalización, consultas externas y áreas de gestión del paciente, también la acreditación es muy generalizada, alcanzando proporciones por encima del 85%.
 - En las áreas de bloque quirúrgico y servicios generales la acreditación o certificación alcanza una proporción del 75%, es decir, tres cuartas partes de los centros están acreditados.
 - La mejora es generalizada en el tiempo entre 2011 y 2018, aunque ya en el primer año los centros tenían niveles elevados de acreditación. Esto implica que el aumento de centros participantes ha mantenido la proporción de centros acreditados.

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

INDICADOR 22

ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE UNIDADES Y SERVICIOS HOSPITALARIOS (2011 Y 2018, EN %)
 NÚMERO DE CENTROS HOSPITALARIOS: 2011: 59; 2018: 170
 VARIACIÓN 2018/2011: 188%



6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente

El Estudio RESA viene evaluando el grado de implantación de cinco de las buenas prácticas más importantes para la seguridad del paciente, que se recomiendan internacionalmente en todos los centros sanitarios:

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

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

En 2018 continúa el proceso de años anteriores de incremento de los centros participantes en cada indicador, así como de la proporción de centros que reportan tener implantadas estas políticas.

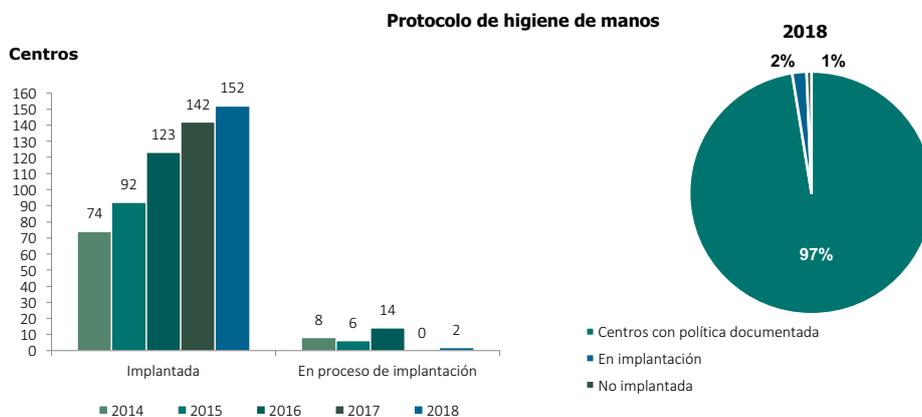
6.2.1. Protocolo de higiene de manos

La implantación de este indicador, en el que participan 18 centros nuevos, continúa siendo prácticamente total.

Insistimos siempre en que la higiene de manos constituye, sin duda, la práctica

con mejor relación coste-beneficio entre las políticas de seguridad del paciente y constituye un elemento clave en la prevención de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS o infecciones nosocomiales).

INDICADOR 23	POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
INDICADOR 23.1.	Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente: Higiene de manos (2018, protocolización en %) Número de centros hospitalarios 2017: 142; 2018: 158 Variación 2018/2017: 11,3%



6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión

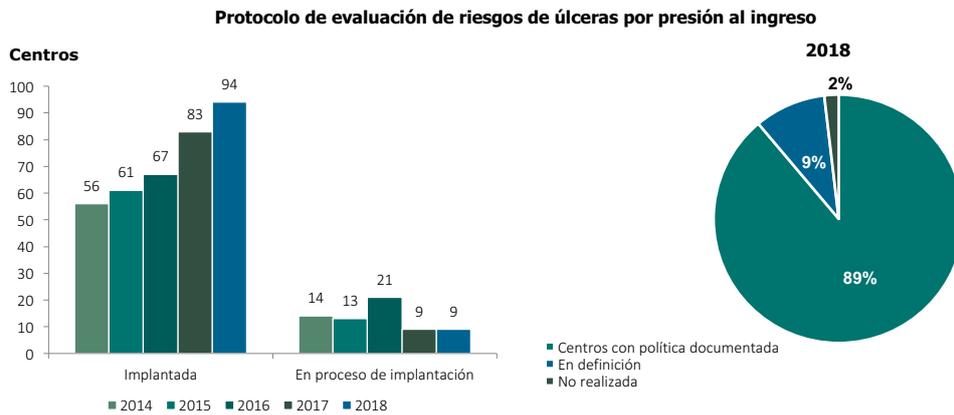
También en este caso, se incorporan 18 nuevos centros a este indicador, manteniéndose la proporción de centros con esta política implantada en el 90%.

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

Como en el caso anterior, la prevención de Úlceras por Presión (UPP) continúa siendo un tema estrella de la mejora de la seguridad del paciente hospitalizado directamente relacionado con la edad de los pacientes.

INDICADOR 23.2.

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente: Evaluación de riesgo de úlceras por presión (2018, en %)
 Número de centros hospitalarios 2017: 92; 2018: 108
 Variación 2018/2017: 17,4%



6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación

Los protocolos de identificación de problemas relacionados con la medicación consisten en mejoras del proceso que conllevan una importante dificultad de implantación al precisar de una atención específica desde farmacia hospitalaria y procesos complejos de intervención.

Es por ello que observamos con especial satisfacción la evolución positiva de la situación de estas políticas. En 2018 los

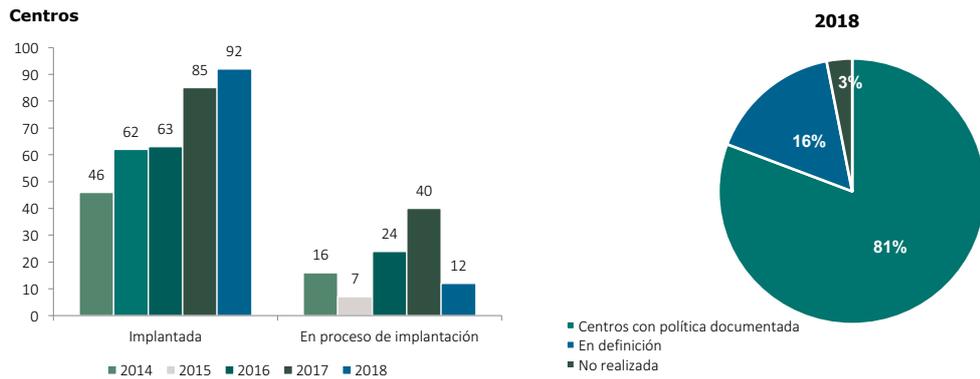
centros que reportan tenerlas implantadas son ya un 81%, frente a un 64% del año anterior, período en el que había un número significativo de centros que tenían este protocolo en proceso de implantación y la mayoría ya lo ha llevado a efecto.

Es muy gratificante comprobar, que con la incorporación al indicador de 26 centros nuevos se mantiene un magnífico avance en estas políticas.

INDICADOR 23.3.

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente: Problemas relacionados con la medicación (2018, en %)
 Número de centros hospitalarios 2017: 133; 2018: 159
 Variación 2018/2017: 19,5%

Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación



6.2.4. Sistema de notificación de eventos adversos

Este indicador mide la implantación de sistemas de registro anónimos por los cuales los profesionales sanitarios pueden notificar cualquier incidencia que dentro de la asistencia sanitaria prestada al paciente haya generado un evento adverso o el riesgo de producirlo. Su análisis permite implantar medidas que eviten la repetición del problema en el futuro.

Este año sólo se incrementa en un centro la participación en este indicador presentando además una evolución muy positiva en que se observa a lo largo de los últimos cinco años como los centros que se encontraban en fase de diseño de esta política han pasado muy mayoritariamente (por encima del 80%) a tenerla implantada.

INDICADOR 23.4.

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente: Notificación de eventos adversos (2018, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios 2017: 112; 2018: 129
 Variación 2018/2017: 15,2%



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

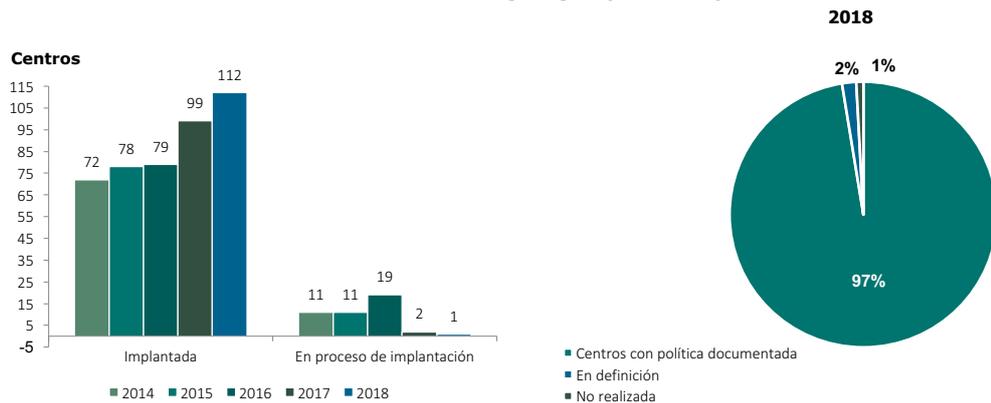
La Organización Mundial de la Salud ha difundido y generado el protocolo de cirugía segura (*check-list*), que consiste en la verificación sistemática de una serie de parámetros que se realizan por fases: cuando el paciente está consciente, una vez ya ha sido anestesiado y después de la cirugía. Su impacto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

La implantación de esta política es prácticamente total en los 117 centros participantes en 2018 con el 97% de los centros reportando tener esta política implantada.

INDICADOR 23.5.

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente: Protocolo de cirugía segura (*Check-list*) (2018, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios 2017: 102; 2018: 117
 Variación 2018/2017: 14,7%

Protocolo de cirugía segura ("check-list")



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

Este indicador constituye la demostración operativa del funcionamiento de la política citada arriba de seguridad quirúrgica. Se trata de cuantificar en los centros la proporción de pacientes quirúrgicos a los que se ha realizado la práctica del "*check-list*" quirúrgico.

La limitación de este indicador es que los centros deben tener registrado en su sistema de información la realización o no del *check-list*.

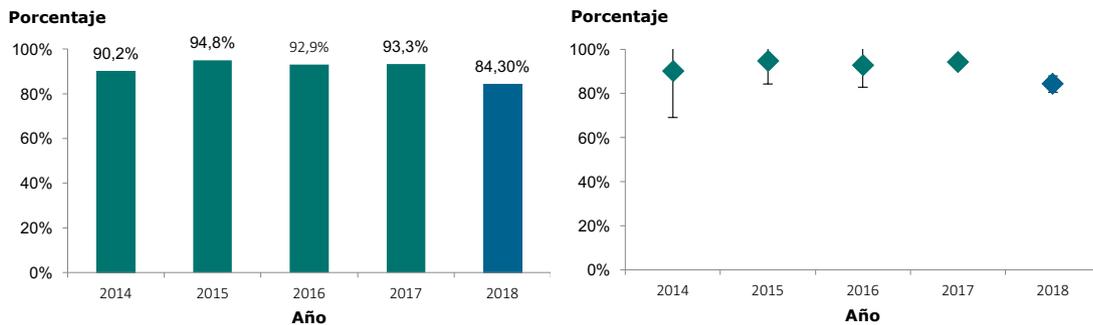
Este año se incrementa el volumen de registros de la base de datos en casi un 40%, con 75.000 registros más que el año pasado.

Probablemente el incremento de participantes influya en que la proporción de pacientes quirúrgicos a los que se ha realizado el *check-list* baje discretamente al 84,3%. Este dato es similar al que presentaba el indicador en los primeros años de recogida por lo que entendemos que la disminución se debe al efecto de haberse incorporado nuevos centros con esta política en proceso de implantación.

De hecho, cuando se explota no el promedio de los indicadores de los centros, sino el total de la base de datos, el resultado de este indicador es de 92,4%.

INDICADOR 24

RATIO DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA SEGURA ("CHECK LIST" QUIRÚRGICO) (2018, EN %)
 NÚMERO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2017: 193.084; 2018: 267.025
 VARIACIÓN 2018/2017: 38,3%



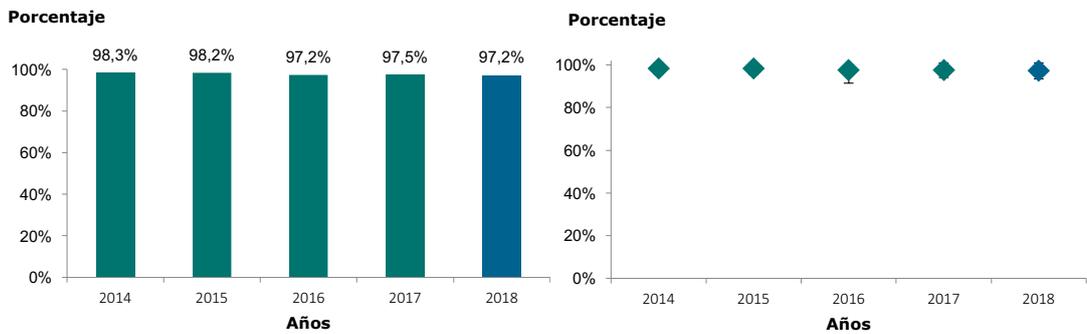
6.3. Tasa de supervivencia a las 48 horas de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA)

La supervivencia en las primeras 48 horas de pacientes afectados por síndrome coronario agudo se ha mantenido prácticamente constante, entre un 97%-98%, en los últimos cinco años. En 2018 con un 97,2%, el indicador se mantiene dentro de la normalidad de años anteriores.

