



Indicadores de Resultados  
en Salud de la Sanidad Privada  
**ESTUDIO RESA**  
2015



Instituto para el Desarrollo  
e Integración de la Sanidad



Indicadores  
de Resultados  
en Salud  
de la Sanidad Privada  
**ESTUDIO RESA**  
2015

# ÍNDICE

Presentación .....	4
Resumen ejecutivo .....	6
<b>1. Objetivos del estudio .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Ficha metodológica .....</b>	<b>10</b>
2.1. Aumento del número de participantes .....	11
2.2. Crecimiento de la participación .....	12
2.3. Datos básicos de los centros participantes .....	13
2.4. Proceso de selección de indicadores .....	13
2.5. Recopilación y procesamiento de los indicadores .....	15
<b>3. Eficiencia .....</b>	<b>16</b>
3.1. Estancia media ajustada por casuística .....	17
3.2. Estancia media pre-quirúrgica .....	19
3.3. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias .....	20
<b>4. Accesibilidad en la atención sanitaria .....</b>	<b>22</b>
4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias .....	23
4.1.1. Mamografías .....	23
4.1.2. Resonancias Magnéticas .....	25
4.1.3. Tomografía Axial Computarizada .....	26
4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias .....	28
4.3. Tiempo medio de citación para consultas de especialista .....	30
4.3.1. Oftalmología .....	31
4.3.2. Dermatología .....	32
4.3.3. Traumatología .....	33
4.3.4. Ginecología y Obstetricia .....	34
4.4. Tiempo medio en urgencias .....	35
4.5. Espera media quirúrgica .....	40
4.6. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo de tratamiento en procesos oncológicos .....	42
<b>5. Resolución asistencial .....</b>	<b>44</b>
5.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico .....	45
5.2. Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta .....	47
5.3. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas .....	51
<b>6. Calidad y seguridad del paciente .....</b>	<b>52</b>
6.1. Acreditaciones y certificaciones de unidades y servicios hospitalarios .....	53
6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente .....	54
6.2.1. Protocolo de higiene de manos .....	55
6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión .....	56
6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación .....	57
6.2.4. Sistema de notificación de eventos adversos .....	58
6.2.5. Protocolo de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico) .....	59
6.3. Ratio de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico).....	60

6.4. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo.....	61
6.5. Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario .....	63
6.6. Ratios de colonoscopias y gastroscopias realizadas con sedación profunda .....	64
6.7. Tasa de reingresos posteriores a cirugía ambulatoria a 30 días .....	65
6.8. Tasa de recién nacido vivo único a término por ciclo iniciado .....	68
6.9. Ratio de ciclos resultantes en embarazo .....	69
<b>7. Conclusiones .....</b>	<b>70</b>
<b>8. Anexos .....</b>	<b>72</b>
8.1. Proceso de selección y definición de indicadores .....	73
8.2. Fichas de los indicadores .....	74
8.3. Especificaciones metodológicas .....	80
CMBD .....	80
8.3.1. Estancia media ajustada por casuística .....	80
8.3.2. Estancia media pre-quirúrgica .....	80
8.3.3. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias .....	81
8.3.4. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias .....	81
8.3.5. Tiempo medio de espera de entrega de informe de pruebas complementarias .....	81
8.3.6. Tiempo medio de espera de citación primera consulta especialista .....	82
8.3.7. Tiempo medio de asistencia en triage en urgencias .....	82
8.3.8. Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias .....	83
8.3.9. Espera media quirúrgica.....	83
8.3.10. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama.....	83
8.3.11. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de colon .....	84
8.3.12. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de pulmón .....	84
8.3.13. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico .....	85
8.3.14. Tasa de reingreso en hospitalización a 30 días del alta .....	85
8.3.15. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas .....	85
8.3.16. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios .....	85
8.3.17. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente .....	86
8.3.18. Ratio de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico).....	87
8.3.19. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo .....	87
8.3.20. Ratio de cirugías de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso.....	87
8.3.21. Ratio de colonoscopias realizadas con sedación .....	87
8.3.22. Ratio de gastroscopias realizadas con sedación .....	88
8.3.23. Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días .....	88
8.3.24. Tasa de recién nacido vivo único a término por ciclo iniciado .....	88
8.3.25. Ratio de ciclos resultantes en embarazo.....	88
8.4. Relación de participantes .....	89
8.4.1. Centros hospitalarios y clínicas .....	89
8.4.2. Centros ambulatorios .....	92
8.4.3. Comité de expertos .....	94
8.4.4. Responsables (IDIS y Antares Consulting) .....	94
8.5. Entidades que forman parte del IDIS .....	95

# PRESENTACIÓN

## Transparencia y objetividad

Presentamos una nueva edición del estudio RESA (Resultados de Salud), un elemento fundamental de análisis que traduce el esfuerzo y el tesón de las organizaciones asistenciales de titularidad privada no solo en la mejora continua de sus procedimientos y procesos, sino en lo que es tan importante o más, en la obtención de los mejores resultados de salud posibles a través de una gestión eficiente de los recursos, evitando en lo posible la variabilidad clínica inherente a una actividad altamente compleja y especializada como la medicina.

No cabe ninguna duda que un estudio de estas características requiere en primer lugar un ejercicio de objetividad y transparencia por parte de todas las organizaciones participantes y un compromiso manifiesto de trabajo, de control y sistematización constantes para que los datos no solo sean homogéneos, sino que además puedan ser asimilables, hemos de tener en cuenta que en esta ocasión la participación de centros asistenciales hospitalarios y ambulatorios ha crecido respecto al ejercicio anterior en un 6,7% y un 1,5% respectivamente, lo que se traduce en que la cifra alcanzada de 128 hospitales y 67 centros ambulatorios participantes de la red sanitaria privada presentes en este informe, representa un hito digno de ser tenido muy en cuenta. Por otro lado la información aportada por cada uno de ellos en cada uno de los indicadores analizados por el estudio ha sido mayor, ello se traduce sin duda en una mayor solidez del informe global ya que lo hace más comprensible y robusto.

Pero la mejora que aporta esta edición no solo está relacionada con este aspecto cuantitativo tan importante desde todos los puntos de vista, sino que me gustaría destacar un aspecto de mejora cualitativa fundamental relacionado con el cuadro de indicadores, y es que se ha mantenido el de la edición anterior pero se ha hecho un considerable esfuerzo y se ha profundizado en algunos de ellos con el objetivo de mejorar la comprensión de los resultados, de tal forma que la eficiencia, la efectividad, la accesibilidad, la capacidad resolutoria, la calidad asistencial y la seguridad ofrecidas al paciente por parte de los centros sanitarios privados quede perfectamente expresada y puesta de manifiesto.

Los procesos de mejora continua en los que nos encontramos inmersos que constituyen el eje fundamental y el espíritu de este análisis pormenorizado, son el elemento clave y necesario para que año tras año el sector de la sanidad privada en su conjunto obtenga los buenos resultados que presentamos en este informe RESA 2015; datos que refrendan todo lo alcanzado a lo largo de estos cinco años de trayectoria de la Fundación IDIS y por lo tanto de las cuatro ediciones de esta publicación.

Sin duda que nuestro objetivo fundamental en materia de comunicación transparente de resultados de salud se cumple año tras año con este ejercicio de responsabilidad que involucra a todos los elementos de la cadena de valor, el centro asistencial, el profesional sanitario, el paciente y la sociedad en su conjunto. El informe RESA se ha convertido ya en un referente de salud no solo en España sino fuera de nuestras fronteras y sirve como fuente de información a todos aquellos que tienen puesta alguna de sus expectativas o en quienes quieren conocer en profundidad un sector tan innovador, dinámico y vanguardista como es el representado por la sanidad privada.

Me gustaría resaltar que esta cuarta edición del informe se complementa y articula estratégicamente con el resto de estudios y análisis que también presentamos año tras año, ejercicio tras ejercicio: la percepción de nuestros pacientes a través del "Barómetro de la Sanidad Privada", la radiografía de nuestro sector con la publicación "Sanidad privada, aportando valor", así como los datos que sobre innovación también aportamos anualmente.

En este ejercicio estamos además avanzando en dos conceptos esenciales, la calidad a través de nuestra nueva Acreditación QH (Quality Healthcare) recientemente presentada a la sociedad, que reconoce la excelencia y el esfuerzo realizado en la senda de la calidad asistencial; y la interoperabilidad entre sistemas a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), mediante un estudio ad-hoc que presentaremos en breve.

Todo este esfuerzo se suma a nuestro compromiso y firme empeño con el paciente, con sus familias y con los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en nuestros centros; un binomio clave en el que la medicina y el humanismo asientan sus raíces, algo por lo que desde IDIS procuramos día a día.

### **Adolfo Fernández-Valmayor**

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

# RESUMEN EJECUTIVO

La sanidad privada atiende aproximadamente a una quinta parte de la población española, compuesta por 7 millones de personas que mantienen de forma voluntaria un doble aseguramiento y por cerca de 2 millones de mutualistas y otras formas de colaboración tales como concesiones o conciertos.

Las cifras anteriores proporcionan una idea aproximada de la importancia que tiene el informar acerca de los resultados obtenidos por la gestión sanitaria privada y de la relevancia que tiene tomar esta iniciativa en cuanto a alinear el sistema español con el de otros países de nuestro entorno que han sido la avanzada de esta práctica en Europa.

El Estudio RESA (Resultados de Salud), presentado por cuarto año consecutivo por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad el pasado año, supuso ya la consolidación del establecimiento de un sistema de evaluación de la gestión sanitaria privada en España, equiparable en muchos aspectos a iniciativas como las desarrolladas en el ámbito público. Entre ellas, cabe citar el establecimiento de indicadores públicos del Servicio Madrileño de Salud o el Balance de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya.

El Estudio RESA 2015 consta de 25 indicadores que se desagregan hasta un total de 46 entre cuantitativos y cualitativos. Todos ellos han sido utilizados en ediciones anteriores por lo que se puede observar su evolución en el tiempo y como mínimo con respecto al año anterior.

Los resultados obtenidos en la presente edición son muy satisfactorios, habiendo contribuido a este éxito los siguientes hechos que nos gustaría destacar:

- Aumento de la participación del número de centros sanitarios participantes en un +4,8% hasta situarse en 195 entre hospitales, clínicas y centros ambulatorios.

- Aumento de la aportación de información por parte de los centros participantes que ha supuesto el incremento del número de casos analizados en 18 indicadores, con crecimientos que oscilan del 9% al 146%.

- Se ha incrementado el número de análisis realizados en algunos indicadores a través del cruce de variables como la edad, mes o centro sanitario para mejorar la comprensión e interpretación de los resultados obtenidos.

- El 70% de los resultados obtenidos en la presente edición del estudio han mantenido o mejorado el comportamiento de los indicadores con respecto al Estudio RESA 2014.

- Los resultados alcanzados sitúan a los centros sanitarios privados participantes dentro de los rangos habituales en países europeos y con estándares excelentes, comparables a los sistemas sanitarios más desarrollados del mundo.

- Se ha extendido la norma de que los centros cuenten con acreditaciones y certificaciones de calidad en todas las áreas hospitalarias (en prácticamente todas las áreas analizadas los resultados se encuentran en torno al 90%) y la implantación de políticas y procedimientos de seguridad del paciente que permiten la mejora continua de los resultados en este ámbito.

Los resultados del Estudio RESA 2015 muestran los principales aspectos de valor de la sanidad privada en España:

- La eficiencia sostenida a lo largo de los cuatro años de estudio, con valores de la estancia media por debajo de los 3,3 días y que se mantiene en todos los períodos del año con escasas variaciones. La estancia media prequirúrgica (0,36 días) o la tasa de ambulatorización próxima al 50% confirman esta apreciación.

- La accesibilidad de la atención, un valor conocido de la asistencia privada, se ve claramente ratificado con resultados de:

- Demoras en citación para pruebas complementarias que se sitúan en promedio por debajo de los 12 días, con resultados inferiores a la semana en algunas de ellas y con una tendencia progresiva a la mejora en la mayor parte de los casos.

- Tiempos de entrega de informes de pruebas por debajo de los tres días.

- Tiempos medios de citación para las consultas de especialista más frecuentadas entre 10 y 14 días y con una proporción mayoritaria de las visitas citadas con escasos días de diferencia.

- Unos tiempos medios de atención facultativa en urgencias de menos de 24 minutos y de *triage* en poco más 7 minutos.

- Unos tiempos de espera para las intervenciones quirúrgicas en que se atiende al 90% de los pacientes en menos de 54 días.

- Esta accesibilidad tiene especial interés en los casos de atención al cáncer, observándose que los centros privados participantes realizan el comienzo de tratamiento desde la confirmación diagnóstica en menos de 16 días (caso del cáncer de mama), menos de 14 días (cáncer de colon) e incluso en menos de 10 días como es el caso del cáncer de pulmón.

- Una sanidad resolutive, con tasas de retorno a urgencias y de reingresos comparables con las de los mejores sistemas sanitarios.

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

- La obtención de acreditaciones y certificaciones otorgadas por instituciones de evaluación de prestigio internacional se ha convertido en un estándar en el sector privado y su obtención continúa aumentando.

- La verificación de la implantación de las actuales políticas y prácticas de seguridad del paciente en los centros sigue una tendencia claramente ascendente habiéndose convertido ya en una realidad implantada para la gran mayoría de éstos.

- Los indicadores cuantitativos presentan unos resultados excelentes como la tasa de supervivencia en infarto de miocardio, la intervención por fractura de cadera en menos de 48 horas, la implantación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica o unos resultados de ratios de reproducción asistida entre los mejores estándares internacionales.

- El confort del paciente con unas proporciones de uso de la sedación en la realización de colonoscopias y endoscopias que se aproximan cada vez más al 100%.

La realización de análisis más detallados muestra además que estos resultados no son sólo un promedio. La disminución de la variabilidad entre los centros en los años de estudio, el análisis de la distribución de los casos, así como la distribución temporal de los indicadores muestran una gran coherencia en los resultados.

Así, nos encontramos que los buenos resultados no son un promedio entre unos resultados excelentes y otros mejorables sino que son una realidad consistente y mantenida para la mayoría de los centros participantes a lo largo de los años y en todos los momentos.

Los resultados que se presentan en este cuarto Estudio RESA constatan la idea de que España cuenta con una sanidad privada consolidada y fuerte, con capacidad y vocación de servicio y que cuenta con excelentes resultados asistenciales y estándares de calidad, que se plasman en un alto grado de satisfacción por parte de sus usuarios. Un claro ejemplo de este posicionamiento lo demuestran los resultados del Barómetro de la Sanidad Privada 2015 publicado recientemente por IDIS en el que se destaca que 9 de cada 10 asegurados recomendaría el uso de estos centros para su atención sanitaria.

# 1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO



## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

IDIS mantiene un año más su compromiso de transparencia con la sociedad, publicando por cuarto año consecutivo su estudio de indicadores de resultados de la sanidad privada. El objetivo general de este ya tradicional estudio es presentar ante la sociedad los resultados de un conjunto de indicadores representativos de la eficiencia, la accesibilidad, la capacidad resolutoria, la calidad asistencial y la seguridad que los centros sanitarios privados brindan a los pacientes y familiares que atienden.

Además, el Estudio RESA 2015 se ha mostrado más ambicioso que en años anteriores, teniendo como objetivos específicos del estudio:

- Continuar aumentando la ya de por sí elevada representatividad de los datos analizados, incrementando:
  - El número de centros participantes
  - La aportación de información de cada uno de ellos
- Aportar análisis adicionales de algunos indicadores, que ayuden a mejorar la comprensión e interpretación de los resultados, demostrando la elevada calidad asistencial con la que se atiende al paciente en los centros participantes del estudio.



# 2 FICHA METODOLÓGICA



## FICHA METODOLÓGICA

### 2.1. Aumento del número de participantes

Como ya viene siendo una constante, el Estudio RESA ha aumentado por cuarto año consecutivo el número de participantes, alcanzando este año los 195 centros entre hospitales, clínicas y centros ambulatorios. Esto supone un aumento global del +4,8% de la participación, lo que se considera un significativo éxito.

El número de centros sanitarios que han participado en el Estudio RESA 2015 ha aumentado un 5%.

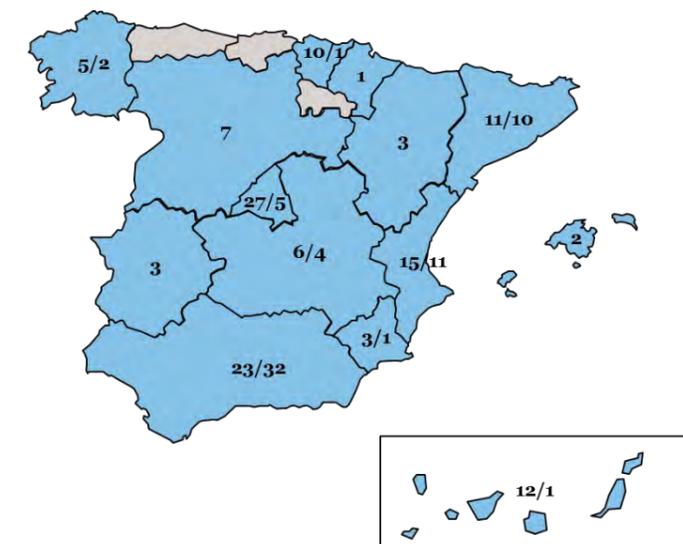
Representación del número de centros sanitarios participantes en el Estudio RESA 2015

		2014	2015	Diferencia participantes	Variación participación (%)
Estudio RESA	Centros Grupos Hospitalarios	120	128	+8	+6,7%
	Centros Grupos Ambulatorios	66	67	+1	+1,5%

Si analizamos los datos de participación de forma pormenorizada observamos que el incremento de este año es debido principalmente al aumento de número de hospitales que han aportado la información mínima requerida para formar parte del estudio.

Por otro lado, es también destacable la representatividad de la muestra de lo que significa la sanidad privada a nivel nacional, teniendo en cuenta que los datos analizados pertenecen a centros sanitarios presentes en 14 Comunidades Autónomas.

Representación del número de centros sanitarios participantes en el Estudio RESA 2015 por Comunidad Autónoma (centros hospitalarios / centros ambulatorios)



## 2.2. Crecimiento de la participación

Una de las importantes atribuciones del estudio es el constante crecimiento no sólo del número de centros participantes sino también de la información que aportan para el cálculo de los indicadores. Como ya se ha comentado, por cuarto año consecutivo, el número de datos analizados ha aumentado considerablemente:

El número de datos analizados en 2015 aumenta considerablemente respecto al año anterior, oscilando entre 9% y 146%.

FIGURA 1. Aumentos de participación más destacables en los indicadores del Estudio RESA 2015

Área	Indicador	RESA 2014	RESA 2015	% incremento
Eficiencia	Estancia media ajustada por casuística	432.984	470.788	+8,7%
	Estancia media pre-quirúrgica	411.428	475.465	+15,6%
	Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	443.890	482.551	+8,7%
Accesibilidad	Tiempo medio de espera citación de pruebas complementarias (mamografías)	139.294	184.399	+32,4%
	Tiempo medio de espera citación de pruebas complementarias (resonancias magnéticas)	369.046	480.310	+30,1%
	Tiempo medio de espera citación de pruebas complementarias (TAC)	255.022	343.985	+34,9%
	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (mamografías)	130.766	168.021	+28,5%
	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (resonancias magnéticas)	345.172	447.394	+29,6%
	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (TAC)	241.355	327.108	+35,5%
	Tiempo medio de espera de citación para consultas de especialista (traumatología)	391.637	472.676	+20,7%
	Tiempo medio de espera de citación para consultas de especialista (ginecología)	220.446	321.957	+46,0%
	Tiempo medio de asistencia en triage en urgencias	1.840.125	2.555.436	+38,9%
	Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias	1.840.125	2.555.436	+38,9%
	Espera media quirúrgica	75.189	91.493	+21,7%
	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo de tratamiento en cáncer de colon	979	1.108	+13,2%
	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el comienzo de tratamiento en cáncer de pulmón	791	881	+11,4%
	Resolución Asistencial	Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico	892.634	1.323.185
Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta		687.819	772.531	+12,3%
Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas		37.792	41.692	+10,3%
Calidad y Seguridad del Paciente	Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	68	71	+4,4%
	Ratio de intervenciones de cirugía segura	79.689	195.949	+145,9%
	Ratio de colonoscopias realizadas con sedación	50.454	59.405	+17,7%
	Ratio de gastroscopias realizadas con sedación	31.473	35.599	+13,1%
	Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días	288.150	296.505	+2,9%

## 2.3. Datos básicos de los centros participantes

Las organizaciones sanitarias que participan en el Estudio RESA 2015 son los mayores centros y grupos sanitarios privados presentes en el territorio nacional, tal y como demuestran los datos estructurales y de actividad de los mismos.

Actividad y recursos del conjunto de centros hospitalarios que participan en el Estudio RESA 2015.

FIGURA 2. Datos básicos de los centros hospitalarios que participan en el Estudio RESA 2015

Actividad asistencial	2011	2012	2013	2014	% Variación 2014/2013
Altas hospitalarias	586.587	706.086	843.864	894.546	+6,0%
Intervenciones quirúrgicas con anestesia general	240.639	245.764	268.664	284.123	+5,8%
Urgencias asistidas	3.263.959	3.581.312	3.672.205	3.939.363	+7,3%
Recursos hospitalarios	2011	2012	2013	2014	% Variación 2014/2013
Nº camas hospitalización convencional	8.729	10.548	11.071	11.692	+5,6%
Camas de UCI adultos	507	684	696	732	+5,2%
Camas neonatos y pediatría	274	376	372	383	+4,6%
Quirófanos de cirugía mayor	495	565	575	604	+5,0%
Salas de partos	111	137	146	154	+5,8%

## 2.4. Proceso de selección de indicadores

El Comité del Estudio RESA acordó mantener los indicadores presentados en el informe del año pasado, proponiendo una mayor profundidad en el análisis de los indicadores calculados a partir de las siguientes fuentes de información:

- Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD).
- Base de datos generada a partir de la actividad de los servicios de urgencias de los centros participantes.
- Base de datos generada a partir de la actividad de consultas externas de los centros participantes.
- Base de datos generada a partir de la actividad quirúrgica de los centros participantes.
- Base de datos generada a partir de la actividad de pruebas diagnósticas de los centros participantes.

25 indicadores analizados y desagregados hasta un total de 46 (cualitativos y cuantitativos), que permiten visualizar los principales logros de calidad de la sanidad privada.

- Base de datos generada a partir de la información sobre cáncer de mama, colon y pulmón.
- Base de datos generada a partir de la actividad de endoscopias digestivas.
- Base de datos generada a partir de los resultados de los centros de fertilidad.
- Documentación entregada por los centros sobre acreditaciones y certificaciones de calidad.
- Documentación entregada por los centros sobre políticas y programas de seguridad del paciente.

Por tanto, los 25 indicadores que conforman el ámbito de análisis del Estudio RESA 2015 son los que se detallan en la siguiente tabla, en la que se reseñan en fondo gris aquellos en los que se han realizado análisis adicionales:

**FIGURA 3.** Indicadores Estudio RESA 2014

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

Estos 25 indicadores se desagregan en 46, ya que algunos de éstos incluyen otros más específicos por área:

- 30 indicadores cuantitativos que son elaborados sobre bases de datos individualizadas por paciente.

- 16 indicadores cualitativos en base al análisis de la documentación suministrada por los centros (indicadores de acreditación y autorización y de implantación de políticas de calidad).

## 2.5. Recopilación y procesamiento de los indicadores

Todos los datos expuestos se refieren al año 2014, a excepción de los indicadores relativos a reproducción asistida, en los que el año de referencia de la información aportada ha sido 2013, para poder incluir los ciclos iniciados en 2013 con nacimiento en 2014.