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

INDICADOR 25

TASA DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES A LAS 48 HORAS INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO (2018, TASA EN%)
 NÚMERO PACIENTES INGRESADOS POR IAM 2017: 3.472; 2018: 3.561
 VARIACIÓN 2018/2017: 2,6%



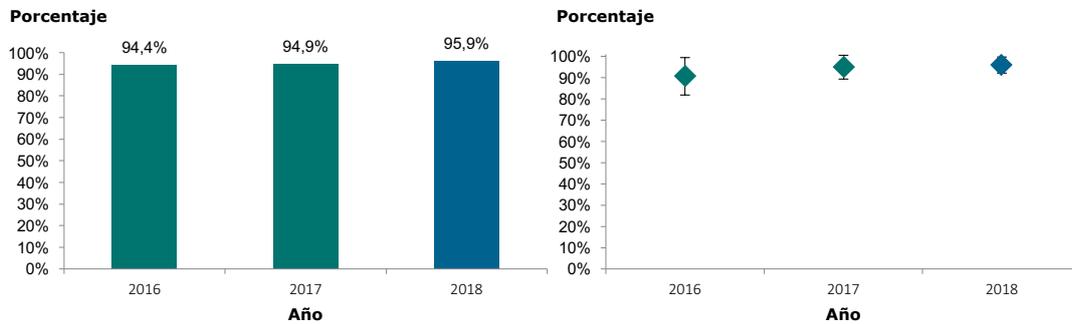
6.4. Tasa de supervivencia al alta por Síndrome Coronario Agudo (SCA)

Se incluye además del anterior indicador de tasa de supervivencia a las 48 horas, la tasa de supervivencia de los pacientes al alta, dado que es un indicador comparable con los observatorios nacionales.

En 2018, la tasa de supervivencia al alta por Síndrome Coronario Agudo ha sido del 95,9%, discretamente más elevada que en años anteriores y muy similar a la presentada en otros años por los observatorios públicos (de entre 92,8% y 94,2%).

INDICADOR 26

TASA DE SUPERVIVENCIA AL ALTA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 3.472; 2018: 3.561
 VARIACIÓN 2018/2017: 2,6%

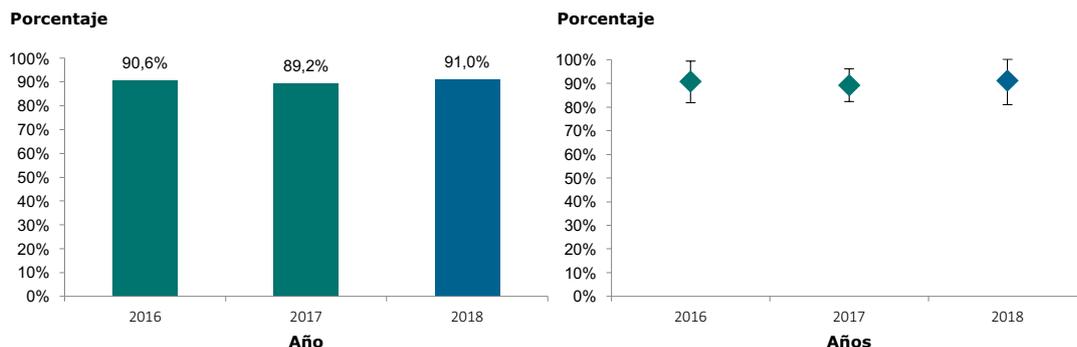


6.5. Tasa de supervivencia al alta por Insuficiencia Cardíaca (IC)

También en este caso, la supervivencia por Insuficiencia Cardíaca es algo mejor, aunque muy similar, que la de años anteriores: 91,0%. Y también muy similar a los resultados publicados por otros observatorios (92,99% en el observatorio de Madrid, 91,7% en el de Cataluña y 91,5% en el de Murcia).

INDICADOR 27

TASA DE SUPERVIVENCIA AL ALTA POR INSUFICIENCIA CARDIACA (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 10.363; 2018: 9.794
 VARIACIÓN 2018/2017: -5,5%

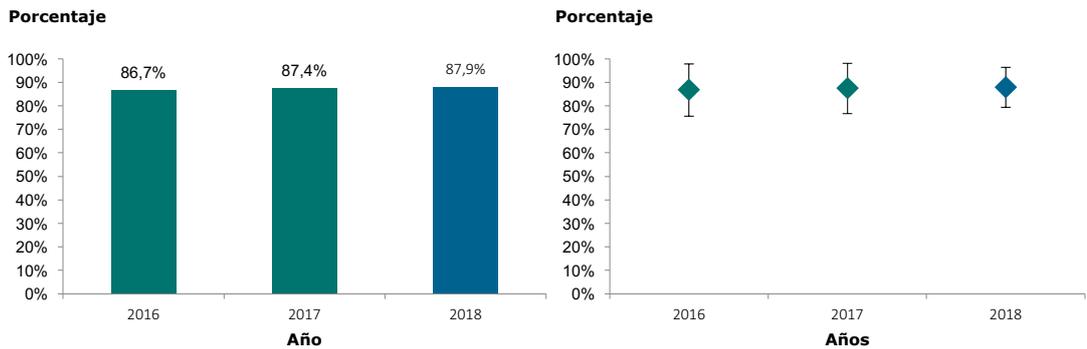


6.6. Tasa de supervivencia al alta de pacientes ingresados por Ictus

El resultado del año 2018 (87,9%) se mantiene casi igual al de los tres años anteriores. Los resultados son, también en este caso, similares a los de otros observatorios: 86,02% en el de Madrid, 86,7% en el de Cataluña y 85,5% en el de Murcia.

INDICADOR 28

TASA DE SUPERVIVENCIA AL ALTA DE PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS (2018, EN %)
NÚMERO DE CASOS 2017: 5.950; 2018: 5.614
VARIACIÓN 2018/2017: -5,6%



Como hemos insistido, las comparaciones con otros sistemas deben ser interpretadas con mucha prudencia por las diferencias de casuística, así como por el posible impacto de la calidad y detalles de la construcción del indicador y la codificación. Es evidente que pequeñas diferencias no se pueden

interpretar en el sentido de que unos centros tienen mejores resultados o peores. Pero en todo caso, muestran claramente que los resultados de la sanidad privada son al menos muy similares a los resultados de algunas de las mejores redes hospitalarias públicas en España.

6.7. Indicadores de mortalidad EIQI

Como comentábamos al principio, incorporamos este año 3 indicadores adicionales, además de los 3 incluidos en la última edición de mortalidad que se utilizan en el Proyecto EIQI (European Inpatient Quality Indicators) realizado en más de 400 hospitales públicos y privados de Alemania, Suiza y Austria.

6.7.1. Mortalidad por neumonía no complicada

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

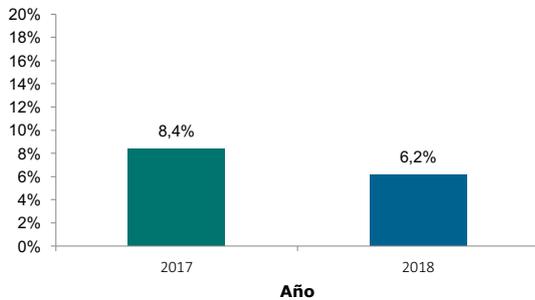
La tasa de mortalidad por neumonía no complicada ha descendido ligeramente entre 2017 y 2018, de un 8,4% a un 6,2% respectivamente. Asimismo, la variabilidad de resultados entre centros también es menor este año.

Como referencia, el observatorio de resultados en salud de la Comunidad de Madrid publica un indicador similar, con un resultado del 7,54% en 2018, lo que sin ser directamente comparable ratifica que el sector privado se encuentra en unos resultados alineados, e incluso mejores.

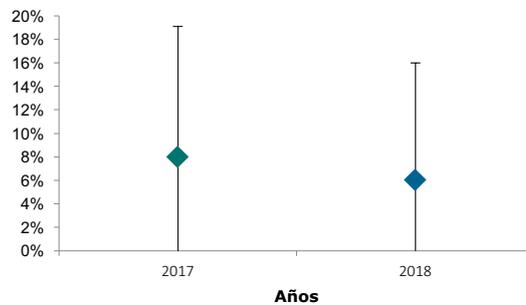
INDICADOR 29

TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA NO COMPLICADA (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 13.744; 2018: 12.988
 VARIACIÓN 2018/2017: -5,5%

Porcentaje



Porcentaje



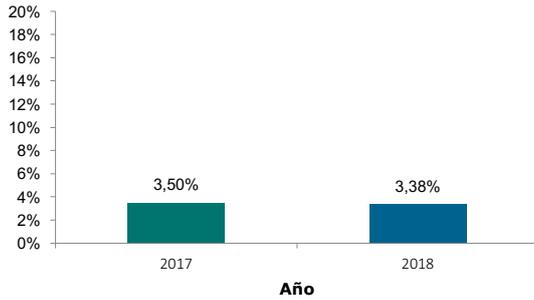
6.7.2. Tasa de mortalidad por fractura de cuello de fémur

El indicador de mortalidad por fractura de cuello de fémur muestra resultados alineados con los del año anterior, con un resultado del 3,38%.

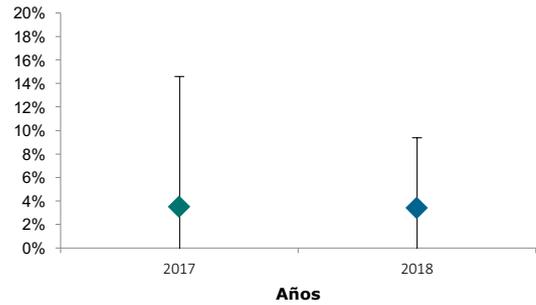
INDICADOR 30

TASA DE MORTALIDAD POR FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 2.690; 2018: 1.385
 VARIACIÓN 2018/2017: -48,5%

Porcentaje



Porcentaje



6.7.3. Tasa de mortalidad por fractura de cadera pertrocantérea

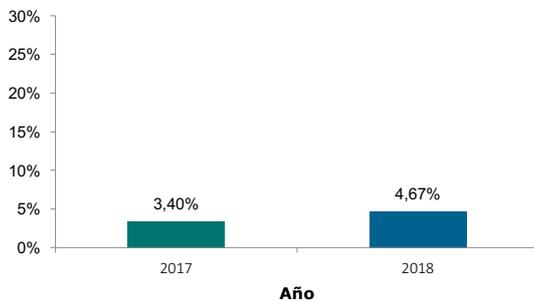
La tasa de mortalidad por fractura de cadera pertrocantérea da un resultado del 4,67% para el año 2018, un ligero aumento de la cifra del año anterior. Sin

embargo, la diferencia entre años es poco significativa considerando el escaso número de fallecimientos registrados entre los hospitales participantes.

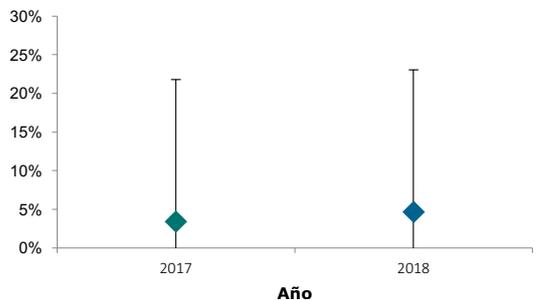
INDICADOR 31

TASA DE MORTALIDAD POR FRACTURA DE CADERA PERTROCANTÉREA (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 1.703; 2018: 821
 VARIACIÓN 2018/2017: -51,8%

Porcentaje



Porcentaje



6.7.4. Infarto agudo de miocardio transmural (edad>19), mortalidad intrahospitalaria

Los indicadores EIQI desagregan el análisis de la mortalidad por causas más específicas lo que permite mejorar la precisión y la comparabilidad. Así en este caso, se desagregan los indicadores de mortalidad hospitalaria por infarto de miocardio en tipos de infarto, en este caso en infarto transmural y no transmural.