El trabajo de campo para la recogida de la información necesaria para el estudio se ha realizado entre los meses de marzo y abril, solicitándose a los centros bases de datos estandarizadas. Los indicadores cuantitativos se recopilaban mediante bases de datos anonimizadas a nivel de paciente y se incluyeron aquellas que cumplían los requisitos prefijados. El estricto cumplimiento de estas condiciones genera que en algunos indicadores puedan existir diferencias numéricas en los denominadores utilizados.

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

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

En los gráficos se presenta siempre el número de casos con el que se ha trabajado. Para todos los indicadores se recogen datos del año 2014: valor del conjunto y la desviación estándar de los valores de los centros. Cuando el reporte de información lo ha permitido, se especifica la evolución de los datos publicados en los anteriores estudios.

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

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

# 3 EFICIENCIA



## EFICIENCIA

### 3.1. Estancia media ajustada por casuística

La estancia media ajustada 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 para asegurar que las diferencias no se deben a que el tipo de pacientes que trata cada hospital es diferente. Es decir, se calcula para cada hospital la estancia media que resultaría si todos los centros tuviesen una composición idéntica de pacientes.

Como en años anteriores, el indicador de estancia media ajustada por casuística continúa mostrando unos parámetros de demostrada eficiencia.

El resultado obtenido este año continúa siendo muy positivo pues se mantiene dentro del rango de entre 3 y 4 días, pero además la variabilidad de los resultados se ha reducido según se puede ver en la gráfica que detalla de evolución de la desviación típica entre centros.

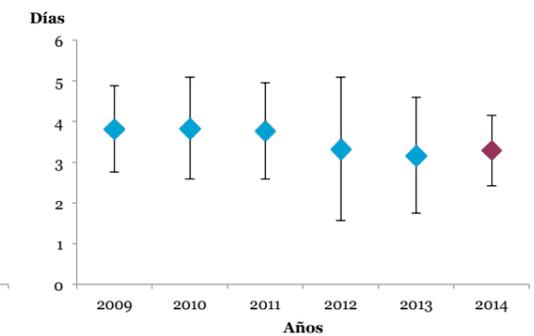
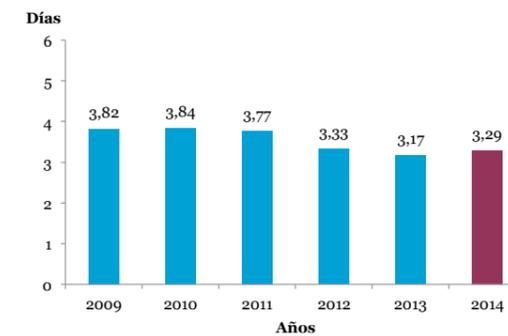
Este indicador se sitúa al nivel de los mejores resultados internacionales.

#### INDICADOR 1

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR CASUÍSTICA (2009-2014, MEDIDO EN DÍAS)

NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS 2009: 115.725, 2010: 118.763, 2011: 133.279; 2012: 285.697; 2013: 432.984 Y 2014: 470.788

INCREMENTO 2014/2013: +8,7%

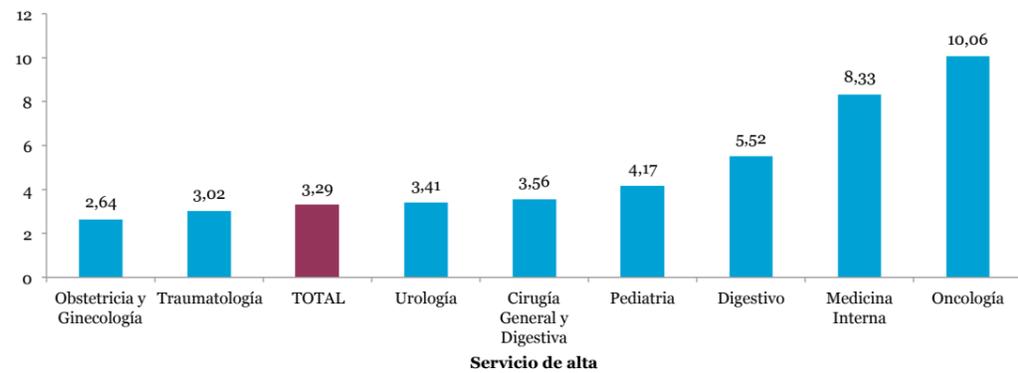


Este año se han realizado análisis adicionales que nos permiten analizar cómo se comporta la EMAC cuando bajamos a nivel de servicio de alta y sus resultados por meses.

Respecto a los resultados obtenidos, se han analizado los principales servicios que realizan actividad de hospitalización dentro de los centros incluidos. De esta manera vemos que la EMAC más elevada se da entre los pacientes cuyo proceso se enmarca en los servicios de oncología y medicina interna, mientras que los servicios con estancias más ajustadas son los de obstetricia, ginecología y traumatología.

**INDICADOR 1A**

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR CASUÍSTICA POR SERVICIO DE ALTA (2014, MEDIDO EN DÍAS)

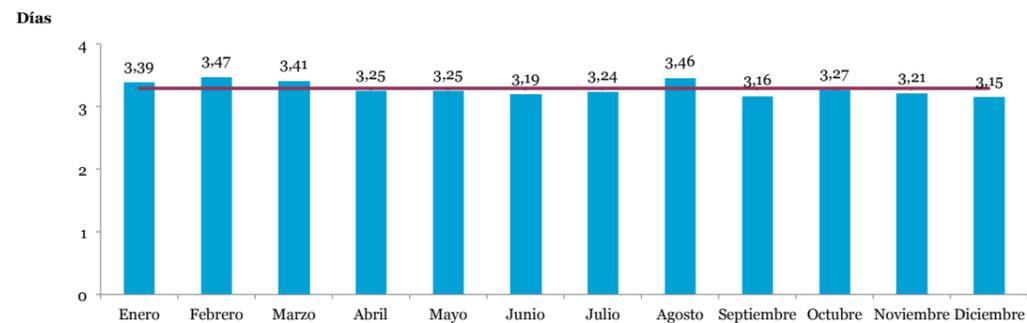


El análisis de la EMAC se completa con los resultados obtenidos por meses que presentan una variación muy moderada en torno a la media total según el mes. Las más prolongadas tienen lugar entre los meses de enero a marzo y también en

agosto, mientras que las más cortas tienen lugar en junio, septiembre y diciembre. Este fenómeno es ya conocido atribuyéndose al empeoramiento y descompensación invernal de pacientes crónicos y pluripatológicos.

**INDICADOR 1B**

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR CASUÍSTICA POR MESES (2014, MEDIDO EN DÍAS)



### 3.2. Estancia media pre-quirúrgica

La estancia media pre-quirúrgica mide la eficiencia en el proceso de hospitalización previo a la cirugía. Los resultados obtenidos hablan por sí solos: la eficiencia del proceso de hospitalización previa a la cirugía de los hospitales analizados es muy elevada, el paciente, en promedio, ingresa sólo 9 horas antes de la intervención, tiempo suficiente para garantizar su correcta preparación.

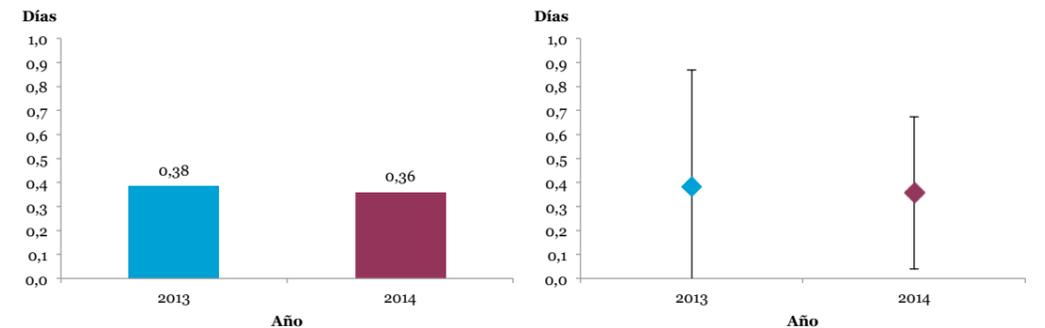
Si observamos la gráfica de dispersión se aprecia que existe cierta variabilidad, pero podemos afirmar que el estándar de comportamiento de los centros hospitalarios privados es el ingreso del paciente en el mismo día en que se le realiza la intervención, lo que supone un gran beneficio para el mismo.

Si comparamos con los resultados del año anterior muestra cierta mejora tanto en la media como en su dispersión, lo que se puede considerar todo un éxito teniendo en cuenta el aumento del número de casos analizados (incremento del 15,6%).

La eficiencia del proceso de hospitalización previa a cirugía es muy elevada: promedio 9 horas.

**INDICADOR 2**

ESTANCIA MEDIA PRE-QUIRÚRGICA (2013-2014, %)   
 NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2013: 411.428 Y 2014: 475.465   
 INCREMENTO 2014/2013: +15,6%



### 3.3. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias

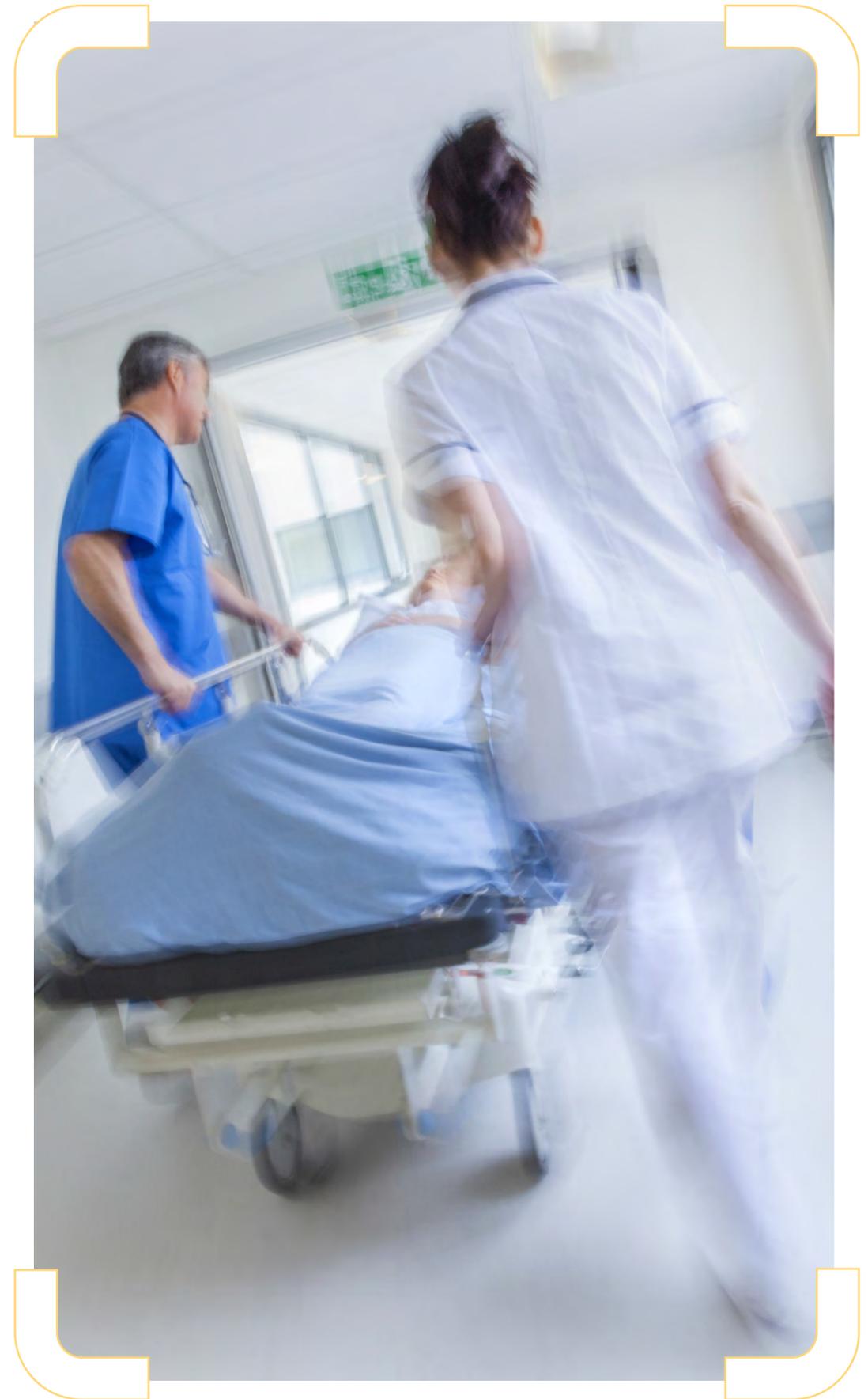
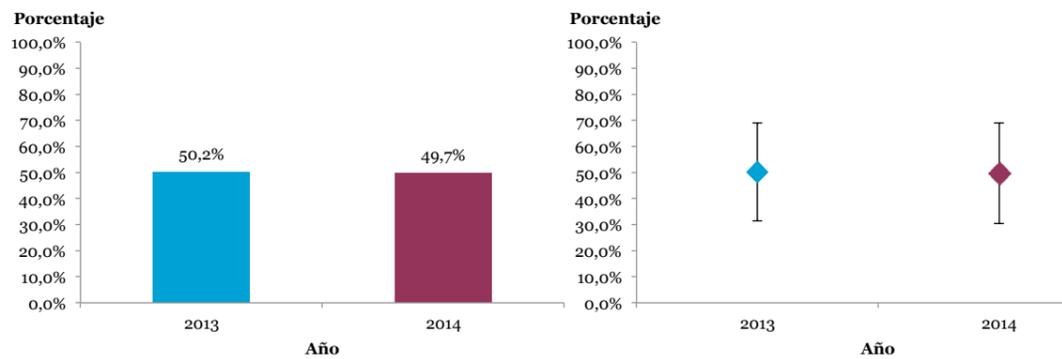
Este indicador se encuentra muy extendido dentro del ámbito sanitario para medir el nivel de ambulatorización existente en la cirugía. Se calcula mediante el cociente de intervenciones ambulatorias realizadas por los centros, considerando como denominador el número total de intervenciones quirúrgicas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

Debemos destacar que el número de casos analizados para este indicador también ha aumentado sin que los resultados se hayan visto resentidos.

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

Niveles de ambulatorización en intervenciones quirúrgicas, en torno al 50%.

**INDICADOR 3**  
 RATIO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS (2013-2014, %)  
 NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2013: 443.890 Y 2014: 482.551  
 INCREMENTO 2014/2013: +8,7%



# 4 ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA

## ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA

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

Los tiempos medios de espera de citación para Mamografía, Resonancia Magnética (RM) y Tomografía Axial Computarizada (TAC), incluyen desde pruebas realizadas con carácter preferente hasta revisiones programadas o pruebas no urgentes calendarizadas a conveniencia del paciente.

Los tiempos de espera para citación, tanto de Mamografías, como de TAC y Resonancia Magnética, continúan un año más en una situación excepcional con tiempos de espera que no llegan a las dos semanas. En lo que al TAC se refiere, el tiempo de espera es tan solo de una semana. Además, los resultados obtenidos en 2014 son aún más bajos que los del año 2013, teniendo en cuenta unos incrementos de casos analizados en los tres indicadores por encima del 30%.

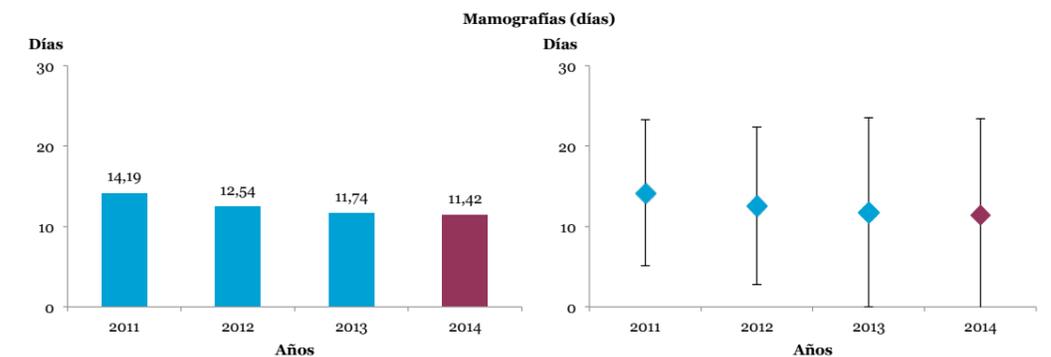
#### 4.1.1. Mamografías

##### INDICADOR 4

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

##### INDICADOR 4.1

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
 NÚMERO MAMOGRAFÍAS 2011: 71.996; 2012: 96.140, 2013: 139.294 Y 2014: 184.399  
 INCREMENTO 2014/2013: +32,4%

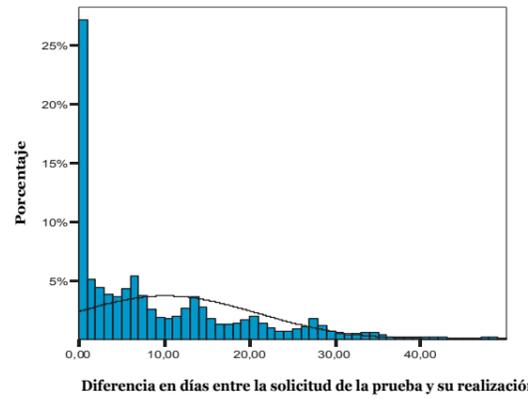


Si observamos en la gráfica siguiente la distribución, podemos apreciar que esta media se debe a que en más de un 25% de los casos la citación es inmediata para el día que se solicita y más del 60% de pacientes realizan la prueba diagnóstica antes de

los 9 días. Sólo pequeñas proporciones de pacientes tienen tiempos de diferencia mayores, con tres pequeños picos en torno a los 15, 20 y 30 días, lo que interpretamos como debido, en general, a la propia conveniencia del paciente.

**INDICADOR 4.1A**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS – MAMOGRAFÍAS (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)



En un 25% de los casos, la citación para Mamografías y RM se asigna para el mismo día.

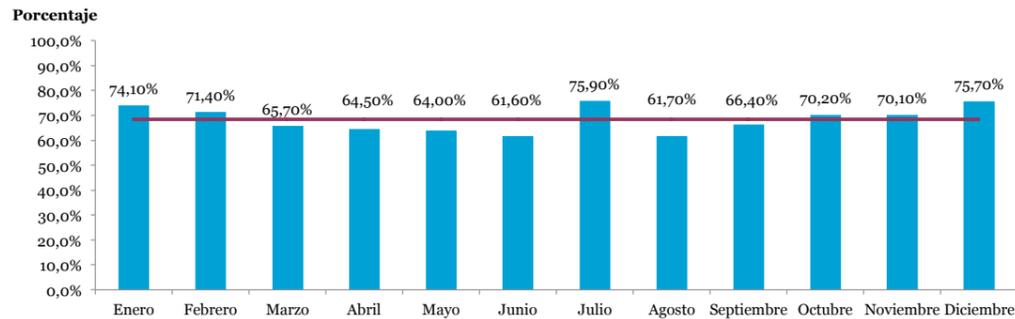


Respecto a la variabilidad mensual, se comprueba comparando la proporción de mamografías realizadas en el mismo mes de la petición, que los meses de invierno y también en el mes de julio son en los que se tiende a realizar una mayor

proporción de pruebas dentro del mismo mes en que se ha solicitado, mientras que los de verano, exceptuando julio, son aquellos en que se suele posponer más la realización fuera del mes de la petición de cita.

**INDICADOR 4.1B**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS –MAMOGRAFÍAS (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
PORCENTAJE DE DEMANDA ATENDIDAS EN EL PROPIO MES DE SOLICITUD



Un análisis adicional realizado muestra que por grupos de edad destaca que los tiempos más largos se dan en el grupo de edad entre 41-64 años. Esto lo interpretamos como probablemente derivado del periodo vital de mayor actividad laboral, en el cual el paciente tiene más

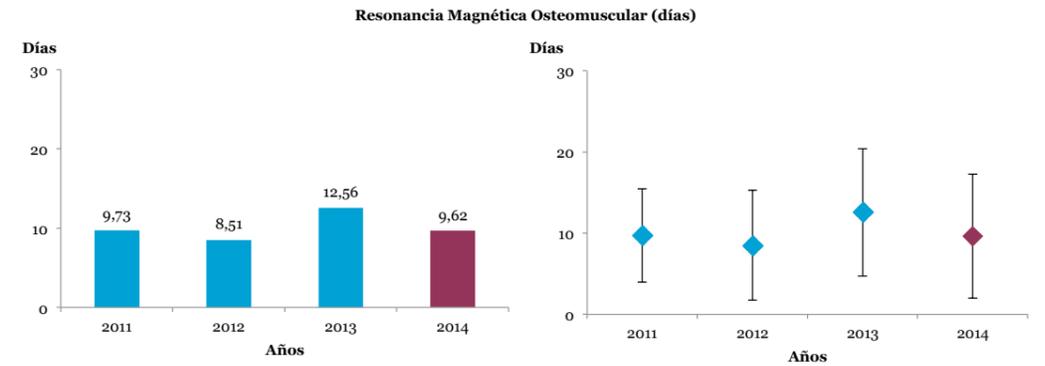
dificultades de acudir a la realización de pruebas y pospone la misma más días que el promedio, junto a ser el tramo de edad habitual de realización de screening de procesos oncológicos mamarios, incrementando la presión de citación lógica al respecto.

## 4.1.2. Resonancias Magnéticas

En el caso de las resonancias magnéticas, prácticamente la cuarta parte se realizan en el día, agrupándose hasta el 70% en menos de 10 días, estableciendo una media global de espera de 9,62 días.

**INDICADOR 4.2**

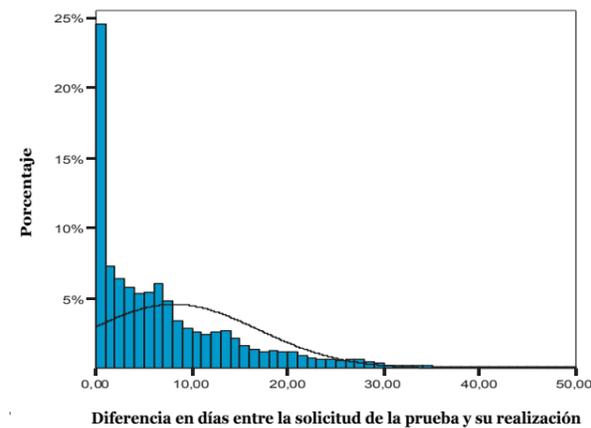
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
NÚMERO RESONANCIAS MAGNÉTICAS 2011: 179.604; 2012: 183.501; 2013\*: 233.735; 2013: 369.046 Y 2014: 480.310  
INCREMENTO 2014/2013: +30,1%



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

**INDICADOR 4.2A**

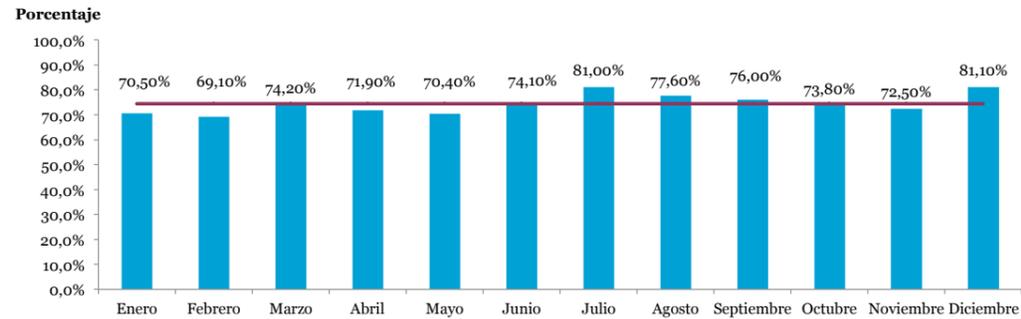
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS – RESONANCIAS MAGNÉTICAS (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)



La relación de la demanda con la resolución ofrece un perfil de mayor rapidez en la realización en los meses de diciembre, julio, agosto y septiembre, y otros periodos más ajustados en febrero y mayo.

**INDICADOR 4.2B**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS – RESONANCIAS MAGNÉTICAS (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
PORCENTAJE DE DEMANDA ATENDIDAS EN EL PROPIO MES DE SOLICITUD

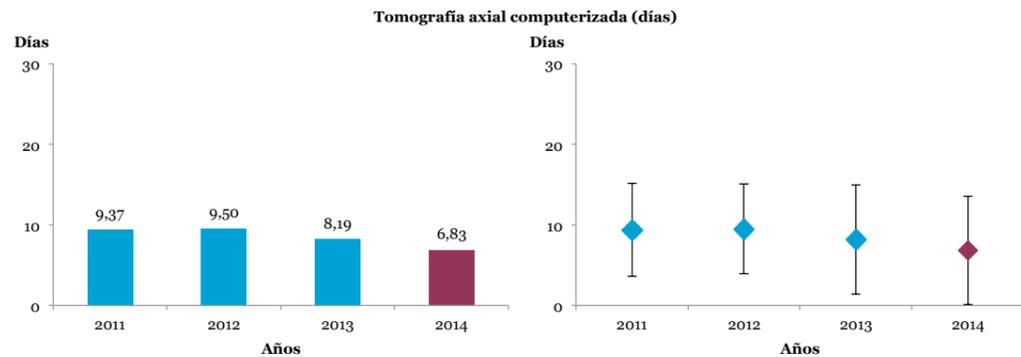


### 4.1.3. Tomografía Axial Computarizada

En la realización de TAC, observamos una disminución muy significativa de unos tiempos que ya eran muy buenos: la demora ha disminuido en más de un día y medio entre 2013 y 2014, quedándose en 6,83 días.

**INDICADOR 4.3**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
NÚMERO TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTARIZADAS 2011: 96.682; 2012: 110.969; 2013: 255.022 Y 2014: 343.985  
INCREMENTO 2014/2013: +34,9%

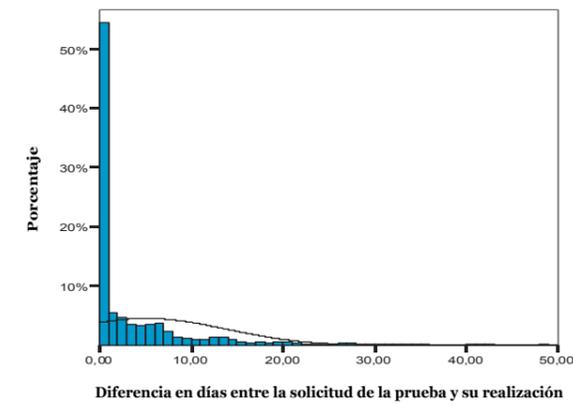


En este caso, el gráfico de distribución muestra una concentración mucho mayor: más de la mitad de los casos son atendidos el día que se solicita la exploración y en este caso, son mínimas proporciones de pacientes con tiempos mayores: menos del 10% de pacientes son citados con más de 15 días.

En más del 55% de los casos, la citación para TAC se produce en el mismo día.

**INDICADOR 4.3A**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS – TAC (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)

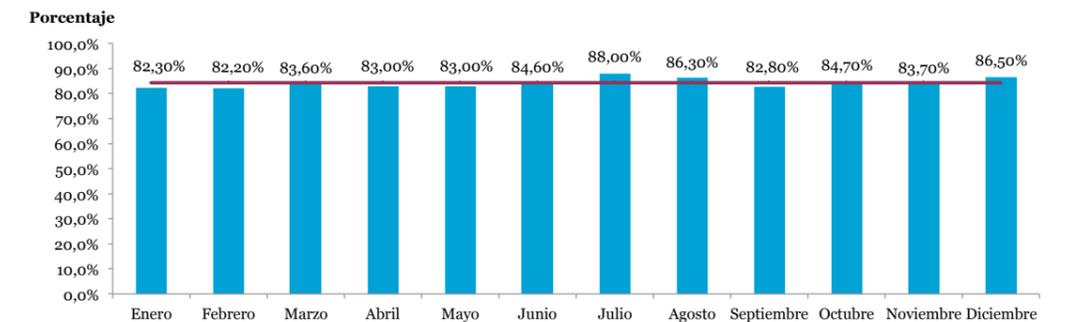


De la misma forma, existe una variación de la resolución en el mismo mes de la prueba, siendo los meses de agosto y diciembre los de mayor resolución dentro del mes y los de principios de año y septiembre los de menor.

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

**INDICADOR 4.3B**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS – TAC (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
PORCENTAJE DE DEMANDA ATENDIDAS EN EL PROPIO MES DE SOLICITUD



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

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

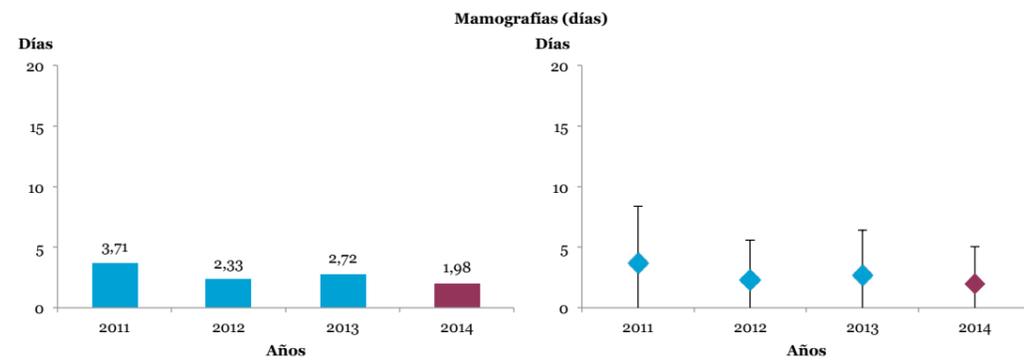
El indicador mide el tiempo transcurrido desde que se realiza la prueba hasta que se ha realizado el informe con los resultados y éste se encuentra disponible para su recogida por parte del paciente o del facultativo.

El 70% de los informes de mamografía están disponibles para su entrega en menos de un día tras su realización, llegando al 90% a los cuatro días, siendo por tanto marginales los casos en los que el informe tardaría más. En este caso la media se sitúa en dos días.

La entrega de resultados de pruebas complementarias, se produce entre 1 y 4 días.

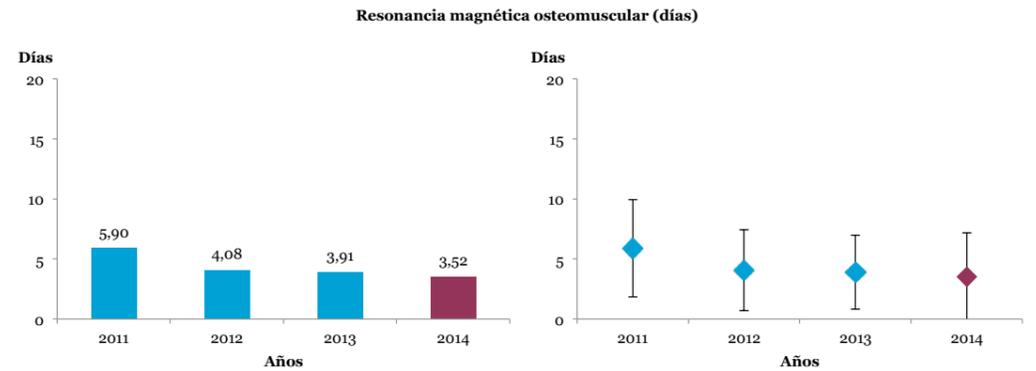
### INDICADOR 5 TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

INDICADOR 5.1  
TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
NÚMERO MAMOGRAFÍAS 2011: 70.255; 2012: 95.665; 2013: 130.766 Y 2014: 168.021  
INCREMENTO 2014/2013: +28,5%



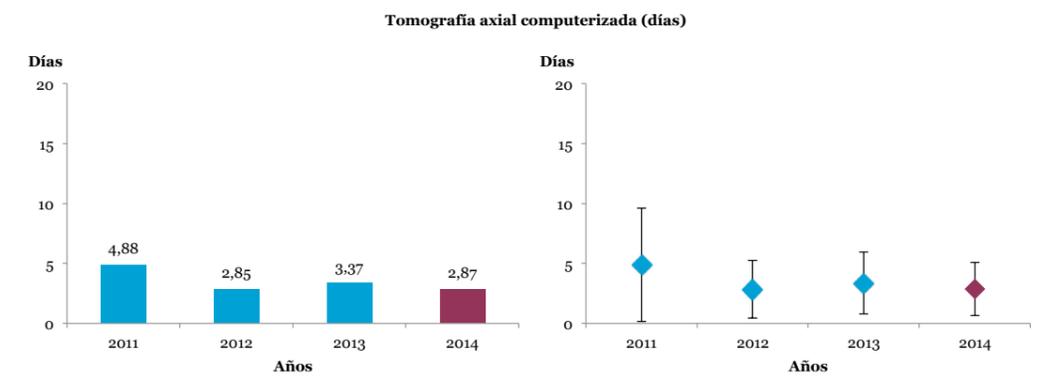
Aproximadamente el 65% de los informes de resonancia magnética se entregan en menos de 3 días desde la realización de la prueba. La media se sitúa en poco más de tres días.

INDICADOR 5.2  
TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
NÚMERO RESONANCIAS MAGNÉTICAS 2011: 168.906; 2012: 191.290; 2013: 345.172 Y 2014: 447.394  
INCREMENTO 2014/2013: +29,6%



En TAC, el 60% de los informes se entregan en un día, y el 70% en dos. Sólo en un 10% de los casos tarda el informe 7 o más días.

INDICADOR 5.3  
TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
NÚMERO TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA 2011: 98.630; 2012: 140.495; 2013: 241.355 Y 2014: 327.108  
INCREMENTO 2014/2013: +35,5%



Los resultados del indicador muestran la tendencia de los centros a reducir los tiempos de entrega del informe de las pruebas complementarias. En la actualidad para las tres pruebas que se analizan en el estudio (Mamografías, TAC y Resonancias

Magnéticas) la entrega del informe se realiza en un plazo medio por debajo de los 4 días en todos los casos, alcanzándose los 2 días de espera en las mamografías.

### 4.3. Tiempo medio de citación para consultas de especialista

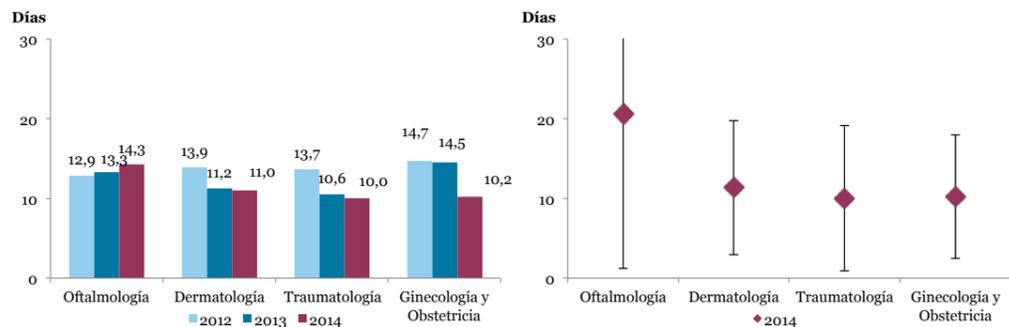
El análisis del ratio que mide el tiempo medio de citación para consultas de especialista pretende demostrar la agilidad de la que disponen los centros sanitarios privados para atender a la demanda de este tipo de servicios por parte de los pacientes.

De todos modos, en ningún caso el tiempo medio de cualquiera de las cuatro especialidades supera los 15 días, lo que demuestra la gran agilidad de respuesta que tienen los centros sanitarios privados para hacer frente a la demanda de los pacientes de este tipo de servicio.

Con la excepción de las consultas de oftalmología, en las que el tiempo medio de espera ha aumentado en 1 día, el resto de consultas de especialidades analizadas, dermatología, traumatología y ginecología y obstetricia han reducido su tiempo de espera y muestran una tendencia en los tres años analizados a contraerse.

La atención a la demanda de consulta del especialista se sitúa entorno a 10-11 días y no supera en cualquier caso los 15 días.

**INDICADOR 6**  
 TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE ESPECIALISTA (2012-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
 NÚMERO DE CONSULTAS OFTALMOLOGÍA 2012: 153.998; 2013: 214.835 Y 2014: 215.353. INCREMENTO 2014/2013: +0,2%  
 NÚMERO DE CONSULTAS DERMATOLOGÍA 2012: 186.158; 2013: 265.584 Y 2014: 261.661. INCREMENTO 2014/2013: -1,5%  
 NÚMERO DE CONSULTAS TRAUMATOLOGÍA 2012: 305.520; 2013: 391.637 Y 2014: 472.676. INCREMENTO 2014/2013: +20,7%  
 NÚMERO DE CONSULTAS GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2012: 182.490; 2013:220.446 Y 2014: 321.957. INCREMENTO 2014/2013: +46,0%



Analizada la distribución de estas especialidades, observamos cómo entre el 30% y el 50% de los pacientes son citados en un día y los tiempos

más largos en que se cita al 90% de los pacientes están entre 25 días en traumatología y 31 en oftalmología.

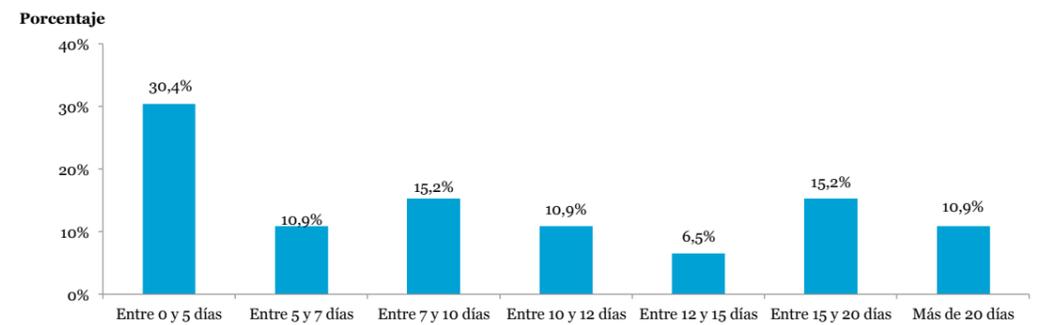
#### 4.3.1. Oftalmología

La media de tiempo de espera en consultas de oftalmología se sitúa en 14,31 días, atendándose el 50% de las peticiones en un tiempo máximo de 7 días. Analizando su distribución, el 30% se visita en menos de un día y en el percentil 90 el tiempo medio de espera es de 31 días por lo que en el 90%

de los casos la consulta se realizaría dentro del mes posterior a la petición realizada por el paciente.

Por otro lado, atendiendo a los resultados por centro, el 70% tienen tiempos de espera inferiores a la media, mientras que sólo el 30% restante la supera.

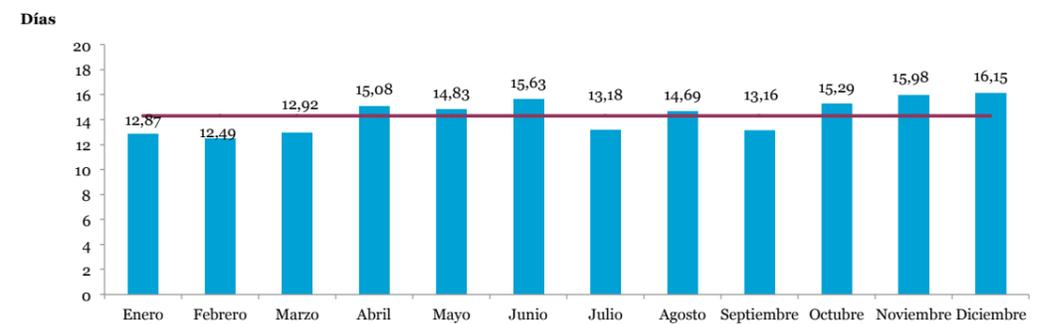
**INDICADOR 6A**  
 TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA POR CENTROS (2012-2014, TIEMPO EN DÍAS)



Por último, si analizamos la distribución por meses, podemos afirmar que las medias presentan variaciones significativas. En diciembre se obtiene el tiempo de espera más elevado con 16,15 días, mientras que el mes de febrero tiene el valor más

bajo en 12,49 días. En definitiva, cinco meses del año (41,7%) tienen tiempos medios de espera por debajo de la media, uno de ellos (agosto, 8,33%) prácticamente se alinea con ella y seis de ellos (50%) quedan por encima de la media.

**INDICADOR 6B**  
 TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA POR MES (2014, TIEMPO EN DÍAS)



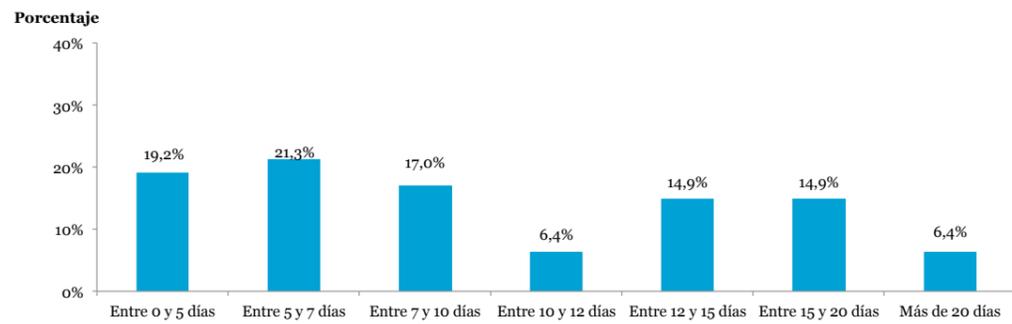
### 4.3.2. Dermatología

La media de tiempo de espera en 2014 se situó en 11,04 días, algo menor que la de 2013 (11,2) y claramente mejor que la de 2012 (13,9). Además, más del 40% de las peticiones son atendidas en menos de 7 días y en el 90% de los casos no llegan a esperar un mes (por debajo de 28 días).

En el análisis realizado por centros, cuya gráfica no se incluye, alrededor del 60% tienen tiempo de espera para consulta de dermatología inferior a la media.

**INDICADOR 6C**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE DERMATOLOGÍA POR CENTROS (2012-2014, TIEMPO EN DÍAS)

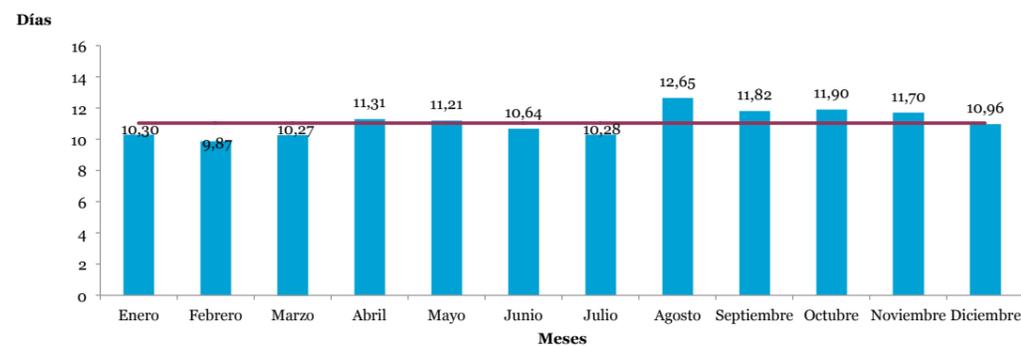


El análisis de los tiempos medios de espera entre petición de cita y servicio en dermatología, se completa con la descripción del mismo en función del mes en que se efectúa la petición. A pesar de que todos los meses son bastante parecidos, agosto destaca con el mayor tiempo medio de espera (12,65 días) y febrero con el más bajo de todos (9,87 días). En definitiva, cinco meses del

año (41,7%) tienen tiempos medios de espera por debajo de la media, uno de ellos (diciembre, 10,96%) prácticamente se alinea con ella y seis de ellos (50%) quedan por encima de la media. Al igual que en Oftalmología, parece que hay una mayor demanda asistencial en la segunda mitad del año, tras la vuelta de vacaciones, y cierto alivio de la misma en los primeros meses del año.

**INDICADOR 6D**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE DERMATOLOGÍA POR MES (2012-2014, TIEMPO EN DÍAS)



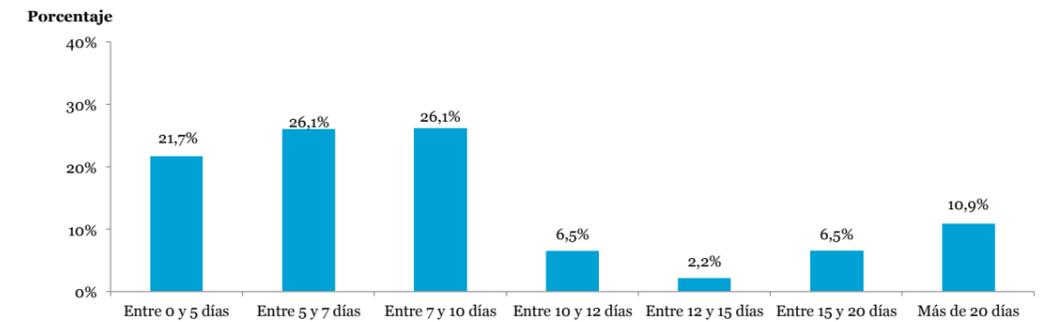
### 4.3.3. Traumatología

La media de tiempo de espera se sitúa en 10,04 días, siendo atendidas en un máximo de 7 días el 50% de las peticiones de consultas traumatológicas. Además, en el percentil 90 el

tiempo de espera es de 25 días por lo que el 90% de los casos no llega a tener que esperar un mes para ser atendido.

**INDICADOR 6E**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA POR CENTROS (2012-2014, TIEMPO EN DÍAS)

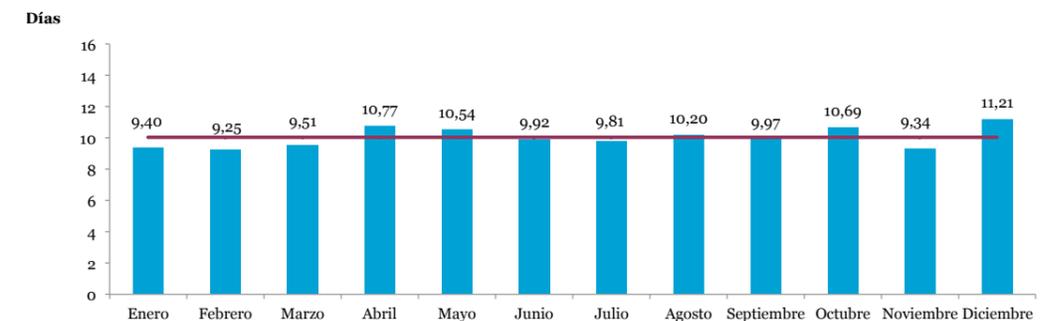


En el análisis de los tiempos de espera por meses destaca que las medias oscilan entre los 9 y los 11 días. Estos resultados se observan en el gráfico que aparece a continuación. Existe muy poca variación entre meses aunque diciembre destaca con el mayor tiempo de espera y febrero con el más bajo

de todos. En definitiva, nos encontramos que 7 meses del año (58,3%) tienen tiempos medios por debajo de la media, uno de ellos (junio) prácticamente se alinea con ella y 4 quedan por encima (33,3%).