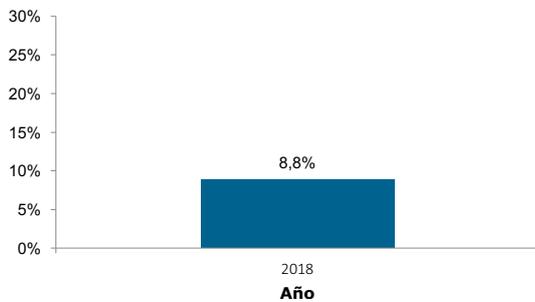
Este indicador y el siguiente complementan por tanto al indicador 25 de supervivencia a las 48 horas en pacientes con síndrome coronario agudo que habíamos visto antes.

Los resultados se mantienen en línea con los obtenidos en los centros europeos de comparación.

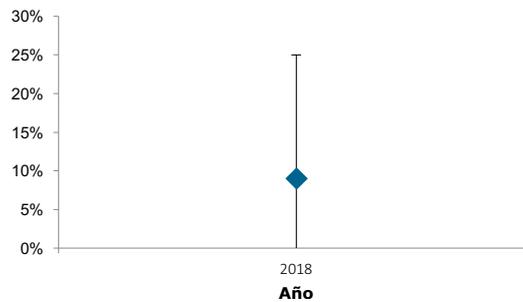
INDICADOR 32

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRANSMURAL (EDAD >19), MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA (2018, EN %) NÚMERO DE CASOS 2018: 189

Porcentaje



Porcentaje



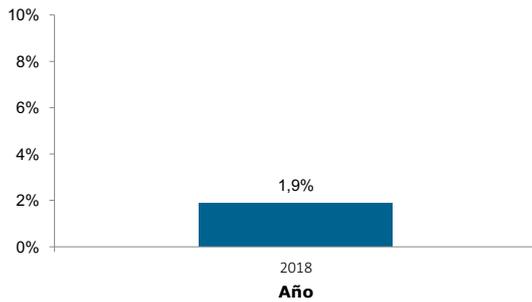
6.7.5. Infarto agudo de miocardio no transmural (edad>19), mortalidad intrahospitalaria

También se mantiene en la misma línea de comparabilidad con los resultados conocidos el infarto agudo no transmural en cuanto a mortalidad hospitalaria, que se sitúa en el 1,9%.

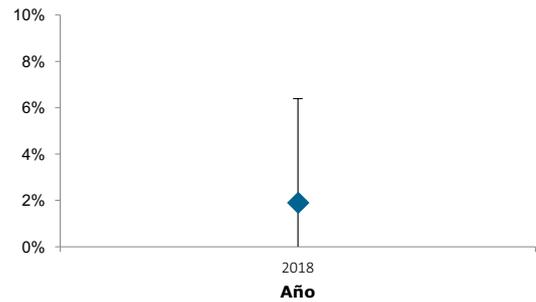
INDICADOR 33

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO NO TRANSMURAL (EDAD>19), MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA (2018, EN %)
NÚMERO DE CASOS 2018: 184

Porcentaje



Porcentaje



6.7.6. Hemorragia subaracnoidea, mortalidad intrahospitalaria

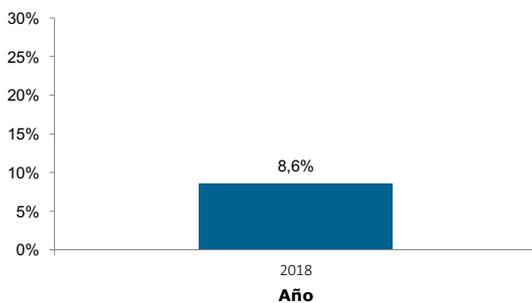
El indicador de mortalidad por hemorragia subaracnoidea complementa al indicador 28, de tasa de supervivencia por ictus, al seleccionar una causa frecuente más específica como es la hemorragia subaracnoidea.

También en la misma línea de resultados de los centros de comparación, se mantiene la patología de hemorragia subaracnoidea.

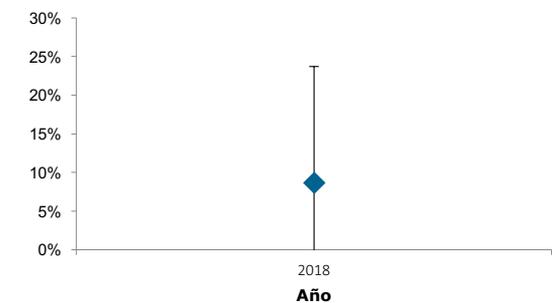
INDICADOR 34

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA (2018, EN %)
NÚMERO DE CASOS 2018: 381

Porcentaje



Porcentaje



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

El resultado del indicador parece presentar una discreta línea descendente en los últimos 3 años, y este año su valor (85%) vuelve a ser algo más bajo. Ya comentábamos en años anteriores la posible influencia de la implantación de los nuevos antiagregantes plaquetarios en esta tendencia.

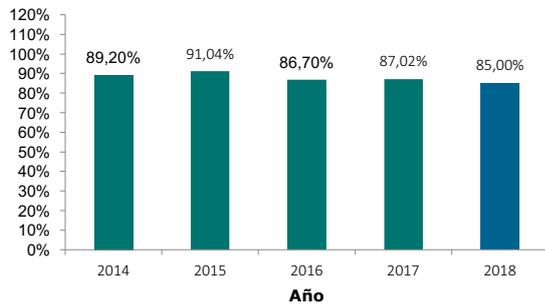
Aun así, continúa presentando mejores parámetros que los conocidos de otros observatorios (Madrid) que se sitúa algo por encima del 50%.

El resultado muestra pues la gran flexibilidad del sistema privado para adaptarse a la programación rápida de una intervención que se presenta en urgencias. Esta intervención y rehabilitación rápida del paciente, casi siempre de edad, mejora la supervivencia y la recuperación de la función.

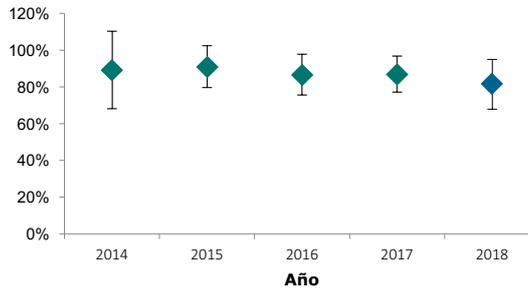
INDICADOR 35

RATIO DE CIRUGÍAS DE PRÓTESIS DE CADERA DENTRO DE LAS 48 HORAS POSTERIORES AL INGRESO (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 6.095; 2018: 6.856
 VARIACIÓN 2018/2017: 12,5%

Porcentaje



Porcentaje



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

Este indicador de seguridad mide la proporción de ingresos en hospitalización del paciente que ha realizado una cirugía mayor ambulatoria en los 30 días anteriores.

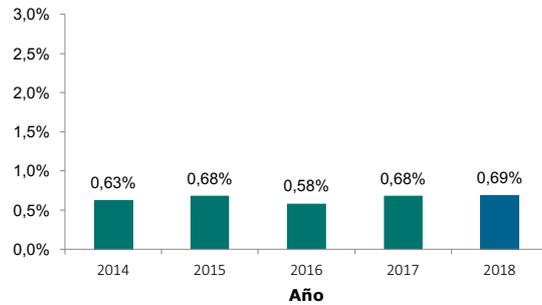
Un año más, el valor obtenido de 0,69% es prácticamente idéntico al de años anteriores lo que muestra una gran estabilidad del indicador.

Este indicador tiene un alto nivel de seguridad y eficiencia en los resultados de cirugía ambulatoria de los centros privados.

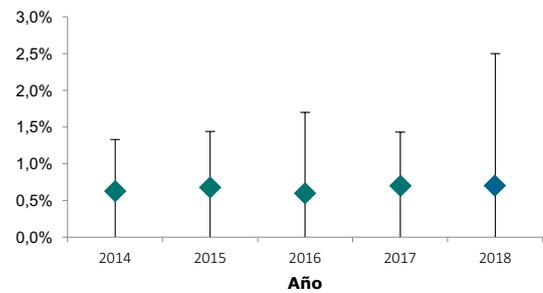
INDICADOR 36

TASA DE REINGRESOS POST ALTA DE CIRUGÍA AMBULATORIA A 30 DÍAS (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 406.258; 2018: 365.399
 VARIACIÓN 2018/2017 : -10,1%

Porcentaje



Porcentaje



6.10. Septicemia postquirúrgica

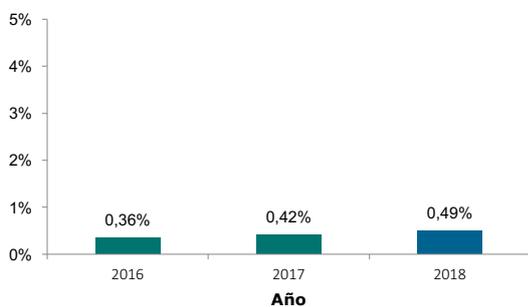
El indicador presenta en 2018 un resultado de 0,49%, porcentaje ligeramente por encima de años anteriores, siendo unas diferencias tan pequeñas que no permiten percibir una tendencia creciente.

Es también bastante similar al de otros observatorios (0,46% en el de Madrid) aunque la comparación hay que tomarla con bastante prudencia porque influye mucho la calidad de la codificación y la diferencia en la casuística de pacientes.

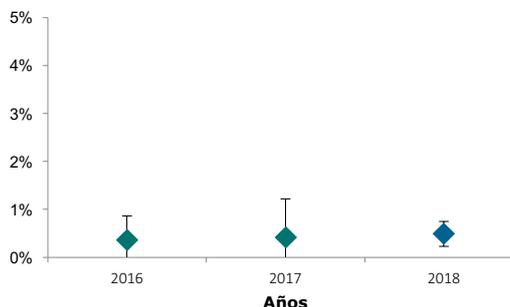
INDICADOR 37

SEPTICEMIA POSTQUIRÚRGICA (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 85.520; 2018: 99.413
 VARIACIÓN 2018/2017: 16,2%

Porcentaje



Porcentaje



6.11. Tasa de partos por cesárea

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

Es fundamental tener en cuenta que una mayor edad gestacional está asociada con una mayor incidencia y prevalencia de patología asociada a este periodo y, por lo tanto, con un mayor índice de inducciones medicas del parto y cesáreas, especialmente en mujeres nulíparas. Esta asociación se comprueba en el análisis por grupos de edad de la base de datos RESA de este año:

En esta tabla, la correlación entre la proporción de partos por cesárea y la edad de la madre es evidente, con un 47% de cesáreas más en el grupo de más edad que en el más joven.

Teniendo en cuenta estas consideraciones y según afirman los expertos, lo relevante no es tanto el aspecto cuantitativo como el hecho de que las cesáreas se realicen

apropiadamente, con las condiciones y garantías necesarias de seguridad, calidad y resultados. Es evidente que un hospital que asume un mayor número de casos de gestaciones de alto riesgo ha de tener una cifra mayor de cesáreas que la de un hospital con un perfil de gestantes más generalista.

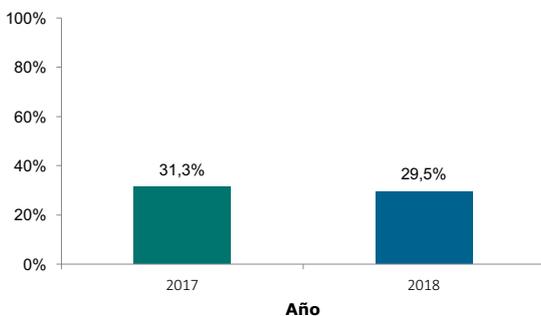
Así, el promedio de las tasas de partos por cesárea de los centros de titularidad privada fue de un 29,5% en 2018, algo más baja que en 2017 (31,3%) y manteniendo una desviación estándar muy pequeña. Comparativamente, el conjunto del Sistema Nacional de Salud presenta una tasa de 22% de partos por cesárea, con una alta variabilidad por CCAA y centros, lo que confirma las grandes dificultades para tratar de uniformizar esta tasa de cesáreas.

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

INDICADOR 38

TASA DE PARTOS POR CESÁREA (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 45.987; 2018: 44.118
 VARIACIÓN 2018/2017: -4,1%

Porcentaje



Porcentaje

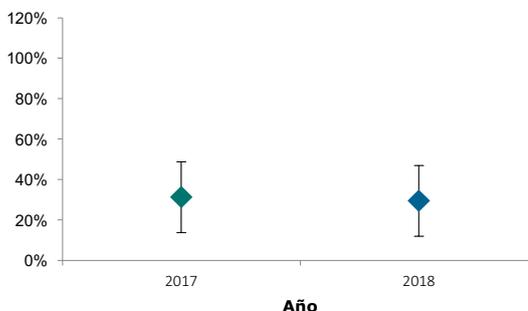


FIGURA 8

TASA DE CESÁREAS POR RANGOS DE EDAD.