**INDICADOR 6F**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA POR MES (2012-2014, TIEMPO EN DÍAS)



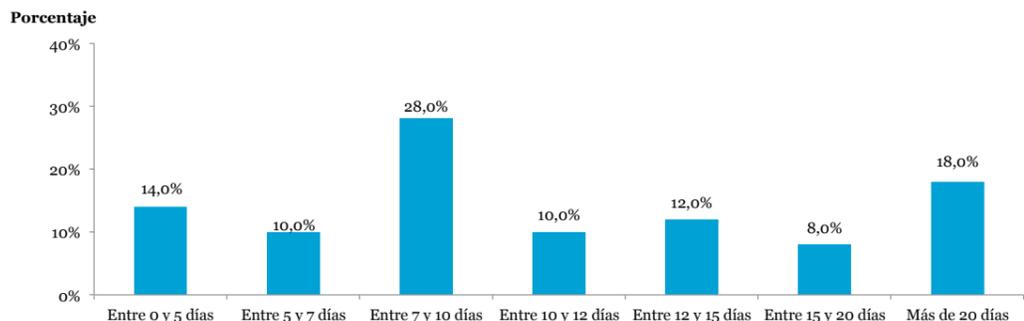
### 4.3.4. Ginecología y Obstetricia

La media de tiempo de espera en consultas de ginecología y obstetricia alcanza los 10,2 días, siendo atendidas el 50% de las peticiones en un máximo de 2 días. Teniendo en cuenta la distribución de los

datos, en el percentil 90 el tiempo de espera está en 31 días, por lo que en el 90% de los casos los pacientes serían atendidos en un plazo máximo de un mes desde la petición de la consulta.

**INDICADOR 6G**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA POR CENTROS (2012-2014, TIEMPO EN DÍAS)

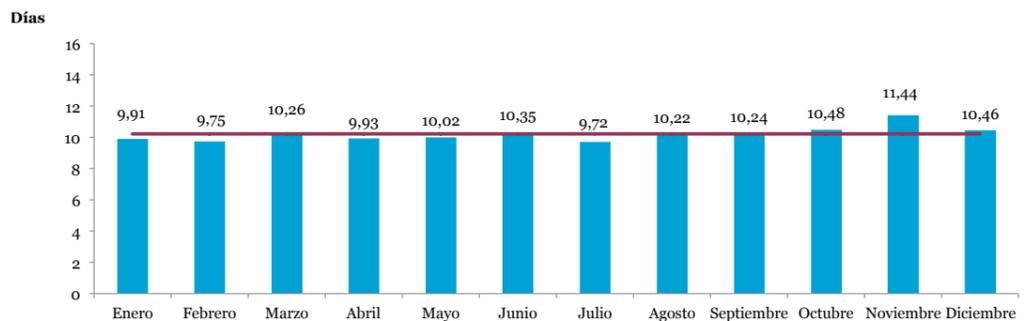


El análisis de los tiempos medios de espera entre petición de cita y servicio en ginecología, se completa con la descripción del mismo en función del mes. A pesar de que todos los meses presentan unos resultados sin grandes variaciones, noviembre destaca con el mayor tiempo medio de espera

y julio con el más bajo de todos. En definitiva, seis meses del año (50%) tienen tiempos medios de espera por debajo de la media (10,2 días), tres de ellos (marzo, agosto y septiembre, 25%) prácticamente se alinean con ella y tres de ellos (25%) quedan por encima de la media.

**INDICADOR 6H**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA POR MES (2012-2014, TIEMPO EN DÍAS)



El análisis de la tipología de centros en función de su actividad para el sector público tiene cierto interés. Aunque el número de hospitales públicos gestionados privadamente es pequeño y no facilita un análisis estadístico, observando los datos individuales comprobamos que las demoras medias

para consulta son en algunos de los centros públicos superiores a esta media pero casi nunca superiores al mes de espera. Esto se produce en parte pero no en todos los centros públicos de gestión privada, dado que en la mitad de éstos las demoras son similares a las del conjunto de centros privados.

### 4.4. Tiempo medio en urgencias

Como en los estudios anteriores el tiempo medio de espera en urgencias se ha diferenciado en dos tramos:

- Valoración del paciente en el momento de llegar a urgencias y clasificación del mismo en función de la prioridad/gravedad del caso para su atención (fase denominada *triage*).
- Tiempo transcurrido entre el *triage* y la atención médica efectiva por el facultativo indicado.

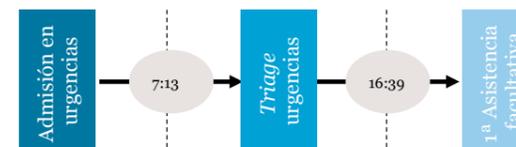
Un año más, los tiempos medios obtenidos, tanto para el *triage* como para la primera asistencia facultativa, muestran la excelente resolución asistencial de los servicios de urgencias de los centros participantes en el estudio. El tiempo total medio que los pacientes esperan en urgencias hasta que son atendidos por un facultativo no llega a superar los **24 minutos** en cerca de las **2,5 millones de urgencias** analizadas en 2014 (un incremento del 38,9% de casos analizados con respecto al 2013).

Cabe destacar que el incremento en cuanto al número de urgencias analizadas es debido a los esfuerzos realizados por nuevos centros hospitalarios que van incorporando a sus sistemas de información y gestión el análisis de los tiempos de espera de los pacientes en sus servicios de urgencias.

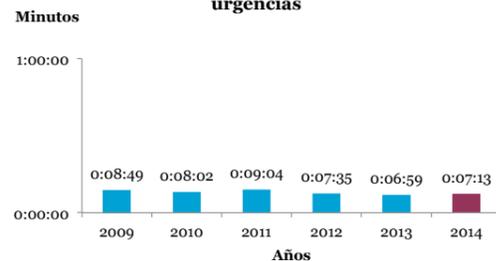
Tiempos medios de atención facultativa en urgencias de menos de 24 minutos (7,13 minutos en *triage*).

**INDICADOR 7-8**

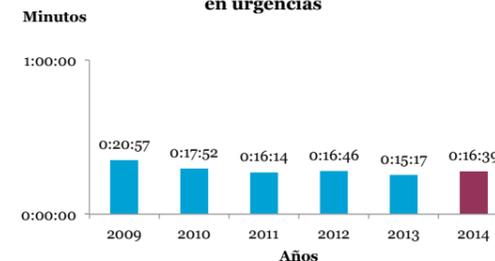
TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS (2009-2014, TIEMPO EN MINUTOS)  
 NÚMERO DE URGENCIAS 2009: 891.659, 2010: 897.765, 2011: 1.298.027, 2012: 1.621.722, 2013: 1.840.125 Y 2014: 2.555.436  
 INCREMENTO 2014/2013: +38,9%



Tiempo medio de asistencia en *triage* en urgencias



Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias



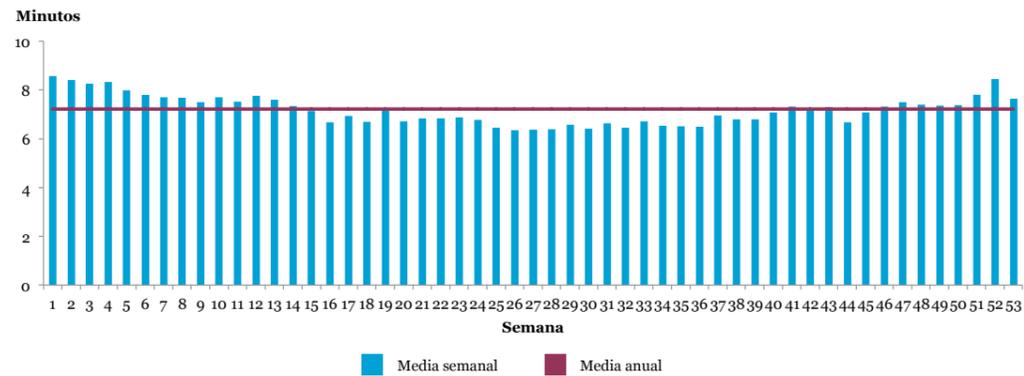
Este año se ha complementado el análisis de estos indicadores de urgencias estudiando su variabilidad en cuanto a los tiempos de espera por semana del año, siendo sus principales resultados los siguientes:

- Tiempo medio de asistencia en *triage* en urgencias:
  - El valor máximo del tiempo medio de asistencia en *triage* de urgencias se sitúa en 8,58 minutos en la primera semana del año.
  - Los tiempos medios más elevados se concentran durante las semanas 1, 52, 2, 4 y 3, todas ellas durante los meses de invierno. De este resultado se desprende, como parece de lógica asistencial, que se produce una mayor frecuentación a los servicios de urgencias durante esta franja temporal.
  - 29 semanas se encuentran por debajo de la media, por lo que más de la mitad de las semanas (normalmente las de mayor bonanza meteorológica) se proporciona una atención en urgencias más eficiente que la mostrada en el indicador 5.



**INDICADOR 7A**

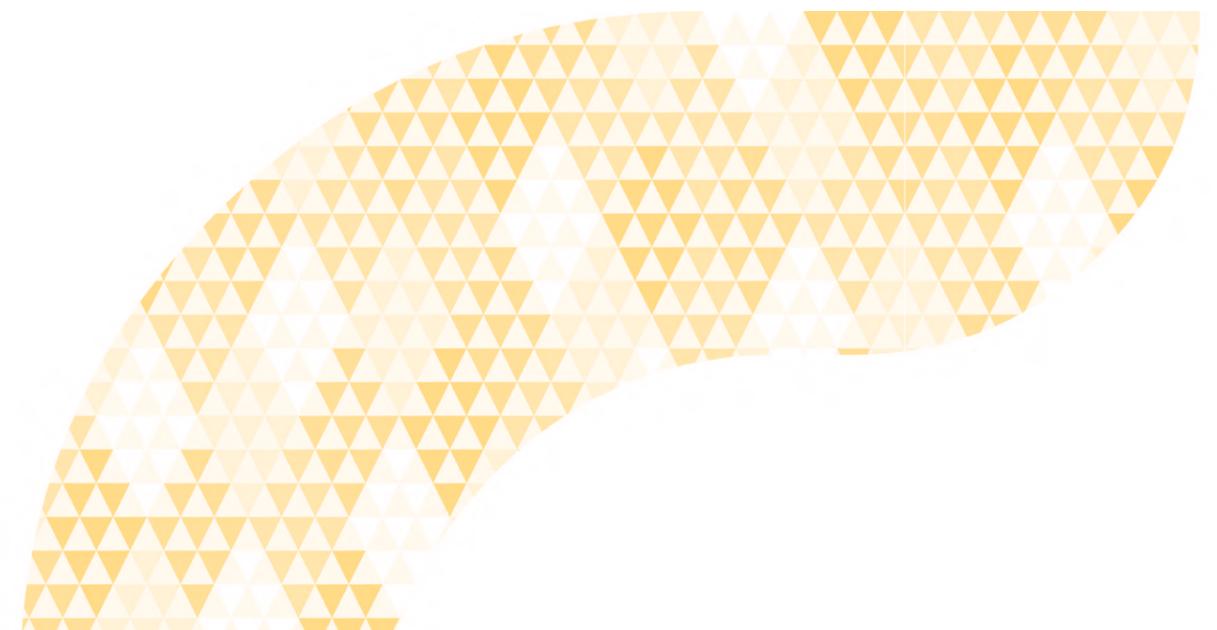
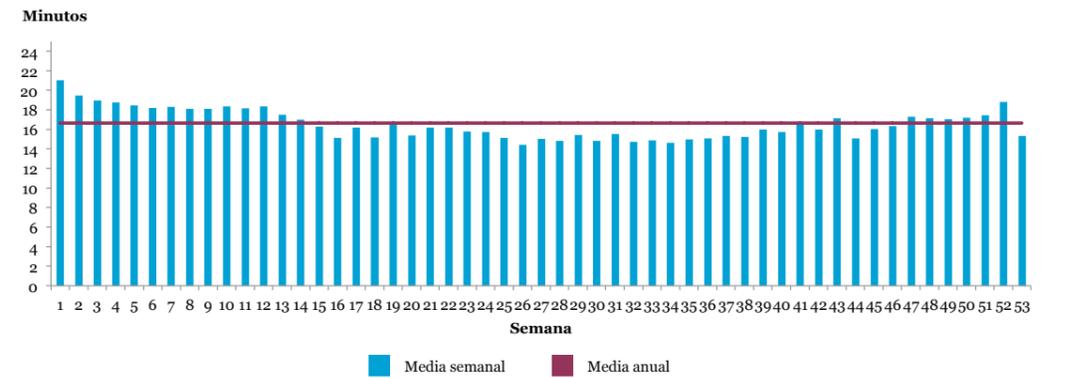
TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA EN TRIAGE EN URGENCIAS (2014, TIEMPO EN MINUTOS)



- Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias:
  - El valor máximo alcanzado en la primera semana del año supera los 19 minutos, mientras que la mínima se sitúa en torno a los 14 minutos a finales de junio.
  - Al igual que sucede con los tiempos medios de asistencia en *triage* los tiempos más elevados los encontramos en la última y las primeras semanas del año, en invierno (semanas 52, 1, 2, 3, 4 y 5).
- Los tiempos medios por encima de los 18 minutos se prolongan hasta el mes de marzo, lo cual hace pensar en una mayor afluencia de pacientes durante los meses de mayor frío.
- Igual que en el indicador anterior, 29 semanas al año los tiempos medios de primera asistencia facultativa se sitúan por debajo de la media.

**INDICADOR 8A**

TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA FACULTATIVA EN URGENCIAS (2014, TIEMPO EN MINUTOS)

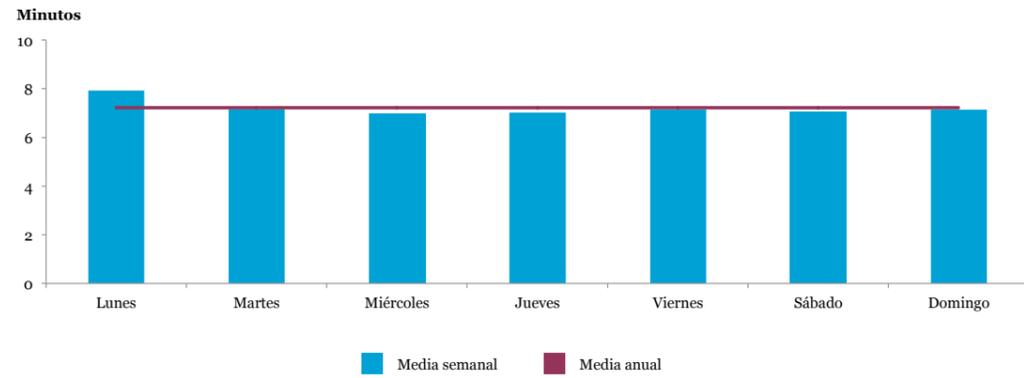


Si realizamos este mismo análisis pero por día de la semana en la que se presta la atención en el servicio de urgencias podemos observar que, en

ambos indicadores, el día en el que se observa un tiempo de espera mucho mayor que los demás son los lunes.

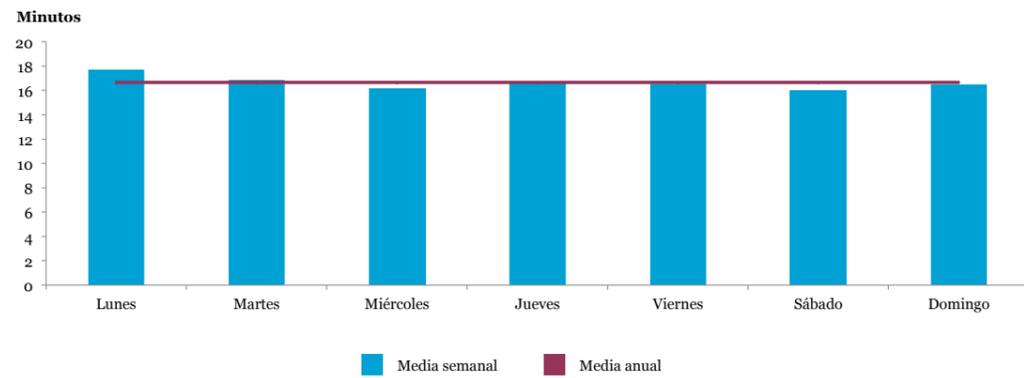
**INDICADOR 7B**

TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA EN TRIAGE EN URGENCIAS (2014, TIEMPO EN MINUTOS)



**INDICADOR 8B**

TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA FACULTATIVA EN URGENCIAS (2014, TIEMPO EN MINUTOS)

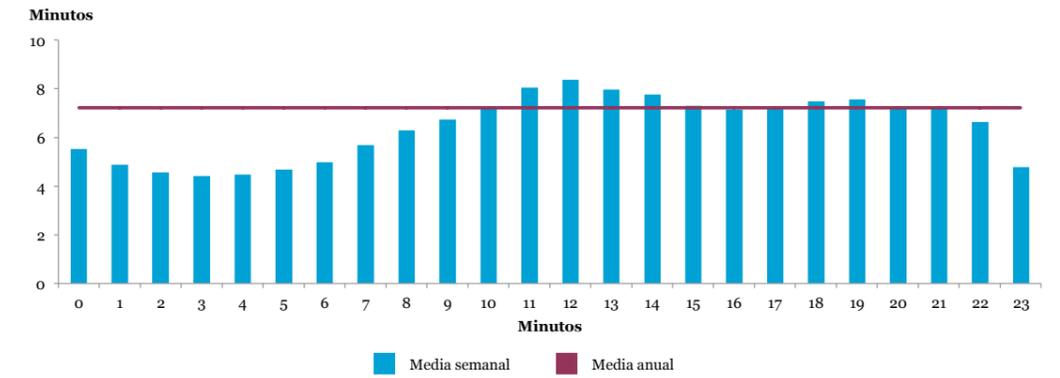


Y finalmente, si analizamos los tiempos medios de espera en el servicio de urgencias durante las 24 horas del día podemos afirmar que las horas centrales (entre las 11 y las 16 horas) son las que muestran unos tiempos de espera más elevados.

Se produce un segundo pico entre las 18 y las 20 horas aunque menos elevado, mientras que las primeras horas de la madrugada entre las 23 y las 6 horas es donde los tiempos medios de asistencia se muestran menores.

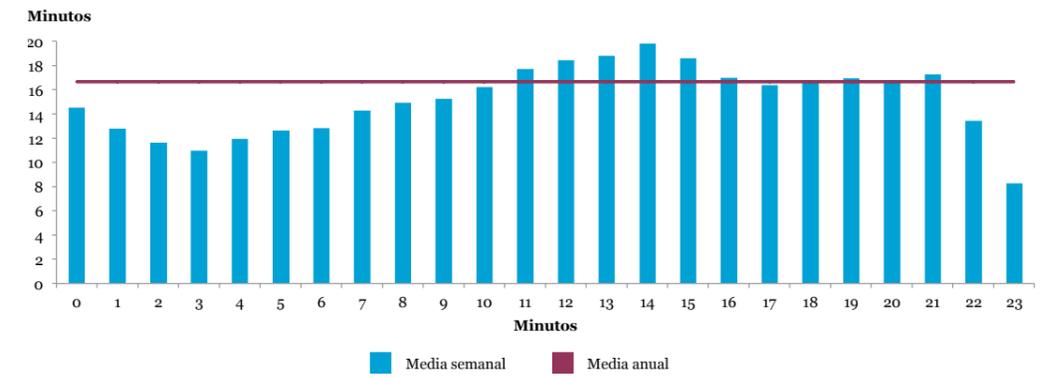
**INDICADOR 7C**

TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA EN TRIAGE EN URGENCIAS (2014, TIEMPO EN MINUTOS)



**INDICADOR 8C**

TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA FACULTATIVA EN URGENCIAS (2014, TIEMPO EN MINUTOS)



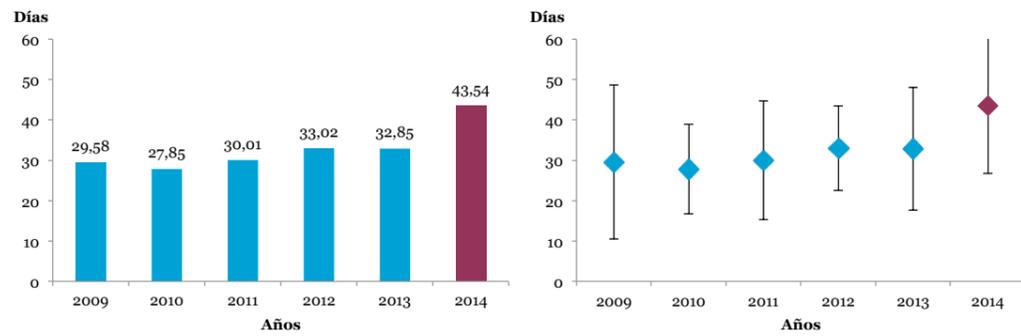
## 4.5. Espera media quirúrgica

Este indicador muestra el tiempo transcurrido entre la solicitud de la consulta de pre-anestesia (valoración pre-quirúrgica) que realiza el paciente hasta la fecha en que finalmente se realiza la intervención. La complejidad de cálculo del presente indicador reside en la necesidad de contar en los sistemas de información de los centros con la fecha en la que el paciente solicita la consulta de pre-anestesia, de forma que pueda ligarse a la fecha en la que finalmente se realiza la intervención.

Los resultados obtenidos este año muestran un aumento en el tiempo medio de espera del paciente, alcanzando los 43,54 días de media. Este incremento se ha debido a la incorporación de un 21,7% de casos analizados, como también se puede observar al aumento de la dispersión que representa la desviación típica.

### INDICADOR 9

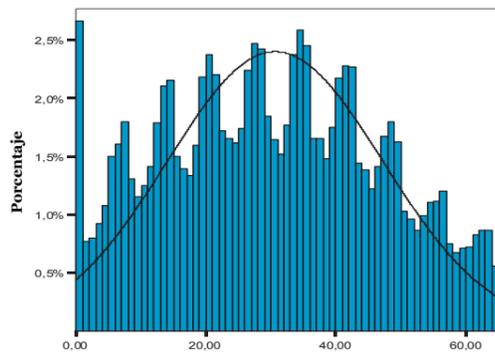
ESPERA MEDIA QUIRÚRGICA (2009-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
 NÚMERO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2009: 34.761, 2010: 40.325, 2011: 45.915; 2012: 50.022; 2013: 75.189 Y 2014: 91.493  
 INCREMENTO 2014/2013: +21,7%



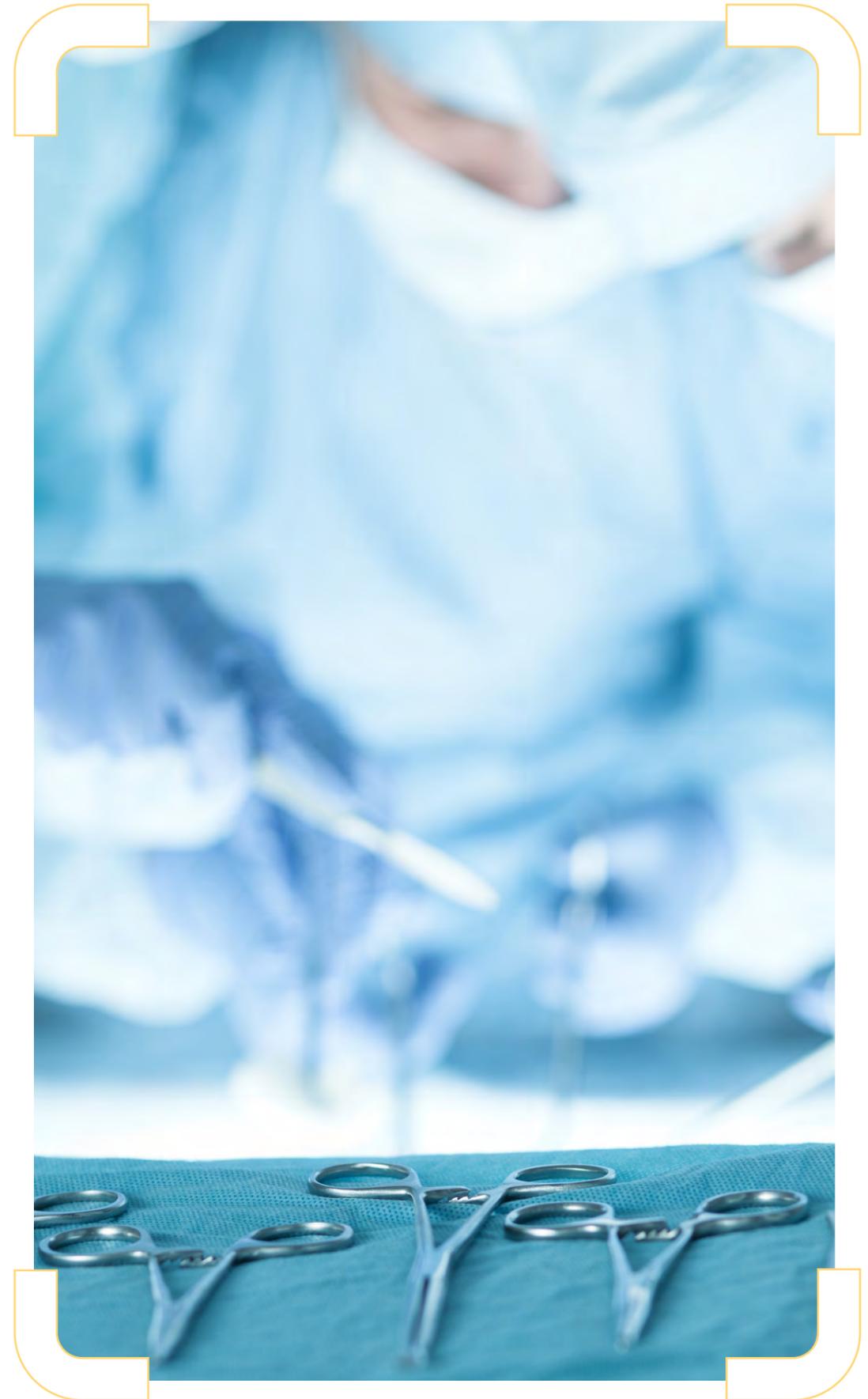
La distribución muestra una curva normal entre 1 y 70 días realizándose la intervención en un 90% antes de los 54 días.

### INDICADOR 9A

ESPERA MEDIA QUIRÚRGICA (2009-2014, TIEMPO EN DÍAS)



Días entre solicitud de consulta preanestésica y procedimiento quirúrgico



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

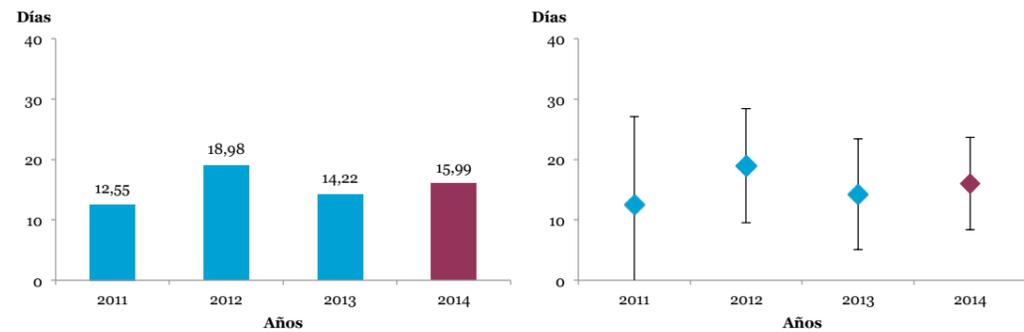
Como ya viene siendo tradición, algunos de los indicadores que despiertan más interés dentro del Estudio RESA son los relacionados con el tiempo medio entre el diagnóstico y el comienzo de tratamiento en procesos oncológicos.

El tiempo medio de respuesta en el tratamiento de cáncer, oscila entre 10 días para pulmón y 14 días para mama y colon.

Estos indicadores miden la demora media entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento indicado en cada caso, sea del tipo que sea (quirúrgico, radioterápico, farmacológico, etc.).

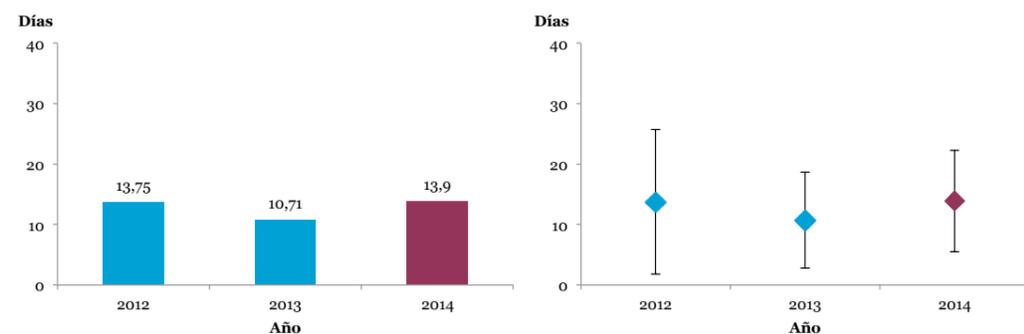
### INDICADOR 10

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL COMIENZO DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA (2011-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
 NÚMERO DE PACIENTES 2011: 1.993; 2012: 2.168; 2013: 2.165 Y 2014: 2.164  
 INCREMENTO 2014/2013: -0,4%



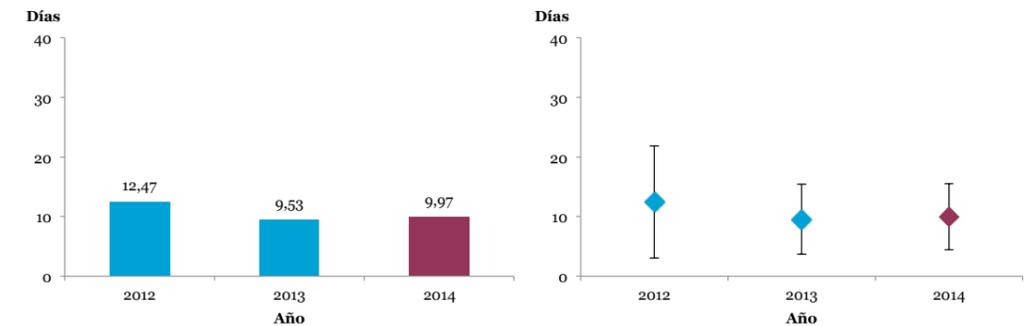
### INDICADOR 11

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL COMIENZO DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE COLON (2012-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
 NÚMERO DE PACIENTES 2012: 646; 2013: 979 Y 2014: 1.108  
 INCREMENTO 2014/2013: +13,2%



### INDICADOR 12

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL COMIENZO DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PULMÓN (2012-2014, TIEMPO EN DÍAS)  
 NÚMERO DE PACIENTES 2012: 611; 2013: 791 Y 2014: 881  
 INCREMENTO 2014/2013: +11,4%



Los resultados obtenidos en el presente año siguen manteniéndose muy por debajo de las 2 semanas (10 días) entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento oncológico en cáncer de pulmón. En cáncer de colon se mantienen en dos semanas y en cáncer de mama se supera levemente este tiempo. Ello sitúa los resultados muy por debajo de las recomendaciones internacionales que consideran como buenas prácticas los tiempos inferiores a las 8 semanas. Si bien es cierto que los resultados de 2014 son algo superiores a los obtenidos en 2013, observamos que la variabilidad entre centros tiende a acortarse, lo que demuestra los esfuerzos realizados por todos los hospitales participantes en este indicador para reducir en la medida de lo posible los tiempos para el comienzo del tratamiento de estos pacientes.

También es destacable que el número de casos analizados se ha mantenido (en el caso del cáncer de mama) o aumentado en los cánceres de colon y pulmón (+13,2% y +11,4%).

Un análisis adicional realizado muestra que tanto en el caso del cáncer de mama como en el de colon, el 90% de los casos son atendidos antes de los 28 días, y un 60% de ellos en menos de dos semanas.

En el cáncer de pulmón, el 60% de los casos inician el tratamiento dentro de la primera semana, y un 90% son tratados dentro de los 21 primeros días.

# 5 RESOLUCIÓN ASISTENCIAL

## RESOLUCIÓN ASISTENCIAL

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

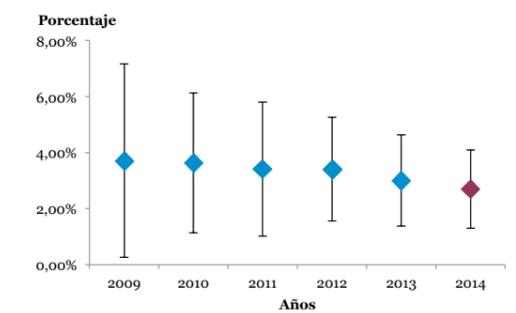
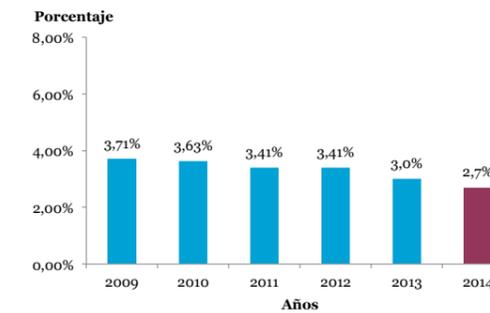
El indicador mide el retorno de pacientes atendidos ambulatoriamente y dados de alta y que vuelven a utilizar el servicio de urgencias en menos de 72 horas.

El indicador muestra una clara tendencia de mejora durante los seis años analizados. No sólo se ha disminuido el ratio de retorno a urgencias del 3,71% al 2,70% sino que además la dispersión de los resultados también se ha concentrado cada año un poco más. Estos resultados demuestran que los centros sanitarios cada vez se encuentran más sensibilizados por poder realizar la trazabilidad de los pacientes atendidos en sus servicios de urgencias.

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

#### INDICADOR 13

TASA DE RETORNO A URGENCIAS A LAS 72 HORAS DEL ALTA POR EL MISMO DIAGNÓSTICO (2009-2014, EN %)  
 NÚMERO URGENCIAS 2009: 448.985, 2010: 557.906, 2011: 785.513, 2012: 764.569 ; 2013: 892.634 Y 2014: 1.323.185  
 INCREMENTO 2014/2013: +48,2%

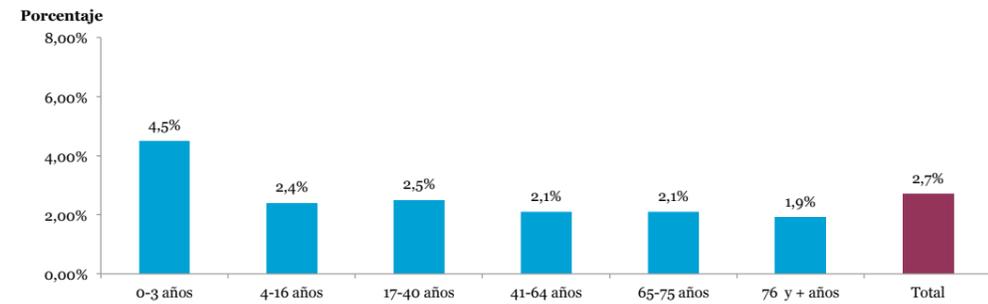


Este año, por primera vez en el Estudio RESA, se ha analizado el perfil de los pacientes que retornan a los servicios de urgencias. La conclusión que se extrae al observar el gráfico es que las probabilidades de reingresos de estas características aumentan a medida que disminuye la edad de los pacientes. La relación no es perfectamente lineal, pero tiende a serlo, si

bien dentro de un espectro reducido: 1,9%-4,5%. Finalmente, es interesante señalar que todas las tasas de reingreso en estas condiciones son inferiores a la media excepto en el caso del grupo de 0 a 3 años, en que una mayor incidencia está condicionando que la media presente un valor más elevado.

**INDICADOR 13A**

TASA DE RETORNO A URGENCIAS A LAS 72 HORAS DEL ALTA POR EL MISMO DIAGNÓSTICO Y RANGO DE EDAD DEL PACIENTE (2014, EN %)

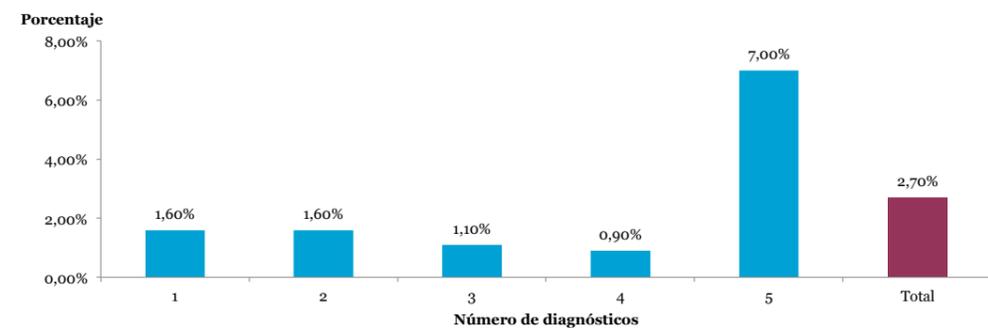


Si efectuamos un análisis similar al realizado anteriormente pero teniendo en cuenta el número de diagnósticos registrados en los sistemas de información de los pacientes que reingresan en urgencias a las 72 horas podemos observar que no existen grandes diferencias de resultados

en la tasa de reingreso cuando al paciente se le codifican de 1 a 4 diagnósticos. La cosa cambia significativamente cuando se alcanzan los 5 diagnósticos teniendo en cuenta que la tasa de reingreso se dispara al 7%.

**INDICADOR 13B**

TASA DE RETORNO A URGENCIAS A LAS 72 HORAS DEL ALTA POR EL MISMO DIAGNÓSTICO Y NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS POR PACIENTE (2014, EN %)



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

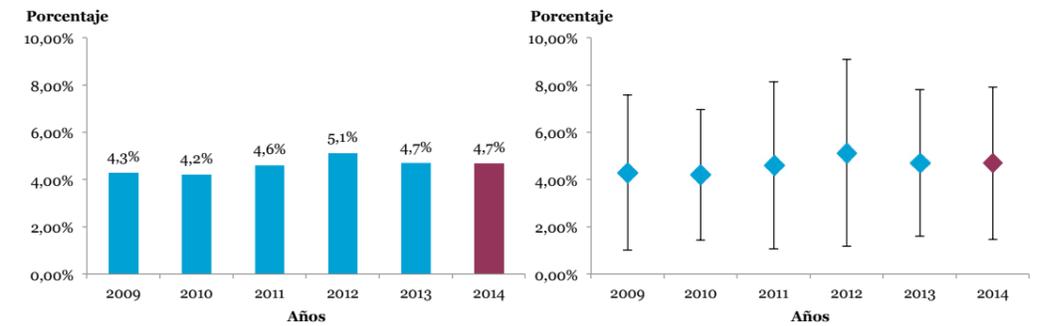
La tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta es otro de los indicadores con los que se evalúa la resolución asistencial de los centros sanitarios, teniendo en cuenta que al paciente no solo le importa que la atención sanitaria prestada sea rápida, eficiente y segura, sino que además no requiera de una segunda intervención que justifique su reingreso. Este indicador, por tanto, identificaría posibles problemas en el proceso hospitalario y en el de seguimiento post alta de los pacientes.

Para calcular los casos de reingreso por el mismo diagnóstico en menos de 30 días sobre el total de altas, se han seleccionado los casos que cumplen el criterio de haber tenido un reingreso por el mismo diagnóstico y con una diferencia de fechas de hasta 30 días.

El resultado obtenido en cuanto a la tasa de reingresos es de 4,7% manteniéndose en la misma línea que en estudios anteriores, teniendo en cuenta que se ha aumentado en un 12,3% el número de casos analizados.

**INDICADOR 14**

TASA DE REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN A 30 DÍAS DEL ALTA (2009-2014, EN %)   
 NÚMERO INGRESOS 2009: 366.366; 2010: 399.823, 2011: 485.871; 2012: 699.762; 2013: 687.819 Y 2014: 772.531   
 INCREMENTO 2014/2013: +12,3%



Tomando la muestra de casos de reingreso en menos de 30 días por causa del mismo diagnóstico como total, ha interesado ver la distribución de los pacientes por grupo de edad y por número de diagnósticos consignados en el reingreso.

La mayoría de los pacientes que reingresan en menos de 30 días por causa del mismo diagnóstico tienen entre 41 y 64 años y representan un 50% del total de estos casos. Si se aglutinan los casos válidos de 65 y más años, este grupo, formado por 10.755 casos, representaría un 33,57% del total de casos válidos, bastante por debajo del grupo anterior.

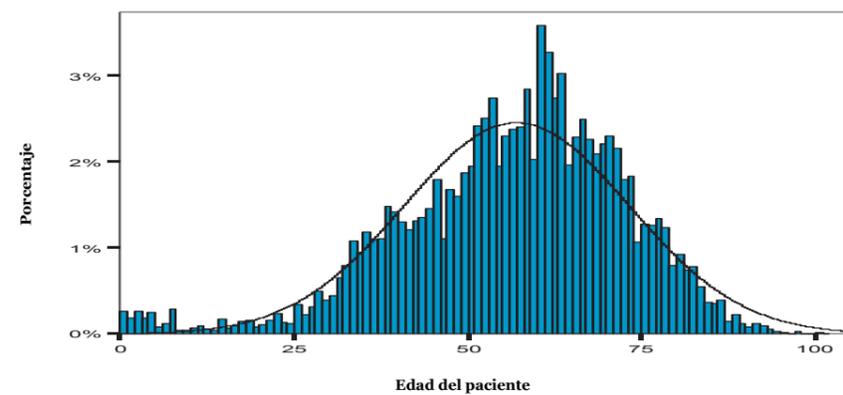
La edad media de este tipo de paciente se sitúa en 57 años, con una desviación estándar de 16 años. La mediana se sitúa en 59 años, indicando que el 50% de la muestra tiene como mínimo esa edad y el otro 50% la supera. La moda o caso más frecuente es que el paciente tenga 61 años. El coeficiente de asimetría es negativo, indicando que hay mayor aglutinación de casos por encima de la media que por debajo de la misma. La curtosis es positiva, indicando que, aunque la forma de la distribución se aproxima a una Normal, el histograma es más apuntado que el de una distribución mesocúrtica, lo que significa que los valores están bastante concentrados en torno a la media.

Rango de edad	Reingresos	% reingresos	% acumulado reingresos
0 a 3 años	231	0,7%	0,7%
4 a 16 años	493	1,5%	2,3%
17 a 40 años	4.244	13,2%	15,5%
41 a 64 años	16.316	50,9%	66,4%
65 a 75 años	7.207	22,5%	88,9%
76 y más años	3.548	11,1%	100%
<b>Total</b>	<b>32.039</b>	<b>100%</b>	-
Casos perdidos	4.216		

Una vez analizada la distribución de edad para pacientes que han sido reingresados en menos de 30 días con el mismo diagnóstico, resulta de interés estudiar en qué medida el reingreso de los pacientes guarda correlación con su edad.

**INDICADOR 14A**

TASA DE REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN A 30 DÍAS DEL ALTA POR EDAD DEL PACIENTE (2014, EN %)

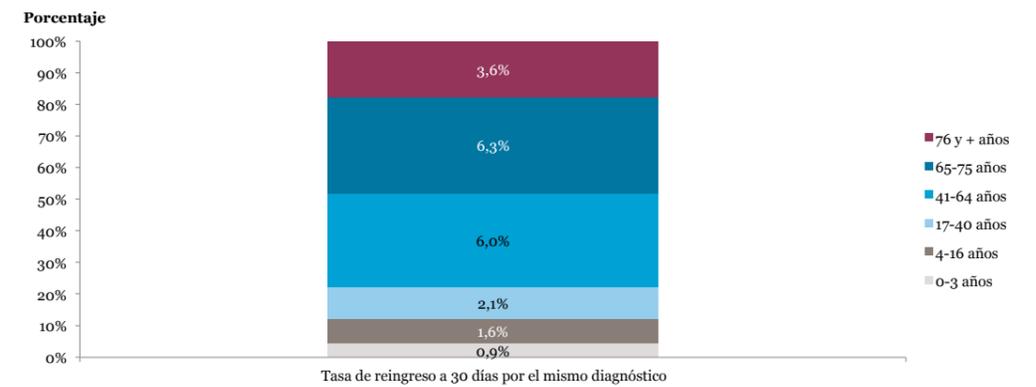


La conclusión a la que conducen los resultados es que existe cierto grado de dependencia entre el reingreso y la edad del paciente. La proporción de reingresos es significativamente superior en los grupos de edad de 41 años en adelante, especialmente en el caso de los pacientes entre 65 y 75 años de edad. La relación no es lineal, dado que no se mantiene que "a medida que aumenta la edad lo hace la tasa de reingreso", pero también es cierto que los grupos no constituyen intervalos de igual rango.

Una precaución importante a la hora de interpretar este resultado sería el tener en cuenta el elevado tamaño muestral que tiende a favorecer el rechazo de la hipótesis, dada la sensibilidad del indicador Chi Cuadrado a las diferencias, aunque no sean extremadas.

**INDICADOR 14B**

TASA DE REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN A 30 DÍAS DEL ALTA POR EDAD DEL PACIENTE (2014, EN %)



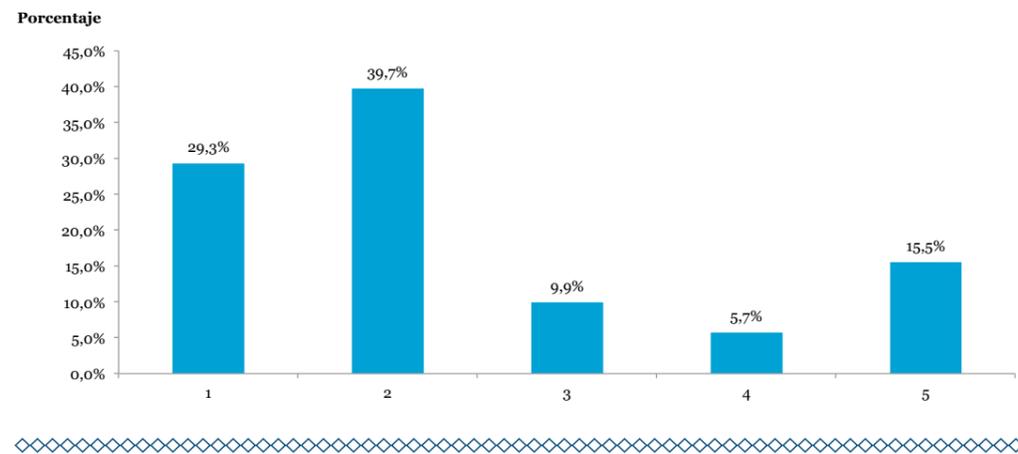
Otro análisis relevante acerca de este indicador es el de la distribución de los casos que lo componen en función del número de diagnósticos que presenta el paciente en el momento del reingreso. En primer lugar, se observa que la mayoría de estos pacientes presentan 2 diagnósticos, siendo notable la tasa de los que presentan tanto uno como cinco. La media se sitúa en 2,4, con una desviación estándar de 1,36. La mediana indica que el 50% de estos pacientes no superan los 2

diagnósticos, mientras que el otro 50% sí que lo hace. El caso más frecuente o moda es que cada alta disponga de 2 diagnósticos.

Los resultados ponen de manifiesto que hay base estadística para sustentar cierta dependencia entre los reingresos y el número de diagnósticos identificados al paciente, aunque la tasa de reingresos no aumenta linealmente a medida que lo hace el número de diagnósticos.