Rango de edad	Tasa de cesáreas	N de partos
Menor de 34	25,3%	13.599
34-36	26,6%	10.465
37-39	28,7%	10.725
Mayor de 39	37,1%	9.329
Global	28,9%	44.118

07

INDICADORES DE CENTROS DE FERTILIDAD



Por tercer año, la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) nos ha facilitado los indicadores globales para los centros privados de fertilidad. Este año, se incluyen en el cálculo 200 centros, 14 más que el año pasado. La base de datos con la que se calculan incluye este año 87.520 ciclos de tratamiento, lo que confirma la importancia de este servicio especializado en España, dónde es un sector puntero y la más importante fuente de atracción de turismo sanitario del país.

Para cada tipo de procedimiento, se miden dos indicadores: el % de gestaciones y el % de partos por el número de ciclos de tratamiento realizados.

Se presentan los indicadores en función del tipo de procedimiento realizado:

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

Por tanto, se dispone de 8 indicadores que valoran el resultado del conjunto de centros de fertilidad privados de España. La SEF facilita sólo el indicador global para el conjunto de centros privados y la desviación estándar del mismo.

Hay que recordar que estos indicadores están un año retrasados respecto al resto, al ser necesario un período de 9 meses para valorar el resultado de parto. La información analizada por la SEF de este año corresponde a 2016.

Con los datos de los tratamientos realizados en el período 2014-2016, se observa:

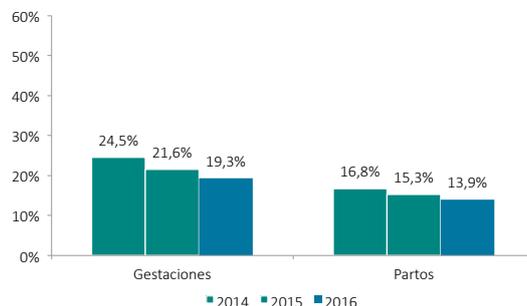
- Los resultados de los tratamientos con ovocitos propios y donados congelados se mantienen en cifras muy similares.
- En cambio, los tratamientos con ovocitos frescos parecen tener una tendencia a una discreta disminución de los resultados tanto en embarazos como en partos.

En general los resultados son comparables o mejores que los conocidos internacionalmente.

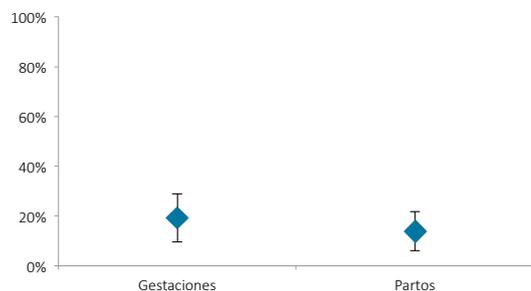
INDICADOR 39 Y 40

GESTACIONES Y PARTOS CON OVOCITOS PROPIOS FRESCOS (2016)
% SOBRE Nº DE CICLOS REALIZADOS
NÚMERO DE CICLOS 2014: 33.423; 2015: 34.509; 2016: 35.764
VARIACIÓN 2016/2015: 3,6%
Nº DE CENTROS PARTICIPANTES: 200

Porcentaje



Porcentaje

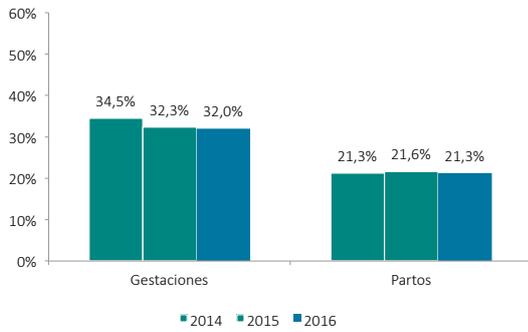


Fuente: Sociedad Española de Fertilidad, 2018.

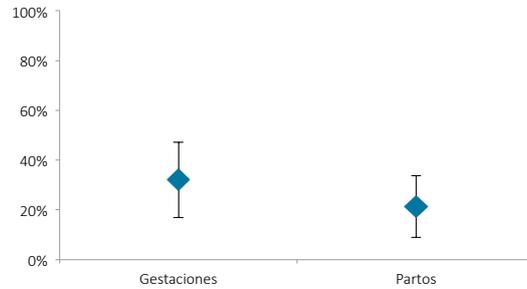
INDICADOR 41 Y 42

GESTACIONES Y PARTOS CON OVOCITOS PROPIOS CONGELADOS (2016)
 % SOBRE Nº DE CICLOS REALIZADOS
 NÚMERO DE CICLOS 2014: 15.629; 2015: 17.470; 2016: 20.710
 VARIACIÓN 2016/2015: 18,5%
 Nº DE CENTROS PARTICIPANTES: 200

Porcentaje



Porcentaje

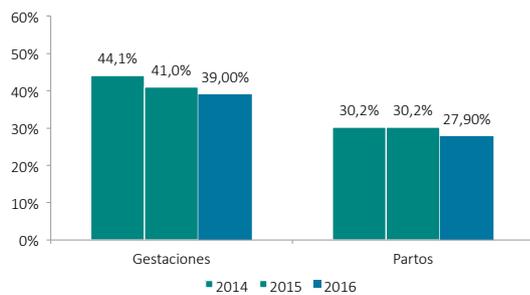


Fuente: Sociedad Española de Fertilidad, 2018.

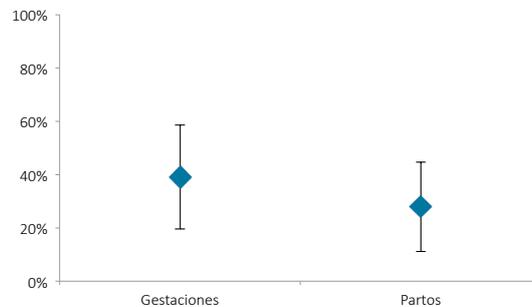
INDICADOR 43 Y 44

GESTACIONES Y PARTOS CON OVOCITOS DONADOS FRESCOS (2016)
 % SOBRE Nº DE CICLOS REALIZADOS
 NÚMERO DE CICLOS 2014: 16.340; 2015: 14.407; 2016: 16.007
 VARIACIÓN 2016/2015: 11,1%
 Nº DE CENTROS PARTICIPANTES: 200

Porcentaje



Porcentaje



Fuente: Sociedad Española de Fertilidad, 2018.

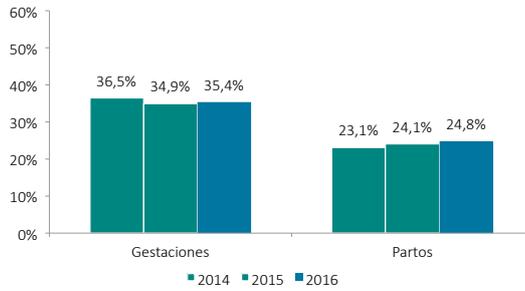
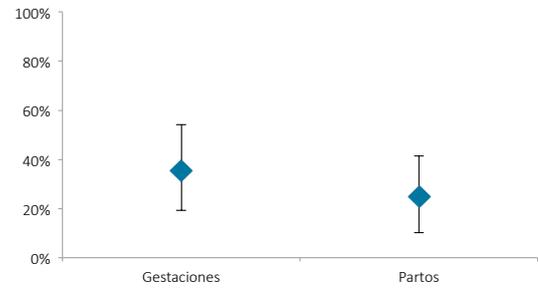
INDICADOR 45 Y 46**GESTACIONES Y PARTOS CON OVOCITOS DONADOS CONGELADOS (2016)**

% SOBRE N° DE CICLOS

NÚMERO DE CICLOS 2014: 12.420; 2015: 12.935; 2016: 15.039

VARIACIÓN 2016/2015: 16,3%

N° DE CENTROS PARTICIPANTES: 200

Porcentaje**Porcentaje**

Fuente: Sociedad Española de Fertilidad, 2018.

08

INDICADORES DE CENTROS DE DIÁLISIS



Por cuarto año, se recogen en el Estudio RESA indicadores de diálisis con una base de datos que alcanza cerca de 9.000 pacientes.

Se presenta un conjunto de cuatro indicadores que constituyen los aspectos clave de la calidad en la atención a los pacientes en hemodiálisis.

8.1. Tasa bruta de mortalidad

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

En 2018 la tasa de mortalidad en los centros participantes fue de 8,3%. Algo más elevada que la de 2017 pero más baja que los dos primeros años. Se mantiene por tanto en un rango de mortalidad de estos años entre 7,4% y 10,1%.

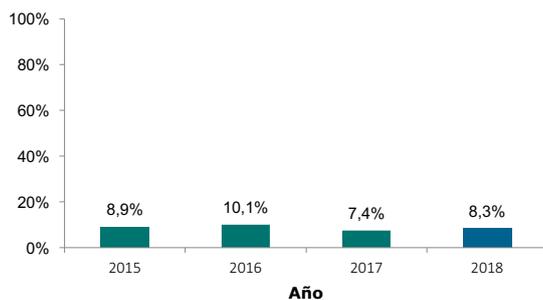
Comparativamente con el conjunto de la población en hemodiálisis, el Registro Español de Enfermos Renales (REER, Organización Nacional de Trasplantes, http://www.registrorenal.es/download/documentacion/InformeREER_2017.pdf) publica tasas brutas de mortalidad por encima del 14% en los últimos años disponibles y de más del 16% en 2017.

Aunque no es estrictamente comparable dado que la edad de los pacientes determina mucho este indicador, podemos considerar que las tasas de mortalidad se encuentran en una posición muy correcta respecto a la referencia nacional.

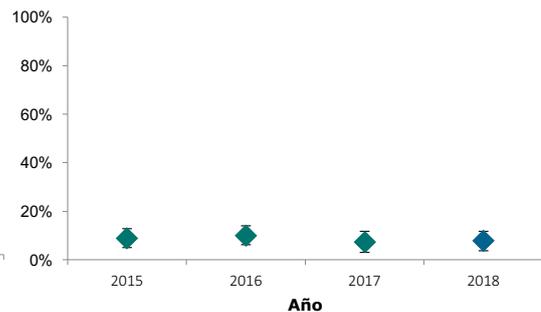
INDICADOR 47

TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN HEMODIÁLISIS (2018, EN %)
NÚMERO DE CASOS 2017: 8.700; 2018: 8.947
VARIACIÓN 2018/2017: 2,8%

Porcentaje



Porcentaje



8.2. Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo

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

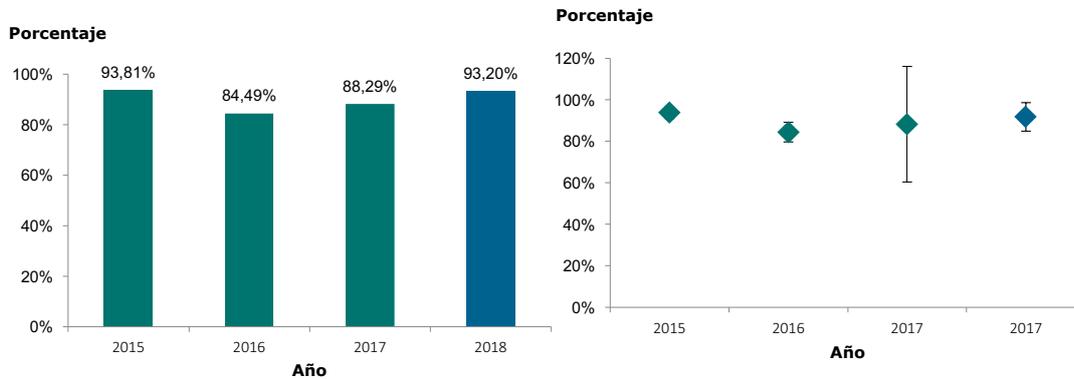
El objetivo clínico de Kt/V, según las guías clínicas nacionales e internacionales (USA, Canadá, Australia) es el de mantener un valor superior a 1,3.

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

Este año, con una proporción del 93,2% de pacientes por encima de este objetivo, se cumple muy sobradamente el estándar recomendado, mejorando aún los registros de los dos últimos años en que había habido un discreto descenso. En cualquier caso, las proporciones se han situado en los cuatro años por encima del objetivo.

INDICADOR 48

PORCENTAJE DE PACIENTES CON KT/V OBJETIVO (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 8.700; 2018: 8.947
 VARIACIÓN 2018/2017: 2,8%



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

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

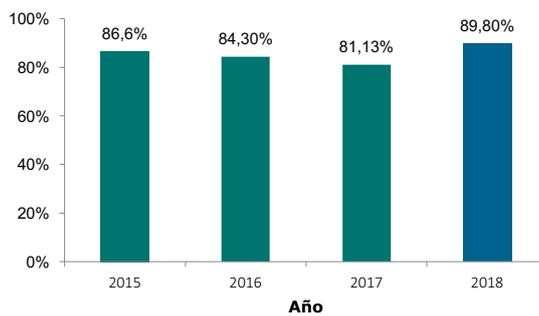
Existe un documento de consenso que recomienda como estándar de calidad que más del 80% de los pacientes prevalentes presenten albúmina en sangre igual o superior a 3,5 gr/dl.