**INDICADOR 14C**

NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS POR ALTA DE LOS PACIENTES REINGRESADOS A 30 DÍAS (2014, EN %)



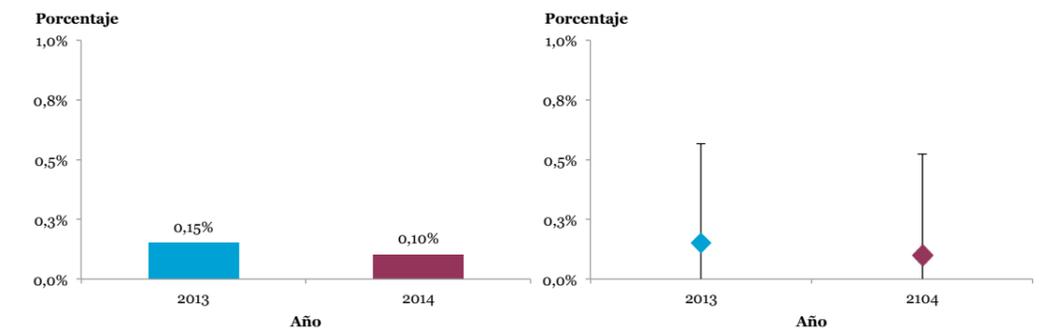
### 5.3. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas

Este indicador se introdujo en el informe presentado el año pasado con el objetivo de evaluar la calidad asistencial de la especialidad de oftalmología, una de las más significativas dentro del ámbito de la sanidad privada. Con él se pretende poner de manifiesto los excelentes resultados obtenidos en las cirugías de cataratas, mostrando los reducidísimos casos en los que es necesaria una segunda intervención debida a una complicación post operatoria.

Los resultados que se han alcanzado este año son incluso mejores que los conseguidos el año pasado, destacando que el número de casos analizados ha aumentado en un 10,3%. La interpretación del indicador muestra que sólo 1 de cada 1.000 pacientes intervenidos necesita de una segunda intervención en los tres días posteriores a la cirugía.

**INDICADOR 15**

COMPLICACIONES EN LOS 3 DÍAS POSTERIORES A LA CIRUGÍA DE CATARATAS (2013-2014, %)  
 NÚMERO DE INTERVENCIONES DE CATARATAS 2013: 37.792 Y 2014: 41.692  
 INCREMENTO 2014/2013: +10,3%



# 6 CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



## CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los centros y los profesionales sanitarios dedican un gran esfuerzo a definir e implantar políticas de calidad y seguridad que mejoren la atención sanitaria que prestan a los pacientes. Esta dedicación hacia un tema clave y estratégico como es la calidad y la seguridad dentro de las organizaciones, queda demostrado a través de la evolución en cuanto al, cada vez mayor, número de centros que disponen de acreditaciones y certificaciones de sus unidades y servicios hospitalarios y por la implantación de políticas específicas de seguridad del paciente.

Es por ello que, desde la primera publicación del Estudio RESA, se consideró muy importante incluir un conjunto de indicadores destinados a medir la implicación de los centros en cuanto a la implantación de políticas de calidad y seguridad en base a una valoración cualitativa de documentación que los centros reportan.

### 6.1. Acreditaciones y certificaciones de unidades y servicios hospitalarios

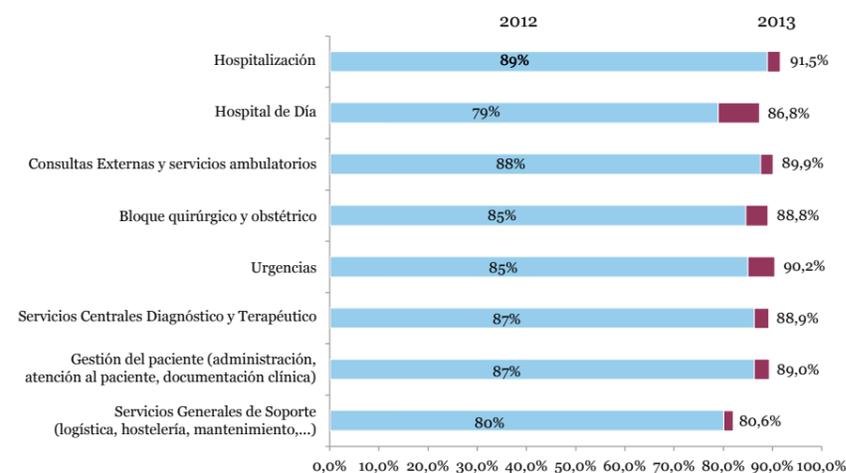
Se ha solicitado a los centros el envío de copia de las certificaciones obtenidas. Se han considerado únicamente como aceptadas las certificaciones más habituales de organismos internacionales y/o de reconocida solvencia.

centros que han aportado sus acreditaciones y certificaciones ha sido en cada edición mayor hasta situarse en 71 centros en el año 2014. Además, los resultados cosechados por el indicador son igualmente buenos, acercándose al 90% en las principales áreas del hospital. Por ello, podemos afirmar que la certificación de servicios en los hospitales se ha convertido en la norma entre los participantes.

La evolución experimentada por este indicador desde la primera publicación del informe RESA ha sido siempre positiva. El número de

#### INDICADOR 16

ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE UNIDADES Y SERVICIOS HOSPITALARIOS  
 NÚMERO DE CENTROS HOSPITALARIOS: 2011: 59; 2012: 65; 2013: 68 Y 2014: 71  
 INCREMENTO 2014/2013: +4,4%



## 6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente

Dentro de este apartado, el segundo elemento de interés es el grado de implantación de las políticas y procedimientos de mejora en el ámbito de la seguridad del paciente.

La prevención de los eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria es uno de los puntos fundamentales que explica el importante desarrollo de políticas y procedimientos de seguridad del paciente en el ámbito sanitario. Dentro del extenso campo de la seguridad del paciente, el Estudio RESA viene evaluando el grado de implantación de las que, a nuestro entender, son cinco de las buenas prácticas que se recomienda internacionalmente adoptar en todos los centros sanitarios:

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

Al igual que en años anteriores y con los mismos criterios y estándares predefinidos, lo que hemos medido es si estas prácticas están normalizadas, documentadas y aprobadas oficialmente en los centros participantes. Disponer de estas políticas nos asegura que las direcciones promueven, facilitan y supervisan la realización de las buenas prácticas de calidad.



### INDICADOR 17

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

#### 6.2.1. Protocolo de higiene de manos

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

Analizando los resultados obtenidos, el número de centros que tienen totalmente implantados protocolos de higiene de manos ha aumentado por la incorporación de dos nuevos centros que han aportado la documentación necesaria

que demuestra su implantación y, en segundo lugar, debido a que uno de los centros que el año anterior se encontraba en proceso de implantación del protocolo este año ya ha logrado introducirlo dentro de sus políticas para mejorar la seguridad de sus pacientes.

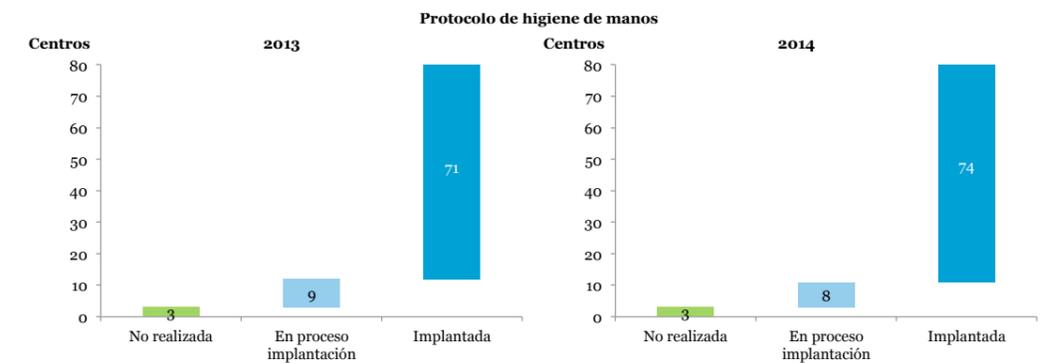
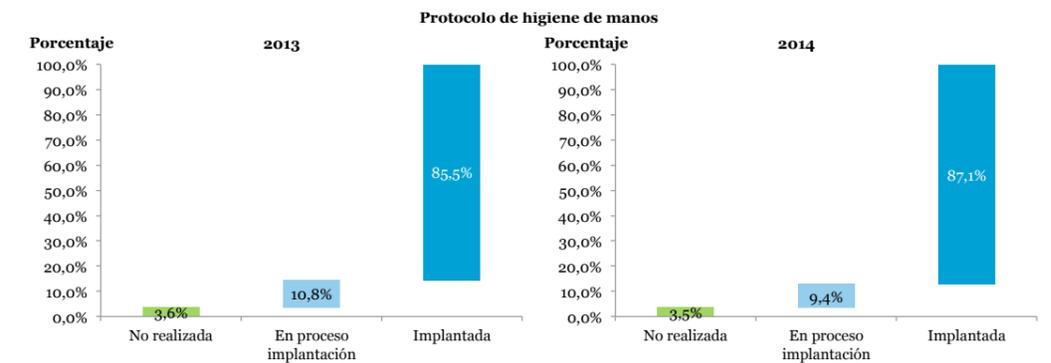
Los resultados demuestran que esta es una de las políticas de seguridad del paciente que goza de una mayor implementación en los centros sanitarios privados españoles.

### INDICADOR 17.1

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE : HIGIENE DE MANOS (2013-2014, PROTOCOLIZACIÓN EN %)

NÚMERO DE CENTROS HOSPITALARIOS 2012: 77; 2013: 83 Y 2014: 85

INCREMENTO 2014/2013: +2,4%



### 6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión

Uno de los riesgos más importantes de las hospitalizaciones con estancias prolongadas, y sobre todo en pacientes mayores y/o dependientes, son las úlceras por presión (UPP). La tasa de úlceras por presión es un indicador comúnmente utilizado por los centros sanitarios para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria que se está prestando a este perfil de pacientes, cada vez más habituales y que requieren una atención especial.

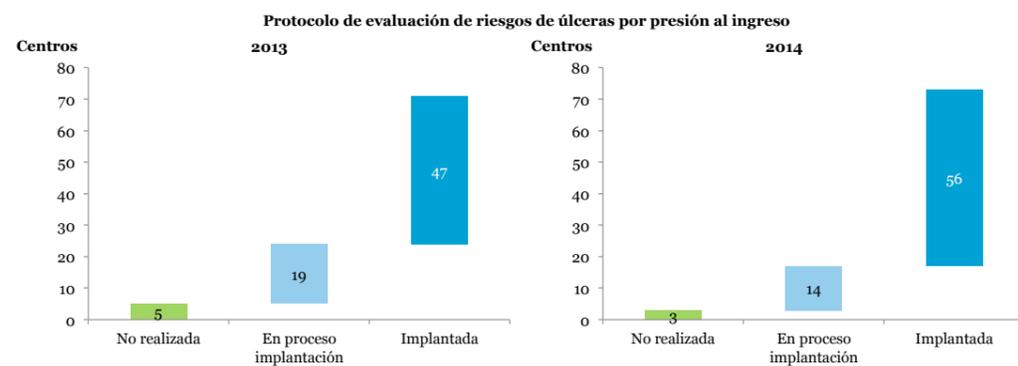
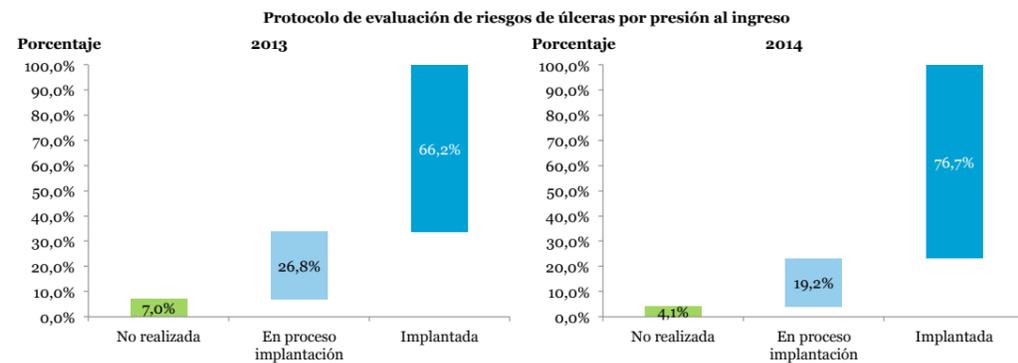
los protocolos de evaluación del riesgo de úlceras por presión al ingreso del paciente, que permita planificar e instaurar medidas de prevención en aquellos casos que lo requieran.

En este caso particular se ha experimentado un importante aumento en cuanto al número de centros sanitarios de la muestra que disponen de este protocolo implantado. Esto es debido fundamentalmente a que algunos centros, que en años anteriores aún no realizaban esta política, actualmente se encuentran en el proceso de implantarla y, por otro lado, algunos de aquellos que se encontraban implantándola finalmente lo han conseguido.

Por ello, dentro del presente informe se optó por incluir como indicador la realización de programas de evaluación del riesgo de padecer UPP. Consiste, por tanto, en valorar el grado de implantación de

**INDICADOR 17.2**

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE : EVALUACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (2013-2014, PROTOCOLIZACIÓN EN %)**  
 NÚMERO DE CENTROS HOSPITALARIOS 2012: 66; 2013: 71 Y 2014: 73  
 INCREMENTO 2014/2013: +2,8%



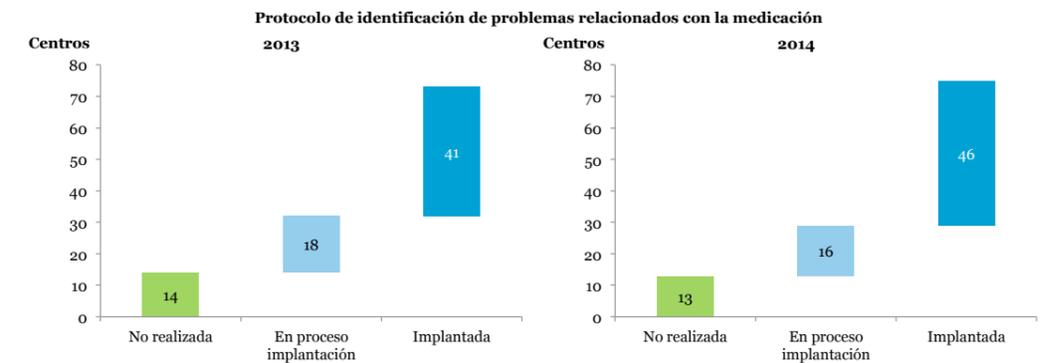
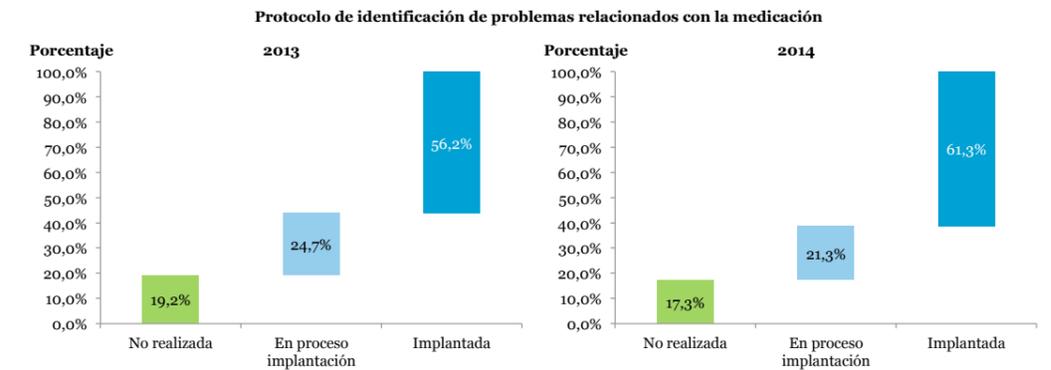
### 6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación

Los programas de identificación de problemas relacionados con la medicación son, dentro de las políticas de calidad y seguridad del paciente, los que presentan más dificultades a la hora de realizar su implementación. A pesar de ello, y como demuestran los resultados obtenidos, cada vez son más los centros sanitarios que disponen de protocolos de conciliación de la medicación del paciente al alta.

El número de centros que disponen de protocolos de identificación de problemas relacionados con la medicación ha aumentado con respecto a años anteriores. Lo más reseñable es que el 82,6% de los centros tienen o están en proceso de disponer de esta medida de seguridad del paciente, por lo que la evolución que se espera es que comience a convertirse en un futuro no muy lejano en una medida comúnmente extendida.

**INDICADOR 17.3**

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE : PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN (2013-2014, PROTOCOLIZACIÓN EN %)**  
 NÚMERO DE CENTROS HOSPITALARIOS 2012: 67; 2013: 73 Y 2014: 75  
 INCREMENTO 2014/2013: +2,3%

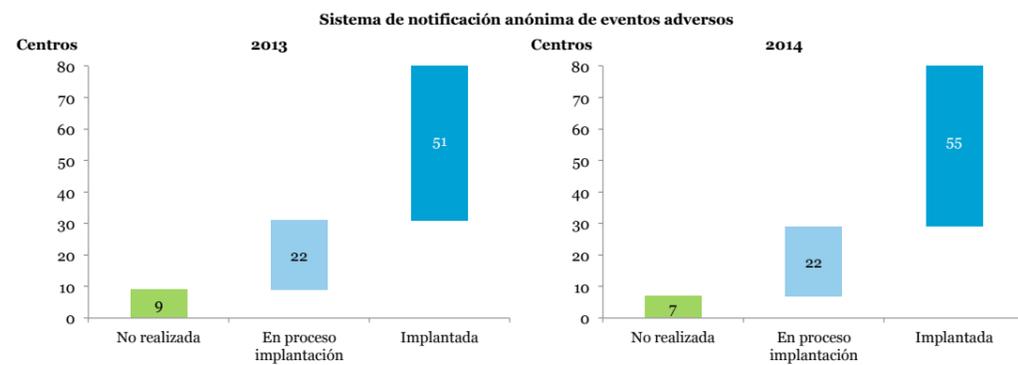
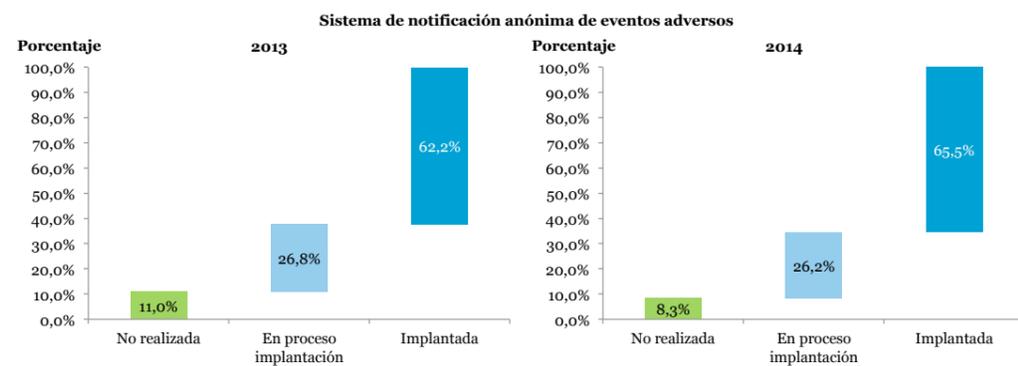


### 6.2.4. Sistema de notificación de eventos adversos

Los sistemas de notificación de eventos adversos son una de las prácticas sanitarias más útiles para el análisis y corrección de las causas por las que se produce un evento adverso. Son sistemas de registro anónimos por los cuales los profesionales sanitarios pueden notificar cualquier incidencia que dentro de la asistencia sanitaria prestada al paciente haya generado un evento adverso o el riesgo de producirlo.

El análisis de estas incidencias permite a los gestores de los centros sanitarios identificar posibles mejoras, tanto a nivel de gestión como clínico, por las que los riesgos de cometer el mismo error realizado se reduzcan al mínimo posible. En este caso, la evolución del indicador es muy positiva ya que ha aumentado el número de centros que disponen de este sistema de notificación totalmente implantado y el número de centros que no lo tiene también se ha reducido.

**INDICADOR 17.4**  
 POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE : NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (2013-2014, PROTOCOLIZACIÓN EN %)  
 NÚMERO DE CENTROS HOSPITALARIOS 2012: 77; 2013: 83 Y 2014: 84  
 INCREMENTO 2014/2013: +1,2%

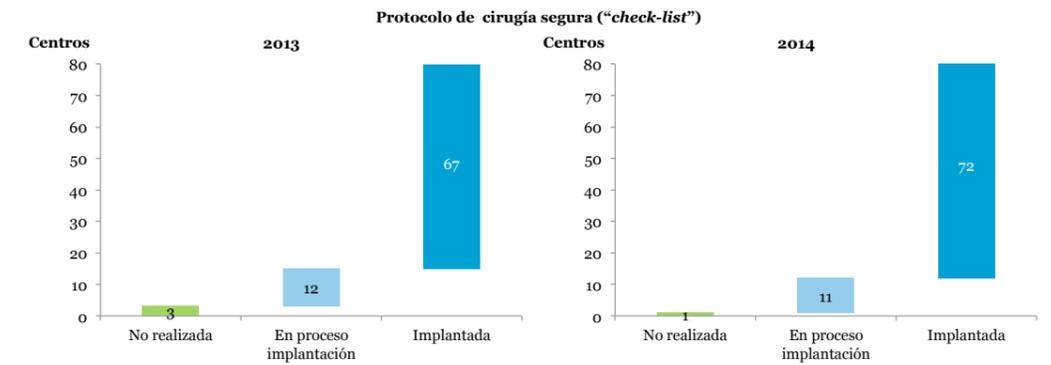
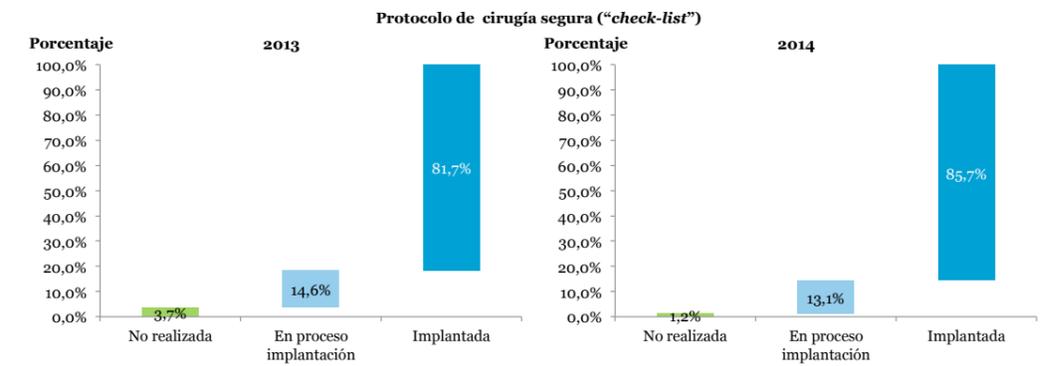


### 6.2.5. Protocolo de intervenciones de cirugía segura (checklist quirúrgico)

El protocolo de cirugía segura (*check-list*), 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. Este control se realiza, entre otras cosas, para asegurar cuestiones como que la identificación del paciente y el tipo de cirugía a realizar son correctas. Es una de las medidas de seguridad del paciente en las que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto mayor empeño en su difusión (junto con los protocolos de higiene de manos) y que además ha quedado demostrada su eficacia en gran número de estudios, contribuyendo a salvar un gran número de vidas.

Los resultados alcanzados rozan en este caso la excelencia. El 85,7% de los centros disponen del protocolo de cirugía segura totalmente implantado y un 13,1% se encuentra en proceso de implantación, por lo que estamos hablando de que en un futuro próximo esta iniciativa de seguridad del paciente estará presente en la totalidad de nuestros centros sanitarios.

**INDICADOR 17.5**  
 POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE : PROTOCOLO DE CIRUGÍA SEGURA (CHECK-LIST) (2013-2014, PROTOCOLIZACIÓN EN %)  
 NÚMERO DE CENTROS HOSPITALARIOS 2012: 77; 2013: 82 Y 2014: 84  
 INCREMENTO 2014/2013: +2,3%



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

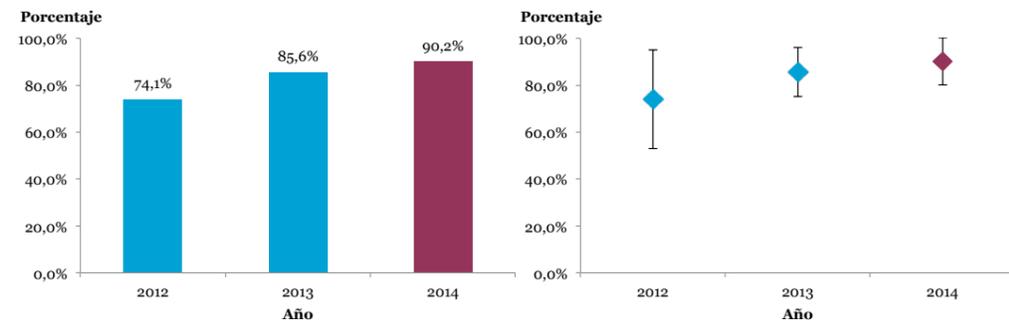
La cuantificación del grado de aplicación de la política anterior viene determinada por el ratio de intervenciones quirúrgicas en las que se ha realizado el check-list de quirófano. Se trata no solo de medir si se dispone del protocolo implantado sino conocer su operativa.

Las limitaciones a la hora de calcular este indicador vienen por la necesidad de que los centros deben tener integrado dentro de sus sistemas informáticos la valoración del cumplimiento del procedimiento para cada paciente al que se le realiza una cirugía. Aunque todos los centros que tienen implantada ya esta iniciativa ven necesaria esta inclusión en sus sistemas de información, su grado de desarrollo todavía es muy variado.

A pesar de las limitaciones ya comentadas, el número de casos analizados este año ha aumentado de una forma considerable y además, mejorando los resultados conseguidos. En el 90,2% de las cirugías analizadas se había realizado el protocolo de verificación quirúrgica y la tendencia es llegar al 100% de los casos en los próximos años. Otro efecto de consideración es que el grado de dispersión de los resultados por centro, marcado por la desviación típica, también se ha visto reducido. Asimismo es de reseñar que el volumen de centros que disponen de esta información mecanizada se ha más que duplicado respecto al año anterior: más centros informan de este indicador y el porcentaje de pacientes que disfrutan de esta seguridad es mayor.

#### INDICADOR 18

RATIO DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA SEGURA ("CHECK-LIST" QUIRÚRGICO) (2012-2014, EN %)  
 NÚMERO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2012: 77.788; 2013: 79.689; 2014: 195.949  
 INCREMENTO 2014/2013: +145,9%



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

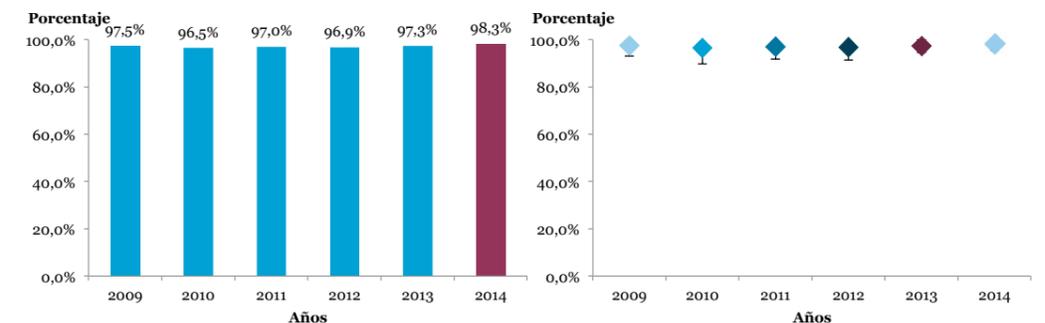
Uno de los indicadores clásicos sobre la calidad asistencial en centros hospitalarios y que goza de una gran utilización a nivel internacional es la mortalidad por causas coronarias. Este indicador se obtiene a partir del análisis del CMBD hospitalario que recoge todos los diagnósticos realizados al paciente al ingreso, pudiéndose identificar aquellos casos en los que se ha diagnosticado Síndrome Coronario Agudo, y la circunstancia de alta de los pacientes.

Los resultados obtenidos el presente año son los mejores de los presentados en los últimos seis años analizados, mostrando que en el 98,3% de los casos los pacientes ingresados por SCA no fallecen en las 48 horas posteriores a su ingreso, siendo estas las de mayor riesgo de mortalidad.

La tasa de supervivencia en pacientes ingresados por SCA, es del 98,3%, mejorando respecto a años anteriores y coincidiendo con el rango habitual encontrado en hospitales europeos.

#### INDICADOR 19

TASA DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO (2009-2014, TASA EN %)  
 NÚMERO PACIENTES INGRESADOS POR IAM 2009: 987; 2010: 909; 2011: 1.711; 2012: 4.137; 2013: 3.721 Y 2014: 3.613  
 INCREMENTO 2014/2013: -2,9%



Acerca de este indicador se ha señalado como interesante obtener la correlación simple con respecto a la edad. Se ha aplicado un contraste de diferencia de medias para ver si la edad media

de los que llegan a esta situación de exitus es significativamente diferente de la edad media de los que no alcanzan esta situación.

Como puede apreciarse, desde un punto de vista descriptivo, parece que la edad media de las personas que han fallecido por infarto es ligeramente superior a la edad media de las que han tenido un infarto y han sobrevivido. Sin embargo, las desviaciones estándar son elevadas en ambos grupos. Por ello, al efectuar el contraste

de diferencia de medias, se advierte que se acepta la hipótesis que la edad media de los que sufrieron un infarto y sobrevivieron es igual a la edad media de los que sufrieron un infarto y fallecieron, o dicho de otra forma, la diferencia entre las medias no es significativa.

Pacientes diagnosticados SCA	Nº casos	Edad Media	Desviación típica de la edad media	Error típico de la media
Exitos antes de 48 horas	61	70,31	31,18	3,99
No exitos	3.534	69,43	45,69	0,769

Para completar el análisis con una técnica más parecida a la correlación, se han efectuado cruzamientos de las variables de exitos por infarto en general y el grupo de edad en lugar de la edad. Cabe destacar que el número de casos analizados ha disminuido ligeramente por no contar con

los datos relativos a la edad de los pacientes. Los resultados son algo más sensibles que los anteriores. Así, se aprecia una asociación lineal: a medida que aumenta el grupo de edad aumenta la proporción de personas que no sobreviven al infarto.

Rango de edad	Número de exitos	Total de pacientes SCA	% Total de pacientes SCA
17 a 40 años	0	47	0,0%
41 a 64 años	6	1.347	0,4%
65 a 75 años	10	1.001	1,0%
76 y más años	39	1.019	3,7%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>3.423</b>	<b>1,6%</b>

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

Existe evidencia científica de que una cirugía precoz tras una fractura de cadera disminuye la mortalidad y permite acortar el tiempo de inicio de las sesiones de rehabilitación por parte del paciente.

Si bien es cierto que el indicador ha sufrido un retroceso en los últimos años, ello se debe a la incorporación de centros con un elevado volumen de intervenciones con resultados más cercanos al 70% que afectan al comportamiento general del indicador.

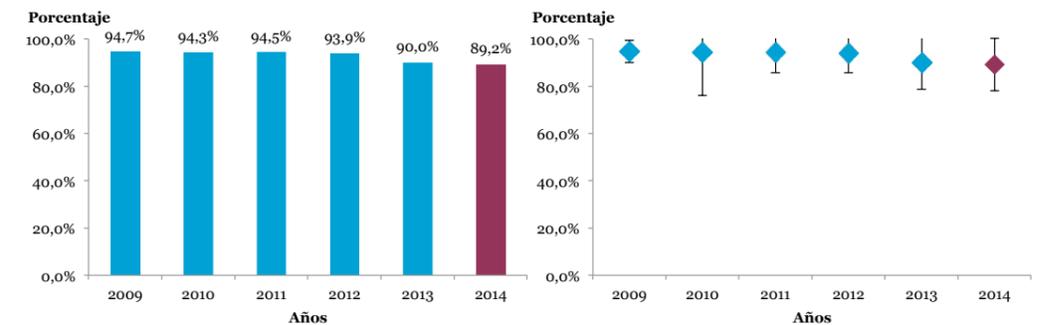
En muchos sistemas de salud se considera un buen resultado en cuanto al presente indicador alcanzar el 60% de cirugías de prótesis de cadera realizadas en menos de 48 horas.

Teniendo en cuenta las dificultades operativas que suponen, sobre todo de programación de la cirugía en un plazo tan corto de tiempo, los resultados obtenidos son muy satisfactorios ya que se sitúan cerca del 90%. Este resultado sigue considerándose como excelente.

El ratio de cirugías de prótesis de cadera en menos de 48 horas se mantiene dentro de los estándares encontrados en la literatura.

### INDICADOR 20

RATIO DE CIRUGÍAS DE PRÓTESIS DE CADERA DENTRO DE LAS 48 HORAS POSTERIORES AL INGRESO (2009-2014, EN %)  
 NÚMERO DE PACIENTES 2009: 1.396, 2010: 1.550; 2011: 2.205; 2012: 2.664; 2013: 5.394 Y 2014: 5.278  
 INCREMENTO 2014/2013: -2,2%



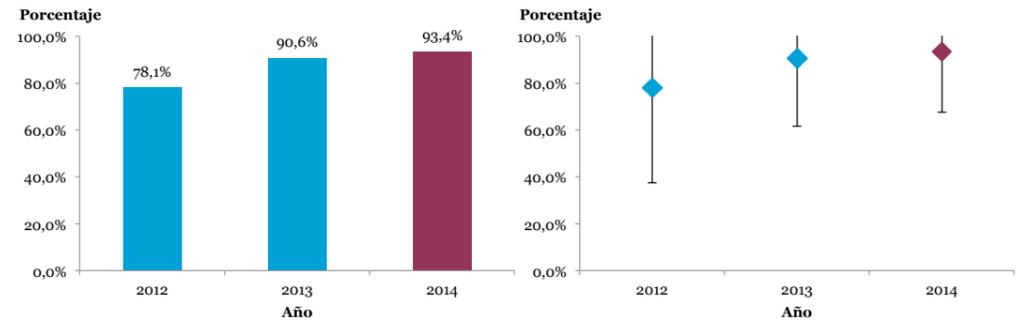
## 6.6. Ratios de colonoscopias y gastroscopias realizadas con sedación profunda

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

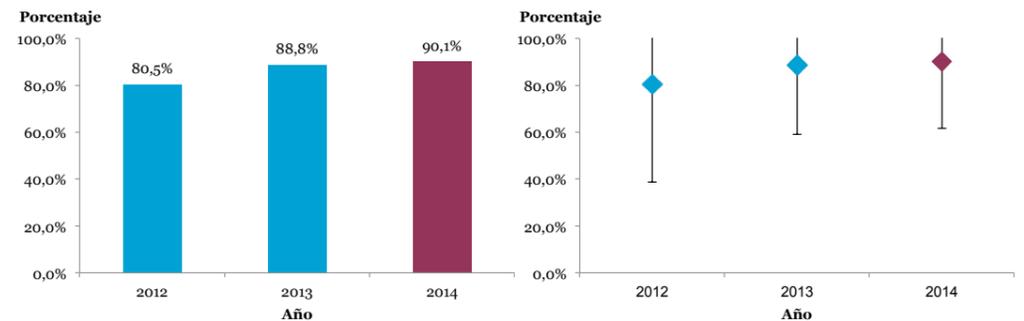
La realización de un número mayor de colonoscopias que de gastroscopias es debido a las recomendaciones de realizarse revisiones periódicas para la prevención del cáncer de colon.

Los resultados obtenidos en ambas pruebas son excelentes, por encima del 90% de los procedimientos endoscópicos analizados se realizan con sedación profunda. Además, la variabilidad de los resultados se ha ido reduciendo paulatinamente en los tres últimos años alcanzando los mejores resultados en 2014. Por último, es digno de mención que estos resultados se han alcanzado habiéndose aumentado el número de casos un 17,7% en colonoscopias y un 13,1% en gastroscopias.

**INDICADOR 21**  
 RATIO DE COLONOSCOPIAS REALIZADAS CON SEDACIÓN (2012-2014, EN %)  
 NÚMERO DE COLONOSCOPIAS 2012: 27.217 ; 2013: 50.454 Y 2014: 59.405  
 INCREMENTO 2014/2013: +17,7%



**INDICADOR 22**  
 RATIO DE GASTROSCOPIAS REALIZADAS CON SEDACIÓN (2012-2014, EN %)  
 NÚMERO DE GASTROSCOPIAS 2012: 6.037 ; 2013: 31.473 Y 2014: 35.599  
 INCREMENTO 2014/2013: +13,1%

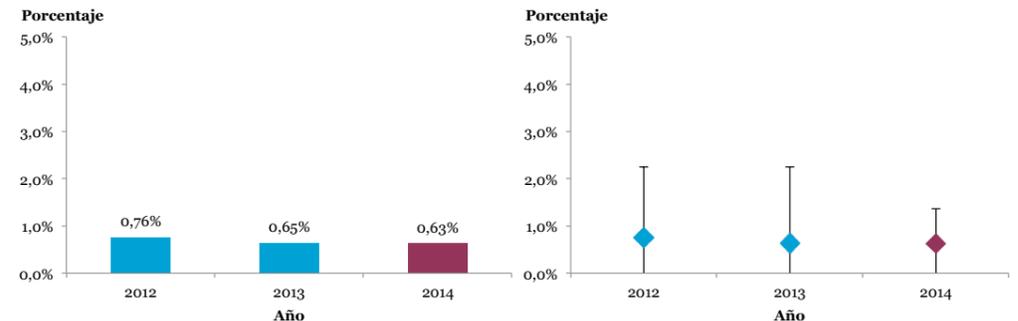


## 6.7. Tasa de reingresos posteriores a cirugía ambulatoria a 30 días

Este indicador mide la seguridad de las intervenciones con cirugía ambulatoria. Los resultados alcanzados por este indicador han sido cada vez mejores, reduciéndose el número de reingresos post alta de cirugía ambulatoria con el mismo diagnóstico a los 30 días. Además, muestra de la mejoría de los resultados es la reducción de la variabilidad intercentros, tal y como se observa en el gráfico de la desviación típica.

La literatura publicada al respecto estima como resultados óptimos los que se sitúan alrededor del 1% de los casos, y en esta ocasión ha ido bajando progresivamente hasta 0,63 %.

**INDICADOR 23**  
 TASA DE REINGRESOS POST ALTA DE CIRUGÍA AMBULATORIA A 30 DÍAS (2012-2014, %)  
 NÚMERO DE INTERVENCIONES AMBULATORIAS 2012: 141.030; 2013: 288.150 Y 2014: 296.505  
 INCREMENTO 2014/2013: +2,9%



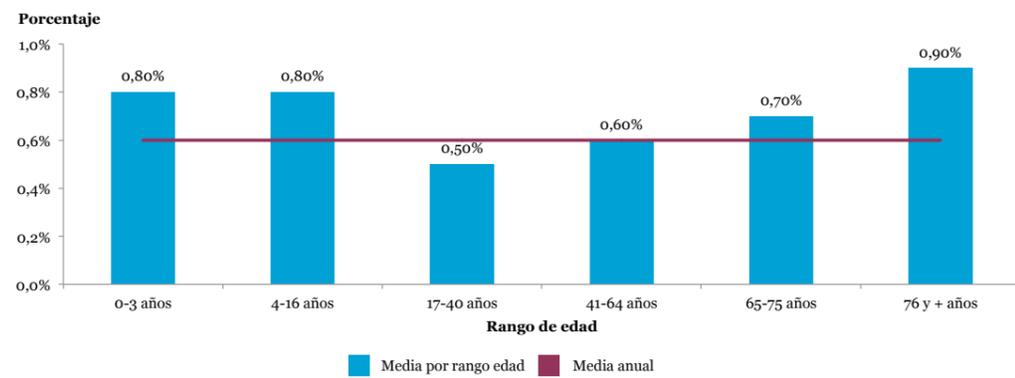
Una vez analizado el resultado global del indicador se ha considerado de interés ver cuál es su comportamiento frente a variables como la edad del paciente y el número de diagnósticos codificados por los facultativos a su ingreso.

pesar de ser significativo ( $Sig < 0,000 < 0,025$  bajo supuesto de diferentes varianzas en los dos grupos), pone de manifiesto que apenas hay una diferencia de dos años entre los dos tipos de pacientes. La tendencia es a que sean algo más mayores los que realizan este tipo de reingreso, pero, como se observa en el gráfico, salvando la sección central de la distribución, los extremos son los que tienden al aumento de esta tasa.

El contraste de diferencia de medias entre los grupos de los que reingresan bajo estas condiciones y los que no lo hacen arroja un resultado que, a

**INDICADOR 23A**

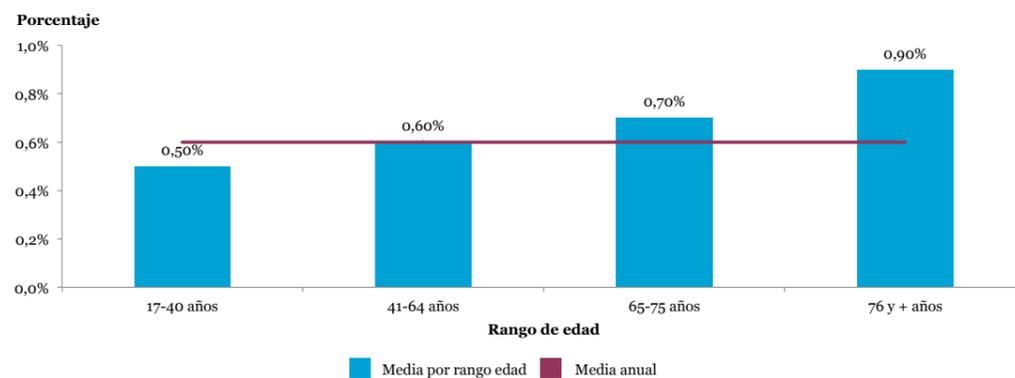
TASA DE REINGRESOS POST ALTA DE CIRUGÍA AMBULATORIA A 30 DÍAS POR GRUPOS DE EDAD (2014, %)



Si se excluyen los pacientes pediátricos, el análisis muestra una asociación de tipo lineal ascendente: a medida que aumenta el grupo de edad, también lo hace, aunque de forma moderada, la tasa de reingresos.

**INDICADOR 23B**

TASA DE REINGRESOS POST ALTA DE CIRUGÍA AMBULATORIA A 30 DÍAS POR GRUPOS DE EDAD (2014, %)

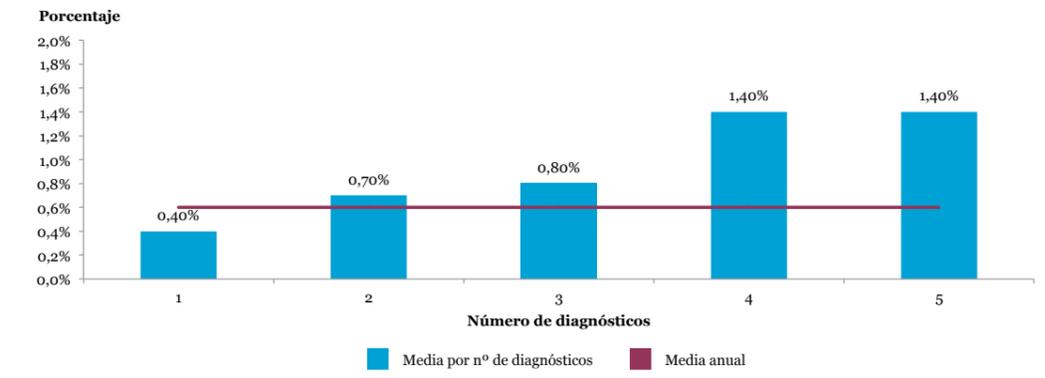


En cuanto a la relación de este indicador con el número de diagnósticos, el siguiente gráfico muestra que se da una asociación lineal entre ambas variables. A medida que aumenta el número de diagnósticos de los pacientes, también aumenta la probabilidad de sufrir un reingreso por el mismo diagnóstico en menos de 30 días con ingreso anterior ambulatorio y actual hospitalario. La hipótesis de que las proporciones de reingresos

son iguales para todos los números de diagnóstico se rechaza (Significación  $0,000 < 0,025$ ) y, en el gráfico se ve claramente cómo aumenta la tasa de reingreso bajo estas condiciones a medida que lo hace el número de diagnósticos. No obstante, el aumento es discreto y no se supera una tasa del 1,4% en ningún grupo y a partir de 4 diagnósticos, la tasa se estabiliza.

**INDICADOR 23C**

TASA DE REINGRESOS POST ALTA DE CIRUGÍA AMBULATORIA A 30 DÍAS POR NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS (2014, %)



En resumen, es evidente que el reingreso por complicaciones está claramente asociado a la edad de los pacientes, aumentando en los casos pediátricos y en los más mayores y con la

pluripatología, que presenta una relación casi lineal con el número de diagnósticos. Ambos efectos tienen una asociación estadística significativa al 95%.



## 6.8. Tasa de recién nacido vivo único a término por ciclo iniciado

La introducción el año pasado de los indicadores de reproducción asistida en el Estudio RESA se debe al importante auge que tiene esta actividad asistencial en nuestro país y a que está gestionada en un importante porcentaje por centros sanitarios privados.

La selección de estos dos indicadores que miden la efectividad de los tratamientos de fertilidad se realizó teniendo en cuenta estándares aceptados, tanto internacionalmente, como por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF).

Este primer indicador mide la eficacia de los tratamientos de fertilidad, a través del número de nacimientos únicos como resultado deseado por los pacientes que se someten a esta tipología de tratamientos.

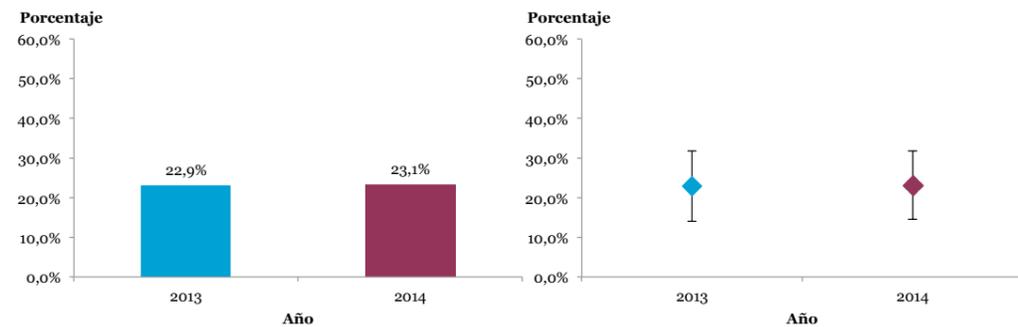
Hay que aclarar que la tipología de ciclos que se han considerado para el cálculo del indicador son "ciclos para obtención de ovocitos de pacientes, cuyo destino es la fecundación en fresco para la transferencia o criopreservación de los embriones resultantes" (no incluyen las transferencias de embriones criopreservados), tal y como especifica la SEF.

Los resultados obtenidos en este indicador mejoran ligeramente con respecto a los alcanzados el año anterior y siguen situándose dentro de los estándares europeos marcados como buenos, entre el 20% y el 30% de recién nacidos únicos por ciclo iniciado.

La tasa de recién nacidos únicos por ciclo, es de 23,1%, lo que la sitúa dentro de los estándares europeos.

### INDICADOR 24

TASA DE RECIÉN NACIDO VIVO ÚNICO A TÉRMINO POR CICLO INICIADO (2013-2014, %)  
 NÚMERO DE CICLOS INICIADOS 2013: 2.167 Y 2014: 1.777  
 INCREMENTO 2014/2013: -18,0%



## 6.9. Ratio de ciclos resultantes en embarazo

Este segundo indicador de reproducción asistida evalúa los resultados de los ciclos resultantes en embarazo. Este indicador mide, por tanto, la efectividad del tratamiento con respecto al número de embarazos clínicos (gestación en la que se observa embrión con latido cardíaco presente por ecografía) por ciclo iniciado.