La proporción de pacientes que cumplen el objetivo se ha mantenido todos los años por encima del 80%. Este año presenta un importante incremento al situarse en un 89,8%, siendo el mejor valor de la serie.

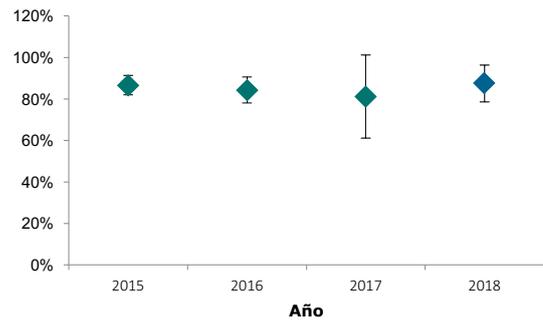
INDICADOR 49

PORCENTAJE DE PACIENTES CON ALBUMINA >3,5 G/DL (2018, EN %)
NÚMERO DE CASOS 2017: 8.700; 2018: 8.947
VARIACIÓN 2018/2017: 2,8%

Porcentaje



Porcentaje



8.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga

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

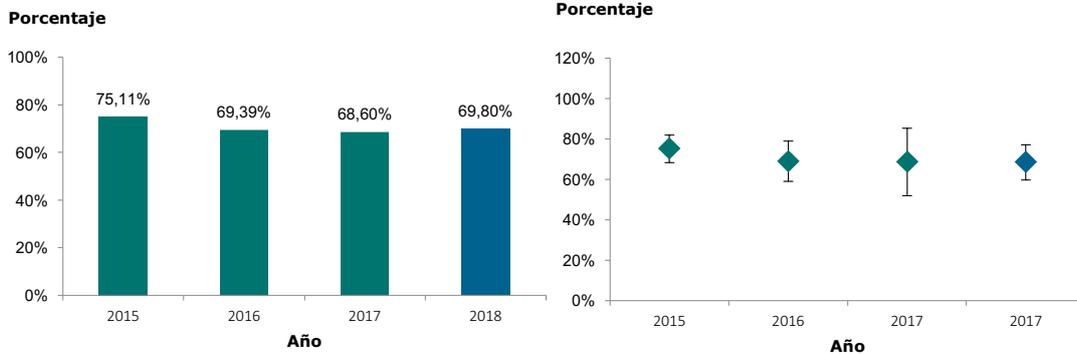
La fístula arteriovenosa (FAV) autóloga es la de primera elección seguida por el acceso heterólogo o protésico y, por último, el catéter venoso central. La FAV autóloga consiste en la conexión de una vena con una arteria próxima del brazo del paciente y constituye la solución óptima para garantizar una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

Las guías actuales de la SEN (2016) recomiendan como estándar de calidad el conseguir que un 75% tengan acceso mediante FAV funcional, aunque ello es cada vez más difícil de conseguir dado que los pacientes son cada vez mayores y con un árbol vascular muy deteriorado debido a las comorbilidades. Es por ello que se debe considerar como satisfactorio un resultado como el de 2018 de casi el 70%.

Los resultados obtenidos en los dos últimos años están muy próximos a este objetivo, siendo el porcentaje de 2018 del 69,8%, un punto porcentual por encima del anterior año.

INDICADOR 50

PORCENTAJE DE PACIENTES PREVALENTES CON FAV AUTÓLOGA (2018, EN %)
 NÚMERO DE CASOS 2017: 8.700; 2018: 8.947
 VARIACIÓN 2018/2017: 2,8%



Por tanto, estos indicadores muestran también una posición de la sanidad privada muy positiva en los indicadores de calidad de los servicios de hemodiálisis.



El Estudio RESA 2019 se presenta por octavo año consecutivo como un ejercicio de transparencia del sector privado que ya se ha convertido en una cita anual con la información de la sanidad privada.

Se ha consolidado plenamente un patrón de gran participación de los centros privados en un estudio que es plenamente voluntario. 325 centros sanitarios privados, más la información de 200 centros de fertilización *in vitro* suministrada por la Sociedad Española de Fertilidad conforman una base de datos que constituye ya una de las referencias importantes para conocer la sanidad española.

Este año se analizan cerca de 1,3 millones de altas hospitalarias, 2,7 millones de consultas externas, 4,5 millones de urgencias o 850.000 intervenciones quirúrgicas.

Medir resultados y comparar con los mejores está en la base de la mejora continua de la calidad. Como cada año, el Estudio RESA ha incrementado el número de indicadores publicados. Si en años anteriores se puso el énfasis en indicadores que permitiesen comparar con los datos publicados en España, los dos últimos años se han introducido indicadores que permiten la comparación con bases de datos internacionales, como son los indicadores EIQL. Estas comparaciones deben ser interpretadas con la máxima prudencia por las diferencias entre sistemas sanitarios, pero en cualquier caso permiten identificar las diferencias para valorar si nos encontramos en línea con la práctica de otros sistemas de gran calidad. De los resultados analizados hasta ahora se observa que la sanidad privada española que participa en RESA obtiene en general resultados comparables o mejores que los publicados.

En el amplio análisis presentado, se pueden constatar las siguientes realidades:

- La eficiencia del sector privado en la gestión de los recursos sanitarios es generalmente reconocida. El informe RESA aporta un conjunto de indicadores que, de forma muy estable en el tiempo permite valorar que la **eficiencia en la gestión del sector privado** no es sólo un tópico, sino que tiene una demostración cuantitativa en los resultados de los principales indicadores que la miden.
- Un valor que se da por supuesto a la sanidad privada es el de la fácil accesibilidad en tiempos de espera. El análisis de indicadores de cada una de las líneas de actividad (consulta externa, urgencias, medios diagnósticos, cirugía...) demuestra de forma cuantitativa **una excelente accesibilidad**. Y esta accesibilidad se mantiene en diferentes situaciones de picos de demanda, lo que demuestra también una buena **flexibilidad del sector**.
- El Estudio RESA incorpora ya un amplísimo conjunto de indicadores, de contenido bastante técnico, que miden los resultados de resolutivez (reingresos en hospitalización, retorno a urgencias, ...) y calidad técnica de los procesos atendidos (complicaciones, mortalidad...). El análisis demuestra que **los resultados son comparables o mejores** que otros sistemas sanitarios nacionales e internacionales que publican esta información. La resolutivez del sector es muy alta, con indicadores de retorno de pacientes muy bajos (retorno a urgencias, reingreso en hospitalización, reingreso tras intervención...) o en línea con los conocidos de otros sistemas sanitarios. Los diferentes indicadores de resultados muestran siempre una posición mejor o similar a la de otros sistemas sanitarios.
- Existe un **compromiso con la calidad**. Los indicadores presentados muestran que la práctica de la acreditación o certificación de unidades y procesos es generalizada en el sector. También la implantación de las principales políticas de seguridad del paciente está ampliamente generalizada entre los centros privados con niveles muy altos de desarrollo de las mismas.

La propia realización del Estudio RESA, y la altísima participación en él, son una señal clara del compromiso de los centros privados con la calidad asistencial.

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

10 ANEXOS



10.1. Proceso de selección y definición de indicadores

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

El Comité de Expertos del Estudio RESA 2019, nombrado por la Fundación IDIS, ha definido en las dos últimas ediciones la política de aumentar la comparabilidad con las fuentes de datos nacionales e internacionales que nos permitan visualizar que la sanidad privada española tiene unos resultados similares a los de los países con mejores sistemas sanitarios.

Si en años anteriores se incorporaron algunos indicadores utilizados en los observatorios de la Comunidad de Madrid y la Central de Resultados de Cataluña, estos dos últimos años se profundiza en la incorporación de indicadores EIQI utilizados por más de 400 hospitales de Alemania, Suiza y Austria.

En este sentido, el grupo de expertos del Estudio RESA 2019 propuso mantener los indicadores estudiados el año anterior y ampliar los indicadores en dos líneas:

- a) Incluir información sobre la accesibilidad y tiempos de respuesta del diagnóstico *in vitro* iniciando este año un estudio piloto de estos datos.
- b) Continuar incorporando indicadores EIQI que permitan la comparación con estudios de otros países.

10.2. Fichas de los indicadores

Las siguientes fichas detallan la definición, fórmula y términos de cada uno de los indicadores del Estudio RESA 2019:

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 outliers. 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 outliers. P1...Pn: Proporción de casos del GRD 1...GRD n en el conjunto de centros estudiados (Norma).

Definición de *outlier*:

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

Explotaciones específicas:

- Por servicio de alta
- Por mes del año

Código: 2	Nombre: Estancia media pre-quirúrgica
Definición: Número de estancias producidas desde la fecha de ingreso en el hospital hasta el día de la intervención quirúrgica en la totalidad de pacientes sometidos a intervenciones programadas.	
Fórmula: A/B	
Numerador (A): Sumatorio de la diferencia entre la fecha de intervención y la fecha de ingreso.	Denominador (B): Número total de altas hospitalarias con intervención quirúrgica.

Exclusiones:

- Altas no quirúrgicas (ver definición alta quirúrgica).

Definición de alta quirúrgica:

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

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

Exclusiones:

- Altas no quirúrgicas (ver definición alta quirúrgica).

Definición de alta quirúrgica:

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

Definición de cirugía mayor ambulatoria:

- Intervención quirúrgica con 0 días de estancia.

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

Exclusiones:

- Tumores.

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

Código: 7 (7.1.; 7.2.; 7.3)	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 y TAC.	
Fórmula: $\Sigma (A-B)/C$	
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: 8	Nombre: Tiempo medio de entrega de informe de laboratorio
Definición: Promedio de días de espera de los pacientes para la entrega del informe de las pruebas de laboratorio, tomando como fecha inicial el día de realización de la toma de muestras y como fecha final la disponibilidad del informe por el facultativo.	
Fórmula: $\Sigma (A-B) / C$	
Numerador (A y B): A: Fecha en la que el facultativo dispone del informe de la prueba. B: Fecha en la que el paciente se realiza la toma de muestras.	Denominador (C): Número de pacientes a los que se les ha realizado una prueba de laboratorio.

Código: 9 (9.1.; 9.2.; 9.3.; 9.4)	Nombre: Tiempo medio de espera citación primera consulta especialista (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: $\Sigma (A-B) / C$	
Numerador (A y B): A: Fecha de citación del paciente. B: Fecha de solicitud de consulta especialista.	Denominador (D): Número total de pacientes citados para la realización de una primera consulta con facultativo especialista.

Código: 10	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: $\Sigma (A-B) / C$	
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: 11	Nombre: Tiempo medio entre <i>triage</i> y asistencia facultativa en urgencias
Definición: Tiempo medio de espera transcurrido desde el <i>triage</i> en urgencias hasta la atención médica.	
Fórmula: $\Sigma (A-B) / C$	
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: 12	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: $\Sigma [(A-B)+(C-A)] / D$	
Numerador (A, B y C): A: Fecha de citación en consulta pre-anestésica. B: Fecha de solicitud de consulta pre-anestésica. C: Fecha de realización de la intervención quirúrgica.	Denominador (D): Número total de pacientes con fecha de realización de intervención quirúrgica y estudio pre-anestésico.

Código: 13	Nombre: Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y comienzo del 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.	
Fórmula: $\Sigma (A-B) / C$	
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 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: 14	Nombre: Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y comienzo del 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.	
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 (B): 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: 15	Nombre: Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y comienzo del tratamiento en cáncer de pulmón
Definición: Promedio de número de días transcurridos entre el diagnóstico firme de cáncer de pulmón y el inicio del tratamiento oncológico.	
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 (B): 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: 16	Nombre: Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico
Definición: Porcentaje de pacientes que retornan al servicio de urgencias del hospital en menos de las 72 horas posteriores a su primer registro en urgencias.	
Fórmula: $(A/B) * 100$	
Numerador (A): Número total de pacientes dados de alta en urgencias que vuelven a ser atendidos en urgencias en menos de 72 horas (se calcula mediante las horas de registro de entrada en urgencias).	Denominador (B): Número total de pacientes dados de alta en urgencias en el período estudiado hasta 72 horas antes del día y hora de cierre del período estudiado.

Código: 17	Nombre: Tasa de reingresos en hospitalización a los 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 con la patología inicial dentro de los 30 días posteriores al alta.	Denominador (B): Número total de pacientes ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria".

Exclusiones numerador:

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

Exclusiones denominador:

- Altas con causa del alta "Exitus".

Definición de patología relacionada:

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

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

Código: 18	Nombre: Tasa de reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días
Definición: Porcentaje de reingresos de casos quirúrgicos, tras una alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 7 días tras el episodio inicial. (El reingreso debe ser causado por la patología de su ingreso inicial o patología relacionada).	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de pacientes de casos quirúrgicos dados de alta (Casos índice) que reingresan en el hospital por la misma causa o una causa potencialmente relacionada de la patología inicial dentro de los 7 días posteriores al alta.	Denominador (B): Número total de pacientes de casos quirúrgicos ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria".

Exclusiones numerador:

- No se considerará como reingreso las altas programadas (campo "Tipo de procedimiento quirúrgico 1" es "Programado") aunque se produzcan en los 7 días posteriores al ingreso índice.

Exclusiones denominador:

- Altas con causa "Exitus".

Definición de patología relacionada:

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

- Recurrencia de la patología: el motivo del reingreso es la misma patología que la del ingreso índice. Este concepto se operativiza, exigiendo que coincidan los tres primeros dígitos del código del diagnóstico principal del ingreso índice y los del posible reingreso.
- Complicación de la asistencia: el reingreso es consecuencia de un problema agudo relacionado con la atención proporcionada por el ingreso índice. Existen dos vías para cumplir este requisito:

El diagnóstico principal es de iatrogenia o de complicación de la asistencia médica, septicemia, micosis, infecciones de las vías urinarias, de la piel o del tejido subcutáneo o envenenamiento por medicamentos. Ver listado de códigos en "Anexo I: Complicaciones de la asistencia médica".

Código: 19		Nombre: Reingresos por enfermedad pulmonar (EPOC) a los 30 días	
Definición: Porcentaje de reingresos con diagnóstico principal de EPOC, tras un alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 30 días tras el episodio inicial. (El reingreso debe ser causado por la patología de su ingreso inicial o patología relacionada).			
Fórmula: (A/B)*100			
Numerador (A): Número total de pacientes con diagnóstico principal de EPOC dados de alta (Casos índice) que reingresan en el hospital por una causa potencialmente relacionada de la patología inicial dentro de los 30 días posteriores al alta.		Denominador (B): Número total de pacientes con diagnóstico principal de EPOC ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria".	

Exclusiones numerador:

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

Exclusiones denominador:

- Altas con causa "Exitus".

Definición de EPOC:

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

Definición de patología relacionada (A):

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

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

Definición de patología relacionada (B):

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

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

Código: 20		Nombre: Reingresos por insuficiencia cardíaca (IC) a los 30 días	
Definición: Porcentaje de reingresos con diagnóstico principal de IC, tras un alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 30 días tras el alta inicial. (El reingreso debe ser causado por la patología de su ingreso inicial o patología relacionada).			
Fórmula: (A/B)*100			
Numerador (A): Número total de pacientes con diagnóstico principal de IC dados de alta (Casos índice) que reingresan en el hospital por una causa potencialmente relacionada con la patología inicial dentro de los 30 días posteriores al alta.		Denominador (B): Número total de pacientes con diagnóstico principal de IC ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria".	

Exclusiones numerador:

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

Exclusiones denominador:

- Altas con causa "Exitus".

Definición de IC:

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

Definición de patología relacionada (A):

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

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

Definición de patología relacionada (B):

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

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

Código: 21	Nombre: Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores la cirugía de cataratas
Definición: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de catarata no complicada, que tuvo una cirugía de cataratas y debe ser intervenido nuevamente de cataratas por la aparición de una complicación mayor en los 3 días posteriores a la cirugía.	
Fórmula: $(A/B)*100$	
Numerador (A): Número total de pacientes reintervenidos quirúrgicamente de cataratas por: <ul style="list-style-type: none"> • Conservar fragmentos nucleares • Endoftalmitis • Dislocada o lente intraocular de energía incorrecta • Desprendimiento de retina • Dehiscencia de la herida 	Denominador (B): Número total de intervenciones de cirugía de cataratas realizados en el centro hospitalario.

Definición de Catarata:

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

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

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

- Diagnóstico principal de un código de cataratas o con código de complicación de cataratas.

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

Código: 22	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: $\Sigma A / B$	
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: 23 (23.1., 23.2, 23.3, 23.4 y 23.5)	Nombre: Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente
Definición: Número de políticas y procedimientos de seguridad de pacientes implantados en el hospital en las áreas prioritarias: 1) higiene de manos; 2) evaluación de riesgo de úlceras por presión; 3) problemas relacionados con la medicación; 4) notificación de eventos adversos; 5) protocolo de cirugía. 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: 24	Nombre: Ratio de intervenciones de cirugía segura ("check list" quirúrgico)
Definición: Porcentaje de intervenciones quirúrgicas con anestesia general con hoja de verificación (<i>check-list</i>) de seguridad completada respecto al total de intervenciones quirúrgicas practicadas en el hospital.	
Fórmula: $(A/B)*100$	
Numerador (A): Número de intervenciones quirúrgicas con anestesia general con constancia en la documentación clínica de una hoja estandarizada de verificación (<i>check-list</i>) de seguridad quirúrgica, que cumpla los criterios de cirugía segura, completada y firmada.	Denominador (B): Número total de intervenciones quirúrgicas con anestesia general practicadas en el hospital durante el período establecido.

Código: 25	Nombre: Tasa de supervivencia a las 48 horas de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA)
Definición: Porcentaje de pacientes no fallecidos en las 48 horas posteriores al ingreso por SCA 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 SCA, menos el número total de pacientes de estos diagnósticos 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 SCA.

Exclusiones:

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

Definición de SCA:

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

Código: 26	Nombre: Tasa de supervivencia al alta por Síndrome Coronario Agudo (SCA)
Definición: Porcentaje de pacientes no fallecidos durante el período de 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 SCA, menos el número total de pacientes de estos diagnósticos y que tengan como motivo de alta "defunción/éxitus" en el período de ingreso.	Denominador (B): Número de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de SCA.

Exclusiones:

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

Definición de SCA:

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

Código: 27	Nombre: Tasa de supervivencia al alta por Insuficiencia Cardíaca (IC)
Definición: Porcentaje de pacientes no fallecidos durante su ingreso por IC 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 IC, menos el número total de pacientes de estos diagnósticos y que tengan como motivo de alta "defunción/éxitus" en el período de ingreso.	Denominador (B): Número de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de IC.

Exclusiones:

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

Definición de IC:

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

Código: 28	Nombre: Tasa de supervivencia al alta de pacientes ingresados por Ictus
Definición: Porcentaje de pacientes no fallecidos durante su ingreso por Ictus 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 Ictus, menos el número total de pacientes de estos diagnósticos y que tengan como motivo de alta "defunción/éxitus" en el período de ingreso.	Denominador (B): Número de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Ictus.

Exclusiones:

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

Definición de Ictus:

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

Código: 29	Nombre: Tasa de mortalidad por neumonía no complicada
Definición: Porcentaje de pacientes fallecidos durante el ingreso hospitalario por diagnóstico de neumonía no complicada sin obstrucción, tumor o mucoviscidosis.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Neumonía y que tengan como motivo de salida el de "defunción/éxitus" en el período de ingreso.	Denominador (B): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Neumonía.

Exclusiones:

- Todos los pacientes con diagnóstico de mucoviscidosis o tumores.

Definición de neumonía:

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

Código: 30	Nombre: Tasa de mortalidad por fractura de cuello de fémur
Definición: Porcentaje de pacientes fallecidos durante el ingreso hospitalario por diagnóstico principal de fractura de cuello de fémur.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Fractura de Cuello de Fémur y que tengan como motivo de salida el de "defunción/éxitus" en el período de ingreso.	Denominador (B): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Fractura de Cuello de Fémur.

Exclusiones:

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

Definición de fractura de cuello de fémur:

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

Todos los códigos incluidos en este indicador se detallan en el apéndice IV.

Código: 31	Nombre: Tasa de mortalidad por fractura de cadera pertrocanterea
Definición: Porcentaje de pacientes fallecidos durante el ingreso hospitalario con diagnóstico principal de fractura de cadera pertrocanterea.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Fractura de Cadera Pertrocanterea y que tengan como motivo de salida el de "defunción/éxitus" en el período de ingreso.	Denominador (B): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Fractura de Cadera Pertrocanterea.

Exclusiones:

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

Definición de fractura de cadera pertrocanterea:

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

Todos los códigos incluidos en este indicador se detallan en el apéndice V.

Código: 32	Nombre: Infarto agudo de miocardio transmural (edad>19), mortalidad intrahospitalaria
Definición: Diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio transmural (edad mayor de 19 años), mortalidad porcentual.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal, el de infarto agudo de miocardio transmural, de edad mayor de 19 años y que tengan como motivo de alta "defunción/éxito" en el período de ingreso.	Denominador (B): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal, el de infarto agudo de miocardio transmural, de edad mayor de 19 años.

Código: 33	Nombre: Infarto agudo de miocardio no transmural (edad>19), mortalidad intrahospitalaria
Definición: Diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio no transmural (edad mayor de 19 años), mortalidad porcentual.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal, el de infarto agudo de miocardio no transmural, de edad mayor de 19 años y que tengan como motivo de alta "defunción/éxito" en el período de ingreso.	Denominador (B): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal, el de infarto agudo de miocardio no transmural, de edad mayor de 19 años.
Ajustes: Se excluyen las altas por traslado del paciente a otro hospital.	

Código: 34	Nombre: Hemorragia subaracnoidea, mortalidad intrahospitalaria
Definición: Diagnóstico principal de hemorragia subaracnoidea (edad mayor de 19 años), mortalidad porcentual.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal, el de hemorragia subaracnoidea, de edad mayor de 19 años y que tengan como motivo de alta "defunción/éxito" en el período de ingreso.	Denominador (B): Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal, el de hemorragia subaracnoidea, de edad mayor de 19 años.
Ajustes: Se excluyen las altas por traslado del paciente a otro hospital.	

Código: 35	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 realizadas durante el periodo de estudio.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de intervenciones realizadas dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario urgente como consecuencia de una fractura de cadera durante el periodo de estudio.	Denominador (B): Número total de intervenciones al ingreso hospitalario urgente como consecuencia de una fractura de cadera durante el periodo de estudio.

Exclusiones:

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

Definición de fractura de cadera:

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

Código: 36	Nombre: Tasa de reingresos postalta 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 los 30 días posteriores en el mismo centro en el que se le realizó la CMA por complicaciones relativas a la intervención.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una CMA y han sido ingresados por una complicación relativa a la intervención antes de 30 días.	Denominador (B): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una CMA tanto en centro hospitalario como ambulatorio.

Exclusiones numerador:

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

Exclusiones denominador:

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

Definición de complicación relativa a la intervención:

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

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

Código: 37	Nombre: Septicemia postquirúrgica
Definición: Porcentaje de pacientes ingresados con una intervención quirúrgica con anestesia general y que presentan un diagnóstico de septicemia sobre el total de pacientes con intervención quirúrgica con anestesia general.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número de pacientes con intervención quirúrgica que presentan un diagnóstico de septicemia.	Denominador (B): Número de pacientes con al menos una intervención quirúrgica con anestesia general.

Exclusiones:

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

Definición de sepsia:

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

Código: 38	Nombre: Tasa de partos por cesárea
Definición: Porcentaje de pacientes ingresadas con diagnóstico principal de parto a las que se ha realizado una intervención quirúrgica de cesárea.	
Fórmula: $(A/B)*100$	
Numerador (A): Número de pacientes con procedimiento principal quirúrgico de cesárea.	Denominador (B): Número de pacientes con diagnóstico principal de parto.

Exclusiones:

- Altas no quirúrgicas.

Definición de parto y cesárea:

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

Código: 39 y 40	Nombre: Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos sobre nº de ciclos realizados
Definición: Porcentaje de gestaciones y partos con ovocitos propios frescos sobre el nº total de ciclos realizados.	
Fórmula: A/B	
Numerador (A): Número total de gestaciones y partos con ovocitos frescos.	Denominador (B): Número total de ciclos iniciados.

Código: 41 y 42	Nombre: Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados sobre nº de ciclos realizados
Definición: Porcentaje de gestaciones y partos con ovocitos propios congelados sobre el nº total de ciclos realizados.	
Fórmula: A/B	
Numerador (A): Número total de gestaciones y partos con ovocitos propios congelados.	Denominador (B): Número total de ciclos iniciados

Código: 43 y 44	Nombre: Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos sobre nº de ciclos realizados
Definición: Porcentaje de gestaciones y partos con ovocitos donados frescos sobre el nº total de ciclos realizados.	
Fórmula: A/B	
Numerador (A): Número total de gestaciones y partos con ovocitos donados frescos.	Denominador (B): Número total de ciclos iniciados.

Código: 45 y 46	Nombre: Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados sobre nº de ciclos realizados
Definición: Porcentaje de gestaciones y partos con ovocitos donados congelados sobre el nº total de ciclos realizados.	
Fórmula: A/B	
Numerador (A): Número total de gestaciones y partos con ovocitos donados congelados.	Denominador (B): Número total de ciclos iniciados.

Código: 47	Nombre: Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis
Definición: La tasa bruta de mortalidad es el número de muertes que se producen al año en pacientes con indicación de hemodiálisis dividido por la prevalencia de hemodiálisis en este mismo año.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número de muertes de pacientes en hemodiálisis al año.	Denominador (B): Prevalencia de pacientes en hemodiálisis en el año.

Código: 48	Nombre: Porcentaje de pacientes con KT/V objetivo
Definición: El porcentaje de pacientes con KT/V objetivo es el número de pacientes con spkt/v medio en el período superior a 1,3, respecto al número de pacientes prevalentes en el período de estudio.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número de pacientes del denominador bimestral con spkt/v medio en el período > 1,3.	Denominador (B): Número de pacientes prevalentes en el período que lleven en hemodiálisis tres meses o más y que se dializan tres veces por semana.

Código: 49	Nombre: Porcentaje de pacientes con albúmina > 3,5 g./dL
Definición: El porcentaje de pacientes con Albúmina > 3,5 g./dL es la razón del número de pacientes con cifra media de albúmina sérica en el período de estudio superior a 3,5 g./dL y el número de pacientes de hemodiálisis prevalentes en el mismo período.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número de pacientes del denominador con cifra media de albúmina sérica en el período de estudio superior a 3,5 g./dL.	Denominador (B): Número de pacientes en hemodiálisis prevalentes en el mismo período.

Código: 50	Nombre: Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga
Definición: El porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga equivale al número de pacientes con FAV autóloga del total de pacientes prevalentes a final del año.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número de pacientes prevalentes con FAV autóloga.	Denominador (B): Número de pacientes en hemodiálisis prevalentes durante el mismo período.

10.3. Especificaciones metodológicas

10.3.1. Recolección de la información

La información fue recogida en el período de Marzo a Mayo de 2019.

La información a suministrar se facilitó en dos formatos:

1. La base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria y de Cirugía Mayor Ambulatoria de acuerdo con las especificaciones oficiales para su recogida.

2. El formato del documento de Excel "Modelo Cuestionario IDIS RESA 2019" que compila la información de otras modalidades asistenciales a recoger mediante pestañas específicas para cada tipo de información con formatos estandarizados.

La información sobre centros de fertilización *in vitro* fue suministrada por la Sociedad Española de Fertilidad. La información facilitada no incluyó bases de datos de pacientes sino sólo el cálculo de los indicadores para el conjunto de los centros privados.

10.3.2. Período de referencia

La Información recogida para el estudio RESA 2019 tenía como período de referencia la actividad realizada en el año 2018.

Para los indicadores de fertilización *in vitro*, el período de referencia fue el de los ciclos iniciados en el año 2016, dada la necesidad de valorar resultados del embarazo.

10.3.3. Políticas de confidencialidad de la información

La información sobre identificadores de pacientes fue anonimizada por cada centro mediante la atribución a éstos de códigos de identificación no trazables por los responsables del análisis de la información.

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

En los indicadores en que ha sido necesario suministrar una identificación individual del paciente que permitiera cruzar datos para obtener, por ejemplo, las tasas de reingreso, esta identificación se sustituyó por un número aleatorio de identificación personal que sólo pudiera relacionarlo el responsable del centro con la historia clínica o la identificación personal del paciente.

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

En función de las políticas de seguridad de la información de cada centro se aplicaron algunos criterios adicionales de no trazabilidad como la anonimización de los centros de los grandes grupos de hospitales o la sustitución de los ítems que podrían permitir trazabilidad indirecta por explotaciones específicas.

Las pestañas de información a cumplimentar han sido:

10.3.4. CMBD

Se solicitó la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria y de Cirugía Mayor Ambulatoria del último año (2018).

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

10.3.5. Actividad de urgencias

Se han incluido en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2018.

Se suministra la siguiente información:

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de registro en admisión de urgencias (o fecha y hora de llegada al servicio de urgencias si esta es el registro existente). Se excluirá el registro si la admisión en urgencias no es registrada a la llegada.
- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm del registro de inicio de la atención de *triage* por personal de enfermería o facultativo. Se excluirá el centro si el *triage* en urgencias no es registrado.

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

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

Fuente: Sistema de Información Hospitalario (HIS).

10.3.6. Consultas externas

Se han incluido las siguientes consultas de especialista realizadas en 2018:

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

Se han incluido todas aquellas primeras consultas con fecha fijada (independientemente de que la consulta se haya realizado o no) dentro del año 2018 en las que se da cita al paciente en el primer hueco disponible en la agenda u otra fecha próxima a conveniencia del paciente.

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

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

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

10.3.7. Pruebas complementarias

Se han incluido las siguientes pruebas de diagnóstico por la imagen realizadas en 2018:

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

Se han incluido las pruebas con fecha fijada (independientemente de que se hayan realizado o no) dentro del año 2018 en las que se da cita en el primer hueco disponible en la agenda u otra fecha próxima a conveniencia del paciente.

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

Para cada una de las pruebas se han suministrado los siguientes datos:

- Prueba (de las tres indicadas).
- Fecha en formato dd/mm/aaaa de solicitud de la prueba, sea ésta realizada por el profesional o por el paciente.
- Fecha fijada para la realización de la prueba en formato dd/mm/aaaa.
- Fecha final de disponibilidad de la prueba. Se hace constar en el mismo formato la fecha en que el facultativo puede disponer del informe en formato electrónico o mediante entrega manual o la fecha en que la prueba está disponible para que la pueda recoger el paciente, independientemente de cuándo éste la recoja de forma efectiva.

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

10.3.8. Pruebas de laboratorio

Se han incluido las pruebas con fecha fijada (independientemente de que se hayan realizado o no) dentro del año 2018 en las que se da cita en el primer hueco disponible en la agenda u otra fecha próxima a conveniencia del paciente.

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

Para cada una de las pruebas se han suministrado los siguientes datos:

- Tipo de Prueba (Bioquímica, Hematología, Microbiología, Inmunología o Genética).
- Fecha en formato dd/mm/aaaa de solicitud de la prueba, sea ésta realizada por el profesional o por el paciente.

- Fecha fijada para la realización de la prueba en formato dd/mm/aaaa.
- Fecha final de disponibilidad de la prueba. Se hace constar en el mismo formato la fecha en que el facultativo puede disponer del informe en formato electrónico o mediante entrega manual o la fecha en que la prueba está disponible para que la pueda recoger el paciente, independientemente de cuándo éste la recoja de forma efectiva.

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

10.3.9. Cáncer

Incluye todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, pulmón o colon en que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) hayan sido realizados en el hospital en el período de estudio.

Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio ha sido el 31 de enero del año siguiente (año 2018 hasta el 31 de enero de 2019).

Se ha suministrado la información siguiente:

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

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

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

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

10.3.10. Auditorías y certificaciones

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

- International Organization for Standardization (ISO)
- European Federation of Quality Management
- Joint Commission of Hospital Accreditation

Se han incluido las acreditaciones que se realizan con carácter plurianual obtenidas con anterioridad al periodo solicitado y que se mantienen en vigor durante el mismo.

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

Los grupos o centros hospitalarios que participaron en los Estudios RESA 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 solo han enviado los documentos acreditativos que se hayan obtenido durante 2018 y han informado si alguno de los documentos vigentes en el estudio anterior no es válido para el año 2018.

10.3.11. Seguridad del paciente

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

- a) Higiene de manos. Implica la realización de un plan de formación sistemático de al menos el personal sanitario, la revisión y dotación de puntos de lavado de manos con solución hidroalcohólica, la existencia de una práctica de supervisión de la realización del lavado de manos y la realización de varias actividades de comunicación. Debe existir documentación formalizada que contenga el plan de higiene de manos.
- b) Protocolo de evaluación de úlceras por presión. Implica la existencia de un protocolo formal aprobado por los órganos de gobierno, la definición de los criterios de riesgo de UPP en los pacientes, la realización en los pacientes en riesgo de una evaluación preventiva de úlceras con al menos la identificación de pacientes de riesgo y la aplicación de una clasificación estandarizada para todo el centro, y la realización del cálculo con una periodicidad al menos trimestral de un indicador de UPP cuya información se suministre sistemáticamente a la dirección.
- c) Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación. Implica la existencia de la revisión por el farmacéutico o farmacólogo clínico del análisis de la medicación prescrita durante la estancia en el hospital, el análisis de potenciales problemas relacionados con la medicación y la comunicación al clínico responsable de estos problemas. El protocolo debe estar escrito.
- d) Sistema de notificación anónima de eventos adversos. Implica la existencia de un sistema mecanizado de notificación de la aparición de eventos adversos en los pacientes atendidos, que respete el anonimato del notificante, la realización de un análisis del evento adverso (diagrama de Ishikawa, causa-raíz, u otros instrumentos de análisis de causas)

y la difusión de las conclusiones a la unidad/es afectada/s. Se acompaña en formato electrónico la información del funcionamiento del sistema que se utilice para que éste sea conocido por el personal.

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

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

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

Los grupos o centros sanitarios que participaron en los Estudios RESA 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 sólo han aportado los documentos de las políticas y protocolos de seguridad del paciente que se han definido, desarrollado o implantado durante el año 2018 o en aquellos casos en los que el nivel de implantación de la política o protocolo haya aumentado.

10.3.12. Ratio de intervenciones de cirugía segura (*Check-list* quirúrgico)

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

La muestra que han recogido los centros es un corte mensual posterior al 31 de agosto de 2018, libremente escogido por el hospital en el que se reflejen días consecutivos.

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

- En la documentación clínica del paciente exista una hoja de verificación de acuerdo con el programa aprobado en el centro.

- Esta hoja esté firmada por el/los responsables.
- Al menos se haya cumplimentado alguno de los ítems de los que consta la herramienta y que el centro tenga constancia escrita de su cumplimentación (el indicador este año no ha entrado en la calidad de cumplimentación, sino sólo en la realización).

La información que se solicitó fue la cumplimentación (SI/NO) del ítem de "check list" quirúrgico en la base de datos de pacientes quirúrgicos.

10.3.13. Reproducción asistida

El año de referencia de la información suministrada para este indicador ha sido 2016 (ciclos iniciados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016 y nacimientos del bebé en 2016 o 2017).

La información suministrada se limita a los indicadores calculados para el total de centros privados.

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

Fuente: Información suministrada por la Sociedad Española de Fertilidad.

10.3.14. Hemodiálisis

El período de referencia es el año 2018, desde 1 de enero a 31 de diciembre. Se han incluido sólo los pacientes que han sido atendidos durante más de 9 meses para evitar el sesgo de pacientes con pocos meses de atención.

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

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

- KtV Objetivo. 1: Si cumple la condición de Kt/V medio en el período superior a 1,3. 0: No cumple la condición.

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

- 1: Si, 0: No.

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

10.4. Relación de participantes

Listado de centros hospitalarios y clínicas participantes en el Estudio RESA 2019¹:

10.4.1. Centros hospitalarios y clínicas

ASISA (HLA GRUPO HOSPITALARIO)

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

GRUPO HM HOSPITALES

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

CLÍNICAS IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO

- IMQ VIRGEN BLANCA
(Bilbao)
- IMQ ZORROTZAURRE
(Bilbao)
- IMQ CLÍNICA SAN MIGUEL
(Pamplona)

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

GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓNSALUD

- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD A CORUÑA
(A Coruña)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD ALAMEDA
(Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD BILBAO
(Bilbao)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD CLIDEBA MÉRIDA
(Mérida, Badajoz)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD CONDES DE BUSTILLO
(Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD FUENGIROLA
(Fuengirola, Málaga)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD LOS REMEDIOS
(Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD MÁLAGA
(Málaga)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD NERVIÓN
(Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN SALUD ORIHUELA
(Orihuela, Alicante)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD SANTA POLA
(Santa Pola, Alicante)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD SEVILLA ESTE
(Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD TRES CANTOS
(Tres Cantos, Madrid)
- CENTRO MÉDICO TEKNON
(Barcelona)
- CLÍNICA QUIRÓNSALUD ALCÁZAR
(Alcázar de San Juan, Ciudad Real)
- CLÍNICA LA MERCED
(Poio, Pontevedra)
- CLÍNICA ROTGER
(Palma de Mallorca)
- HOSPITAL EL PILAR – CENTRE CARDIOVASCULAR SANT JORDI
(Barcelona)
- HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA
(Collado Villalba, Madrid)
- HOSPITAL LA LUZ
(Madrid)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD A CORUÑA
(A Coruña)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD ALBACETE
(Albacete)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD BARCELONA
(Barcelona)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD BIZKAIA
(Erandio, Vizcaya)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD CÁCERES
(Cáceres)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD CAMPO DE GIBRALTAR
(Cádiz)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD CIUDAD REAL
(Ciudad Real)

- HOSPITAL QUIRÓNSALUD CLIDEBA (Badajoz)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD COSTA ADEJE (Santa Cruz de Tenerife)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD DEL VALLÉS (Sabadell, Barcelona)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD INFANTA LUISA (Sevilla)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA (Málaga)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MARBELLA (Marbella, Málaga)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MIGUEL DOMÍNGUEZ (Pontevedra)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MURCIA (Murcia)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD PALMAPLANAS (Palma de Mallorca)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD PONTEVEDRA (Pontevedra)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAGRADO CORAZÓN (Sevilla)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAN JOSÉ (Madrid)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD SANTA JUSTA (Villanueva de la Serena, Badajoz)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD SUR (Alcorcón, Madrid)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD TENERIFE (Santa Cruz de Tenerife)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD TOLEDO (Toledo)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD TORREVIEJA (Torrevieja, Alicante)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD VALENCIA (Valencia)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD VITORIA (Vitoria)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD ZARAGOZA (Zaragoza)
- HOSPITAL RUBER INTERNACIONAL (Madrid)
- HOSPITAL SAN AGUSTÍN (Dos Hermanas, Sevilla)
- HOSPITAL UNIVERSITARI DEXEUS (Barcelona)
- HOSPITAL UNIVERSITARI GENERAL DE CATALUNYA (Sant Cugat del Vallés, Barcelona)
- HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR (Barcelona)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (Valdemoro, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRÓNSALUD MADRID (Pozuelo de Alarcón, Madrid)

- HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS (Madrid)
- INSTITUTO OFTALMOLÓGICO QUIRÓNSALUD A CORUÑA (A Coruña)
- INSTITUTO OFTALMOLÓGICO QUIRÓNSALUD BARCELONA (Barcelona)
- POLICLÍNICA GUIPUZKOA (San Sebastián)

GRUPO HOSPITALARIO SAN ROQUE

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

GRUPO HOSPITEN

- HOSPITEN BELLEVUE (Puerto de la Cruz, Tenerife)
- HOSPITEN CLÍNICA ROCA (San Agustín, Gran Canaria)
- HOSPITEN ESTEPONA (Estepona, Málaga)
- HOSPITEN LANZAROTE (Puerto del Carmen, Lanzarote)
- HOSPITEN RAMBLA (Santa Cruz de Tenerife)
- HOSPITEN SUR (Arona, Tenerife)
- MD ANDERSON CANCER CENTER (Madrid)

GRUPO RECOLETAS

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

GRUPO VITHAS

- HOSPITAL AGUAS VIVAS
(Valencia)
- HOSPITAL MEDIMAR INTERNACIONAL
(Alicante)
- HOSPITAL MONTSERRAT
(Lleida)
- HOSPITAL 9 DE OCTUBRE
(Valencia)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA
DE AMÉRICA
(Madrid)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA
DE FÁTIMA
(Vigo, Pontevedra)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA
DE LA SALUD
(Granada)
- HOSPITAL PARDO DE ARAVACA
(Madrid)
- HOSPITAL PARQUE SAN ANTONIO
(Málaga)
- HOSPITAL PERPETUO SOCORRO
(Alicante)
- HOSPITAL REY DON JAIME
(Castellón de la Plana)
- HOSPITAL SEVILLA ALJARAFE
(Castilleja de la Cuesta, Sevilla)
- HOSPITAL SAN JOSÉ
(Vitoria)
- HOSPITAL SANTA CATALINA
(Las Palmas de Gran Canaria)
- HOSPITAL SANTA CRUZ
(Santa Cruz de Tenerife)
- HOSPITAL VALENCIA AL MAR
(Valencia)
- HOSPITAL VIRGEN DEL CONSUELO
(Valencia)

- HOSPITAL VIRGEN DEL MAR
(Almería)

- XANIT HOSPITAL INTERNACIONAL
(Benalmádena, Málaga)

HOSPITALES CATÓLICOS DE MADRID

- CLÍNICA SANTA ELENA
(Madrid)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA
DEL ROSARIO
(Madrid)
- HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS
(Madrid)

RIBERA SALUD

- HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE TORREVIEJA
(Torrevieja, Alicante)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VINALOPO
(Elche, Alicante)

SANITAS HOSPITALES

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

VIAMED

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

ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS

- FUNDACIÓN INSTITUTO SAN JOSÉ (Madrid)
- HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS TENERIFE (Tenerife)
- HOSPITAL CIEMPOZUELOS (Madrid)
- NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ (Madrid)
- HOSPITAL SAN JUAN GRANDE (Jerez de la Frontera, Cádiz)

OTROS

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

10.4.2. Centros ambulatorios

AFFIDEA Q DIAGNÓSTICA

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

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

GRUPO ASCIRES

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

DIAVERUM

- CENTRO DE DIÁLISIS AXARQUÍA (Torredelmar, Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS BAIX LLOBREGAT (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS CEDICAS (Castellón)
- CENTRO DE DIÁLISIS COSTA DE LA LUZ (Huelva)
- CENTRO DE DIÁLISIS EMILIO ROTELLAR (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS ESTEPONA (Estepona, Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS GAMAPAL (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS ISLA DE LA CARTUJA (Santiponce, Sevilla)
- CENTRO DE DIÁLISIS LOLA PALOMAR (Villareal, Castellón)

- CENTRO DE DIÁLISIS MALAGA (Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS MARESME (Pineda de Mar, Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS MATARÓ (Mataró, Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS NEFROCLUB (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS NEFROPLANA (Castellón)
- CENTRO DE DIÁLISIS NEPHROS (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS NTRA. SRA. DE LA CABEZA (Motril, Granada)
- CENTRO DE DIÁLISIS OROPESA (Oropesa de Mar, Castellón)
- CENTRO DE DIÁLISIS PALAU (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS PLAYAS DE CARTAYA (Cartaya, Huelva)
- CENTRO DE DIÁLISIS PONTEVEDRA (Pontevedra)
- CENTRO DE DIÁLISIS RIOTINTO (Minas de Riotinto, Huelva)
- CENTRO DE DIÁLISIS SANTA CATALINA (Jaén)
- CENTRO DE DIÁLISIS TORREMOLINOS (Torremolinos, Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS VILLAGARCIA (Vilagarcía de Arousa, Pontevedra)
- CENTRO DE DIÁLISIS VINAROS (Vinaroz, Castellón)

- CENTRO DE DIÁLISIS VIRGEN DE MONTSERRAT (Barcelona)
- CENTRO DIÁLISIS BURJASSOT (Burjassot, Valencia)
- INSTITUTO DE HEMODIÁLISIS BARCELONA (Barcelona)
- INSTITUTO MÉDICO DE BADALONA (Badalona, Barcelona)

GRUPO GENESISCARE

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

GRUPO INNOVA OCULAR

- INNOVA OCULAR BEGITEK (San Sebastián)
- INNOVA OCULAR CLÍNICA DR. SOLER (Elche, Alicante)
- INNOVA OCULAR CLÍNICA MUIÑOS (Santa Cruz de Tenerife)
- INNOVA OCULAR CLÍNICA VILA (Valencia)
- INNOVA OCULAR ICO BARCELONA (Barcelona)
- INNOVA OCULAR IOA MADRID (Madrid)
- INNOVA OCULAR LA ARRUZAFÁ (Córdoba)
- INNOVA OCULAR OCULSUR (Cádiz)
- INNOVA OCULAR VIRGEN DE LUJÁN (Sevilla)

GRUPO HEALTH TIME

- HEALTH TIME ALGECIRAS (Algeciras, Cádiz)
- HEALTH TIME ANDÚJAR (Jaén)
- HEALTH TIME CABRA (Cabra, Córdoba)
- HEALTH TIME CÁDIZ (Cádiz)
- HEALTH TIME CÓRDOBA ASISA (Córdoba)
- HEALTH TIME CRISTO REY (Jaén)
- HEALTH TIME CRUZ ROJA (Córdoba)
- HEALTH TIME EL EJIDO (El Ejido, Almería)

- HEALTH TIME JEREZ DE LA FRONTERA
(Jerez de la Frontera, Cádiz)
- HEALTH TIME LAS NIEVES
(Jaén)
- HEALTH TIME LINARES
(Linares, Jaén)
- HEALTH TIME MANZANARES
(Manzanares, Ciudad Real)
- HEALTH TIME MONTILLA
(Montilla, Córdoba)
- HEALTH TIME POZOBLANCO
(Pozoblanco, Córdoba)
- HEALTH TIME SAN JUAN DE DIOS
(Córdoba)
- HEALTH TIME SANLÚCAR
DE BARRAMEDA
(Sanlúcar de Barrameda, Cádiz)
- HEALTH TIME VALDEPEÑAS
(Valdepeñas, Ciudad Real)

GRUPO QUIRÓNSALUD

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

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

GRUPO NEPHROCARE

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

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

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

GRUPO SCANNER

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

OTROS CENTROS

- CLÍNICA REMENTERÍA
(Madrid)

10.4.3. Información de la Sociedad Española de Fertilidad

La información sobre centros de reproducción asistida ha sido remitida por la Sociedad Española de Fertilidad a través del Doctor Fernando J. Prados Mondéjar.

10.4.4. Comité de Expertos

El comité de expertos del Estudio RESA 2019 se encuentra formado por:

- Agustín Albarracín, Quirónsalud
- Anabel Fernández Castelló, Sanitas
- Alejandro Jiménez, HLA
- Isabel Bule, HM Hospitales
- Javier Otero, Hospitales San Roque
- Mauricio Losa, Innova Ocular
- Mapi Henríquez, Quirónsalud
- Miguel Ortegón, Hospitales Católicos de Madrid
- Nicolás Guerra, IMQ
- Rosa Ramos, Nephrocare

10.4.5. Responsables (IDIS y Antares Consulting)

El equipo responsable del trabajo de campo y análisis del Estudio RESA 2019 se encuentra formado por profesionales de IDIS y de Antares Consulting:

Coordinación:

Manuel Vilches, Director General del IDIS

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



PATRONOS

- ACES
- ADESLAS
- ANALIZA
- ASISA
- AXA
- CASER
- DKV
- FARMAINDUSTRIA
- FENIN
- FRESENIUS MEDICAL CARE
- GENESISCARE
- GRUPO HOSPITALARIO RECOLETAS
- HCM. HOSP. CATÓLICOS DE MADRID
- HM HOSPITALES
- HOSPITAL PERPETUO SOCORRO
- HOSPITALES SAN ROQUE
- HOSPITEN
- IMQ
- INNOVA OCULAR
- INSTITUTO HISPALENSE PEDIATRÍA
- MAPFRE
- QUIRÓNSALUD
- RIBERA SALUD
- SANITAS
- VITHAS

PATRONOS DE LIBRE DESIGNACIÓN

- ALIANZA GENERAL DE PACIENTES
- ANEFP
- ASEBIO
- CONSEJO GRAL COLEGIOS ENFERMERÍA
- CONSEJO GRAL COLEG. OFIC. FARMACÉUTICOS
- CONSEJO DENTISTAS
- FACME
- FORO ESPAÑOL DE PACIENTES
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL
- PLATAFORMA ORGANIZACIONES PACIENTES

PATROCINADORES

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

COLABORADORES

- AIR LIQUIDE HEALTHCARE
- A.M.A.
- ARAMARK
- ASTRAZENECA
- BECKMAN COULTER
- CARBUROS MEDICA
- CHIP-CARD SALUD
- DNV BUSINESS ASSURANCE
- EL CORTE INGLÉS
- ELEKTA
- EMSOR
- EQUIFAX
- FRESENIUS KABI
- GFI
- GRUPO COFARES
- HARTMANN
- MINDRAY
- NOVARTIS
- OPINAT
- PALEX
- PMMT
- PROMEDE
- SHAM
- SODEXO
- WILLIS IBERIA
- WOLTERS KLUWER – UPTODATE
- 3M HEALTH CARE

ASOCIADOS

- ASCIRES
- AFFIDEA
- ASEFA
- CENTRO MÉDICO DE ASTURIAS
- CMED
- FIATC
- FUNDACIÓN TEJERINA
- GRUPO BIENZOBAS
- HOSPITAL GRAL SANTÍSIMA TRINIDAD
- VISTA OFTALMÓLOGOS

Estudio Resa **2019**

"Indicadores de resultados
en salud de la sanidad privada"

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



CON EL PATROCINIO DE:



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad

Paseo de la Castellana 135, 7,
28046 Madrid.

☎ 91 790 67 56 📠 91 790 68 69

✉ info@fundacionidis.com

fundacionidis.com

somos activos en
las redes sociales