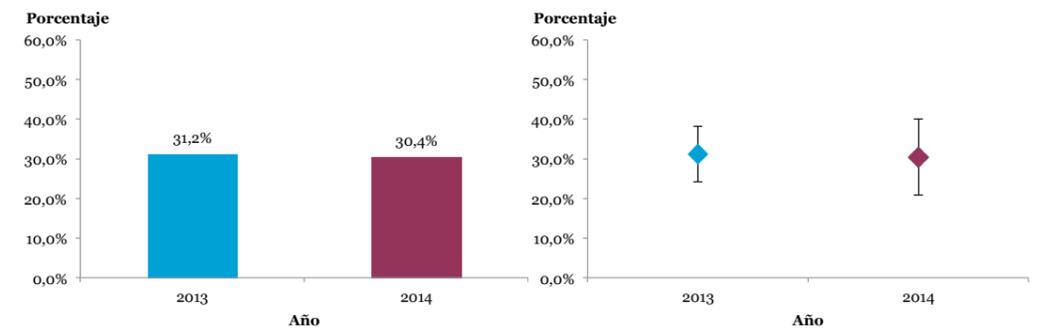
A nivel internacional, se considera un buen resultado en este indicador si se alcanza un ratio del 30% de efectividad de la fecundación de ciclos iniciados por las pacientes.

A pesar de que los resultados obtenidos de este indicador en el presente estudio son algo más discretos que los de 2013, se encuentran en la línea de las consideradas buenas prácticas a nivel internacional como ya hemos comentado anteriormente.

El ratio de ciclos resultantes en embarazo es comparable con los mejores estándares internacionales, que se sitúan por encima del 30%.

### INDICADOR 25

RATIO DE CICLOS RESULTANTES EN EMBARAZO (2013-2014, %)  
 NÚMERO DE CICLOS INICIADOS 2013: 2.167 Y 2014: 1.777  
 INCREMENTO 2014/2013: -18,0%



# 7 CONCLUSIONES



## CONCLUSIONES

El Estudio RESA es ya uno de los informes de referencia en cuanto a la transparencia de resultados asistenciales de centros sanitarios a nivel nacional. En su cuarta edición se ha decidido mantener el cuadro de indicadores de la edición anterior, pero profundizando en algunos de ellos con el objetivo de mejorar la comprensión de los resultados de los mismos.

Dentro de los resultados alcanzados en esta nueva edición del Estudio RESA merece hacerse mención a los siguientes objetivos conseguidos:

- Continúa aumentando la participación en la gran mayoría de los indicadores del estudio, debido tanto a la incorporación de nuevos centros como al incremento de la participación en más indicadores por parte de los centros ya habituales.
- Los resultados obtenidos un año más muestran mejoras en la gestión de la atención asistencial, la accesibilidad, la calidad y la seguridad del paciente. Además, analizando la evolución de los resultados entre 2009 y 2014 se pueden observar tendencias de mejora y disminución de la variabilidad entre centros en casi todos los indicadores.

- Los detallados análisis efectuados en esta edición continúan confirmando la calidad de los resultados. Por ejemplo, las variaciones estacionales de las demoras son relativamente suaves lo que indica que la disponibilidad de los centros se mantiene incluso en épocas de gran incremento de la demanda.

- Los resultados presentados de mejora continua por cuarto año consecutivo no pueden considerarse una mejora aleatoria. Entendemos que lo que demuestran es que los centros ponen un importante esfuerzo en mejorar cada año unos indicadores que ya eran buenos desde el principio.

Un año más el Estudio RESA pone de manifiesto el compromiso de la sanidad privada con el paciente y presenta unos excelentes resultados comparables con cualquier sistema sanitario tanto nacional como internacional.

# 8 ANEXOS



## ANEXOS

### 8.1. Proceso de selección y definición de indicadores

El Comité de Expertos del Estudio RESA 2015, nombrado por la Fundación IDIS, ha sido el encargado de determinar el alcance del informe del presente año.

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

En su lugar, el grupo de expertos que forman parte del equipo de trabajo interno del Estudio RESA 2015 propuso complementar con algunas explotaciones adicionales los indicadores más representativos del informe, aportando al lector unos análisis extra que le facilitaran la comprensión y magnitud de los resultados obtenidos por cada indicador.

Estas explotaciones complementarias se han realizado en base a las siguientes variables:

- Resultados por servicios/especialidades.
- Edad de los pacientes.
- Estacionalidad de la atención sanitaria prestada (distribución horaria, semanal, mensual).
- Factores de reingresos (estudiando la comorbilidad de los pacientes en función de su número de diagnósticos registrados).

Una vez se obtuvieron los resultados de todos estos cruces de variables en los indicadores seleccionados, el Comité de Expertos consensuó cuáles de éstos serían los más relevantes para los lectores, y son los que finalmente forman parte de los resultados presentados en el presente informe.

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

## 8.2. Fichas de los indicadores

Las siguientes fichas detallan la definición, fórmula y términos de cada uno de los indicadores del Estudio RESA 2015:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>Código:</b> 15	<b>Nombre:</b> Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes con diagnóstico de catarata no complicada, que tuvo una cirugía de cataratas y debe ser intervenido nuevamente de cataratas por la aparición de una complicación mayor en los 3 días posteriores a la cirugía.	
<b>Fórmula:</b> $(A/B)*100$	
<b>Numerador (A):</b> Número total de pacientes reintervenidos quirúrgicamente de cataratas por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservar fragmentos nucleares</li> <li>• Endoftalmitis</li> <li>• Dislocada o lente intraocular de energía incorrecta</li> <li>• Desprendimiento de retina</li> <li>• Dehiscencia de la herida</li> </ul>	<b>Denominador (B):</b> Número total de intervenciones de cirugía de cataratas realizados en el centro hospitalario.

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

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

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

<b>Código:</b> 19	<b>Nombre:</b> Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo
<b>Definición:</b> Porcentaje de pacientes fallecidos en las 48 horas posteriores al ingreso por Infarto Agudo de Miocardio respecto al total de ingresos por este mismo diagnóstico.	
<b>Fórmula:</b> $(A/B)*100$	
<b>Numerador (A):</b> Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal el de Síndrome Coronario Agudo (CIE: 410.xx y 411.xx), y que tengan como motivo de alta "defunción/éxito" en el periodo estudiado dentro de las 48 horas posteriores al ingreso.	<b>Denominador (B):</b> Número de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de Síndrome Coronario Agudo (CIE: 410.xx y 411.xx).
<b>Ajustes:</b> Se excluyen las altas por traslado del paciente a otro hospital.	

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

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

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

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

<b>Código:</b> 24	<b>Nombre:</b> Tasa de recién nacido vivo único a término por ciclo iniciado
<b>Definición:</b> Tasa de recién nacido vivo único a término por ciclo iniciado es la razón del número de un recién nacido vivo a término, por el número de ciclos iniciados.	
<b>Fórmula:</b> $A/B$	
<b>Numerador (A):</b> Número total de recién nacidos vivos únicos a término.	<b>Denominador (B):</b> Número total de ciclos iniciados.

<b>Código:</b> 25	<b>Nombre:</b> Ratio de ciclos resultantes en embarazo
<b>Definición:</b> El ratio de ciclos resultantes en embarazo es el resultado de la razón del número total de ciclos en el que el resultado fue un embarazo intrauterino, por el número total de ciclos iniciados en la paciente.	
<b>Fórmula:</b> $(A/B)*100$	
<b>Numerador (A):</b> Número total de ciclos donde una transferencia fue satisfactoria y el resultado fue embarazo intrauterino.	<b>Denominador (B):</b> Número total de ciclos iniciados.

## 8.3. Especificaciones metodológicas

La información a suministrar se facilitó en el formato Excel modelo Cuestionario IDIS RESA 2015.

### CMBD

Dentro del fichero Excel se solicitó la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos del último año (2014). Ésta podía ser enviada tanto dentro del mismo fichero Excel o en formato Access, asegurándose que se cumplimentaban todos los campos solicitados.

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

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

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

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

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

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

### 8.3.1. Estancia media ajustada por casuística

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

### 8.3.2. Estancia media pre-quirúrgica

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

### 8.3.3. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias

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

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

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

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

Se incluyeron las siguientes pruebas realizadas en 2014:

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

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

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

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

### 8.3.5. Tiempo medio de espera de entrega de informe de pruebas complementarias

Incluyó únicamente las siguientes pruebas realizadas en 2014:

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

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

Se suministraron para cada tipo de prueba los siguientes datos:

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

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

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

Se incluyeron las siguientes consultas de especialista realizadas en 2014:

- Oftalmología
- Dermatología
- Traumatología
- Ginecología y Obstetricia

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

año 2014 en las que se da cita al paciente en el primer hueco disponible en la agenda u otra fecha próxima a conveniencia del paciente.

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

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

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

### 8.3.7. Tiempo medio de asistencia en triage en urgencias

Se incluyó en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2014.

Se suministró la siguiente información:

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de registro en admisión de urgencias (o fecha y hora de llegada al servicio de urgencias si ésta es el registro existente). Se excluyó el centro si la admisión en urgencias no es registrada a la llegada.

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

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

### 8.3.8. Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias

Se incluyó en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2014.

Se suministró la siguiente información:

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de registro de inicio de la atención de triage por el personal de enfermería o facultativo en urgencias. Se excluyó el centro si el triage en urgencias no es registrado.

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

### 8.3.9. Espera media quirúrgica

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

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

Se remitió la siguiente información:

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

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

Incluyó todos los pacientes que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) habían sido realizados en el hospital en el período de estudio. Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio fue el 31 de enero del año siguiente (año 2014 hasta el 31 de enero de 2015).

Se suministró la información siguiente:

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

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

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

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

Incluyó todos los pacientes que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) habían sido realizados en el hospital en el periodo de estudio. Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio fue el 31 de enero del año siguiente (año 2014 hasta el 31 de enero de 2015).

Se suministró la información siguiente:

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

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

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

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

Incluyó todos los pacientes que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) habían sido realizados en el hospital en el periodo de estudio. Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio fue el 31 de enero del año siguiente (año 2014 hasta el 31 de enero de 2015).

Se suministró la información siguiente:

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

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

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

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

Se solicitó el último año (2014) en el formato Excel que se adjuntó. Incluyó dos explotaciones:

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

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

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

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

### 8.3.14. Tasa de reingreso en hospitalización a 30 días del alta

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

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

El ratio de complicaciones en los 30 días posteriores a la cirugía de cataratas que requieren procedimientos quirúrgicos adicionales se calculó a partir de los datos requeridos en la explotación del CMBD.

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

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

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

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

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

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

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

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

### 8.3.17. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente

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

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

- d) Sistema de notificación anónima de eventos adversos. Implica la existencia de un sistema mecanizado de notificación de la aparición de eventos adversos en los pacientes atendidos, que respete el anonimato del notificante, la realización de un análisis del evento adverso (diagrama de Ishikawa, causa-raíz, u otros instrumentos de análisis de causas) y la difusión de las conclusiones a la unidad/es afectada/s. Se acompañaba en formato electrónico la información del funcionamiento del sistema utilizado para que éste sea conocido por el personal.
- e) Protocolo de cirugía segura (Check-list). Implica, como se comentaba en el apartado anterior, la existencia de un protocolo, formalmente aprobado por los órganos de gobierno del hospital y de cumplimiento obligatorio en bloque quirúrgico, que incluya la realización de un chequeo de las principales variables de riesgo para el paciente (se adjuntaba copia en formato electrónico).

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

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

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

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

La muestra que recogieron los centros fue un corte mensual posterior al 31 de agosto de 2014, libremente escogido por el hospital en el que se reflejen días consecutivos.

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

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

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

La información que se solicitó:

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

### 8.3.19. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo

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

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

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

### 8.3.21. Ratio de colonoscopias realizadas con sedación

Se solicitaron las colonoscopias realizadas a pacientes con sedación profunda de un mes del año 2014. El mes de muestra podía ser seleccionado por el centro sanitario, teniendo en cuenta que debía alcanzar un número mínimo

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

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

### 8.3.22. Ratio de gastroscopias realizadas con sedación

Se solicitaron las gastroscopias realizadas a pacientes con sedación profunda de un mes del año 2014. El mes de muestra podía ser seleccionado por el centro sanitario, teniendo en cuenta que debía alcanzar un número mínimo de

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

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

### 8.3.23. Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días

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

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

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

### 8.3.24. Tasa de recién nacido vivo único a término por ciclo iniciado

El año de referencia de la información que se ha suministrado para este indicador ha sido el 2013 (ciclos iniciados entre el 1 de enero de 2013 y nacimientos del bebe en 2014).

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

### 8.3.25. Ratio de ciclos resultantes en embarazo

El año de referencia de la información que se ha suministrado para este indicador ha sido el 2013 (ciclos iniciados entre el 1 de enero de 2013 y nacimientos del bebe en 2014).

Los embarazos que se han tenido en cuenta dentro del presente indicador deben ser embarazos clínicos (gestación en la que se observa embrión con latido cardíaco presente por ecografía), no sólo por confirmación por análisis bioquímico positivo.

## 8.4. Relación de participantes

### 8.4.1. Centros hospitalarios y clínicas

Listado de centros hospitalarios y clínicas participantes en el Estudio RESA 2015:

#### CLÍNICAS ASISA

- CLÍNICA INMACULADA CONCEPCIÓN (Granada)
- CLÍNICA JEREZ CENCLISA Jerez (Cádiz)
- CLÍNICA MEDITERRÁNEO (Almería)
- CLÍNICA MONTPELLIER (Zaragoza)
- CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO (Leida)
- CLÍNICA SANTA ISABEL (Sevilla)
- CLÍNICA VISTAHERMOSA (Alicante)
- HOSPITAL EL ÁNGEL (Málaga)
- HOSPITAL LA VEGA (Murcia)
- HOSPITAL MONCLOA (Madrid)

#### CLÍNICAS IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO

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

#### GRUPO GEHOSUR

- HOSPITAL INFANTA LUISA (Sevilla)
- HOSPITAL SAN AGUSTÍN Dos Hermanas (Sevilla)
- CENTRO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DR. GALERA (Sevilla)

#### GRUPO HM HOSPITALES

- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM MADRID (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM MONTEPRÍNCIPE Boadilla del Monte (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM PUERTA DEL SUR Móstoles (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM NUEVO BELÉN (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM SANCHINARRO (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM TORRELODONES Torrelorones (Madrid)
- POLICLÍNICO DE ESPECIALIDADES Y GIMNASIO DE REHABILITACIÓN SUCHIL (Madrid)
- POLICLÍNICO HM ARAPILES (Madrid)
- POLICLÍNICO HM DISTRITO TELEFÓNICA (Madrid)
- POLICLÍNICO HM TORRELODONES Torrelorones (Madrid)
- POLICLÍNICO HM SANCHINARRO (Madrid)

#### GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN

- CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA QUIRÓN AVE MARÍA (Sevilla)
- CENTRO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA QUIRÓN BILBAO (Bizcaia)
- CENTRO DE REPRODUCCIÓN QUIRÓN DEXEUS MURCIA (Murcia)
- CENTRO DE REPRODUCCIÓN QUIRÓN PAMPLONA (Pamplona)

- CENTRO DE REPRODUCCIÓN QUIRÓN TORRENTE  
Torrente (Valencia)
  - CENTRO MÉDICO QUIRÓN A CORUÑA  
(A Coruña)
  - CENTRO MÉDICO AMBULATORIO DEPORTIVO  
MEDIPLAN  
(Vitoria)
  - CENTRO MÉDICO QUIRÓN ARABA SPORT CLINIC  
Zurbano (Vitoria)
  - CENTRO MÉDICO QUIRÓN ALJARAFE  
(Sevilla)
  - CENTRO MÉDICO QUIRÓN FERROL  
(A Coruña)
  - CENTRO MÉDICO QUIRÓN FUENGIROLA  
Fuengirola (Málaga)
  - CENTRO MÉDICO QUIRÓN LA PALMERA  
(Sevilla)
  - CENTRO MÉDICO QUIRÓN NERVIÓN  
(Sevilla)
  - CENTRO MÉDICO QUIRÓN ORIHUELA  
Orihuela (Alicante)
  - CENTRO MÉDICO QUIRÓN SA POBLA  
Sa Pobla (Mallorca)
  - CENTRO MÉDICO QUIRÓN SANTA POLA  
Santa Pola (Alicante)
  - CENTRO MÉDICO QUIRÓN SEVILLA ESTE  
(Sevilla)
  - CENTRO MEDICO QUIRÓN TEKNON  
(Barcelona)
  - CENTRO OFTALMOLÓGICO QUIRÓN A CORUÑA  
(A Coruña)
  - HOSPITAL QUIRÓN A CORUÑA  
(A Coruña)
  - HOSPITAL QUIRÓN BARCELONA  
(Barcelona)
  - HOSPITAL QUIRÓN BIZCAIA  
Erandio (Vizcaya)
  - HOSPITAL QUIRÓN CAMPO DE GIBRALTAR  
(Cádiz)
  - HOSPITAL QUIRÓN COSTA ADEJE  
Adeje (Tenerife)
  - HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA  
(Málaga)
  - HOSPITAL QUIRÓN MARBELLA  
Marbella (Málaga)
  - HOSPITAL QUIRÓN MURCIA  
(Murcia)
  - HOSPITAL QUIRÓN PALMAPLANAS  
(Palma de Mallorca)
  - HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN  
(Sevilla)
  - HOSPITAL QUIRÓN SAN CAMILO  
(Madrid)
  - HOSPITAL QUIRÓN SAN JOSÉ  
(Madrid)
  - HOSPITAL QUIRÓN SAN SEBASTIÁN  
(San Sebastián)
  - HOSPITAL QUIRÓN TENERIFE  
Santa Cruz de Tenerife
  - HOSPITAL QUIRÓN TORREVIEJA  
Torrevieja (Alicante)
  - HOSPITAL QUIRÓN VALENCIA  
(Valencia)
  - HOSPITAL QUIRÓN VITORIA  
(Vitoria)
  - HOSPITAL QUIRÓN ZARAGOZA Y HOSPITAL  
DE DÍA QUIRÓN ZARAGOZA  
(Zaragoza)
  - HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRÓN MADRID  
Pozuelo de Alarcón (Madrid)
  - INSTITUT UNIVERSITARI QUIRÓN DEXEUS  
(Barcelona)
  - INSTITUTO OFTALMOLÓGICO QUIRÓN  
BARCELONA  
(Barcelona)
- GRUPO HOSPITALARIO SAN ROQUE**
- HOSPITAL SAN ROQUE LAS PALMAS  
(Las Palmas de Gran Canaria)
  - HOSPITAL SAN ROQUE MASPALOMAS  
San Bartolomé de Tirajana  
(Las Palmas de Gran Canaria)
- GRUPO HOSPITALES NISA**
- HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS  
(Valencia)
  - HOSPITAL NISA 9 DE OCTUBRE  
(Valencia)
  - HOSPITAL NISA PARDO DE ARAVACA  
(Madrid)
  - HOSPITAL NISA REY DON JAIME  
Castellón de la Plana (Valencia)
  - HOSPITAL NISA SEVILLA ALJARAFE  
Castilleja de la Cuesta (Sevilla)

- HOSPITAL NISA VALENCIA AL MAR  
(Valencia)
- HOSPITAL NISA VIRGEN DEL CONSUELO  
(Valencia)

#### GRUPO HOSPITEN

- MD ANDERSON CANCER CENTER  
(Madrid)
- HOSPITEN BELLEVUE  
Puerto de la Cruz (Tenerife)
- HOSPITEN CLÍNICA ROCA  
San Bartolomé de Tirajana (Tenerife)
- HOSPITEN ESTEPONA  
Estepona (Málaga)
- HOSPITEN LANZATOTE  
Tías (Lanzarote)
- HOSPITEN RAMBLA  
(Santa Cruz de Tenerife)
- HOSPITEN SUR  
Arona (Tenerife)

#### GRUPO IDC SALUD

- IDC Salud CLIDEBA  
(Badajoz)
- IDC Salud CLÍNICA ALBACETE  
(Albacete)
- IDC Salud CLÍNICA ALCALÁ DE HENARES  
Alcalá de Henares (Madrid)
- IDC Salud CLÍNICA ALCÁZAR  
Alcázar de San Juan (Toledo)
- IDC Salud CLÍNICA CIUDAD REAL  
(Ciudad Real)
- IDC Salud CLÍNICA DEL VALLÉS  
Sabadell (Barcelona)
- IDC Salud CLÍNICA VIRGEN DE GUADALUPE  
(Cáceres)
- IDC Salud FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ  
(Madrid)
- IDC Salud HOSPITAL DE DÍA DE TALAVERA  
Talavera de la Reina (Toledo)
- IDC Salud HOSPITAL GENERAL DE CATALUÑA  
Sant Cugat del Vallés (Barcelona)
- IDC Salud HOSPITAL SANTA JUSTA  
Villanueva de la Serena (Badajoz)
- IDC Salud HOSPITAL SUR  
Alcorcón (Madrid)

- IDC Salud HOSPITAL TRES CULTURAS  
(Toledo)
- IDC Salud HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRADO  
CORAZÓN  
(Barcelona)
- HOSPITAL INFANTA ELENA  
Valdemoro (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS  
Móstoles (Madrid)

#### GRUPO RECOLETAS

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

#### GRUPO VITHAS

- HOSPITAL VITHAS MONTSERRAT  
(Lleida)
- HOSPITAL VITHAS NUESTRA SEÑORA DE AMÉRICA  
(Madrid)
- HOSPITAL VITHAS NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA  
(Vigo)
- HOSPITAL VITHAS NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
(Granada)
- HOSPITAL VITHAS PARQUE SAN ANTONIO  
(Málaga)
- HOSPITAL VITHAS PERPETUO SOCORRO  
(Alicante)
- HOSPITAL VITHAS SAN JOSÉ  
(Vitoria)
- HOSPITAL VITHAS SANTA CATALINA  
(Las Palmas de Gran Canaria)
- HOSPITAL VITHAS SANTA CRUZ  
(Santa Cruz de Tenerife)

- HOSPITAL VITHAS VIRGEN DEL MAR (Almería)
- VITHAS XANIT INTERNATIONAL HOSPITAL Benalmádena (Málaga)

#### RIBERA SALUD

- HOSPITAL DE TORREVIEJA (Torrevieja)
- HOSPITAL DEL VINALOPÓ (Elche)

#### SANITAS HOSPITALES

- CLÍNICA HOSPITAL CIMA (Barcelona)
- HOSPITAL MANISES Manises (Valencia)

- HOSPITAL SANITAS LA MORALEJA (Madrid)
- HOSPITAL DE TORREJÓN Torrejón de Ardoz (Madrid)
- HOSPITAL SANITAS LA ZARZUELA Aravaca (Madrid)

#### OTROS

- CLÍNICA LA LUZ (Madrid)
- CLÍNICA ROTGER (Palma de Mallorca)
- HOSPITAL SANTÍSIMA TRINIDAD (Salamanca)
- POLICLÍNICA COMARCAL DEL VENDRELL, S.L. Santa Oliva (Tarragona)
- POLICLÍNICA ONCOLÓGICA GIPUZKOA (Donostia)

### 8.4.2. Centros ambulatorios

#### DIAYERUM

- CENTRO DE DIÁLISIS SANTA CATALINA (Jaén)
- CENTRO DE DIÁLISIS PLAYAS DE CARTAYA (Huelva)
- CENTRO DE DIÁLISIS COSTA DE LA LUZ (Huelva)
- CENTRO DE DIÁLISIS MINAS DE RIOTINTO (Huelva)
- CENTRO DE DIÁLISIS ISLA DE LA CARTUJA (Sevilla)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE TORREMOLINOS (Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE LA AXARQUÍA (Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE ESTEPONA (Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS NTRA. SRA. DE LA CABEZA (Granada)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE VILLAGARCÍA (Pontevedra)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE PONTEVEDRA (Pontevedra)
- CENTRO DE DIÁLISIS VIRGEN DE MONTSERRAT (Barcelona)

- CENTRO DE DIÁLISIS DE MATARÓ Mataró (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS DEL BAIX LLOBREGAT (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS NEPHROS (Barcelona)
- INSTITUTO DE HEMODIÁLISIS BARCELONA (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS PALAU (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS EMILIO ROTELLAR (Barcelona)
- INSTITUTO MÉDICO DE BADALONA Badalona (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS PINEDA (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS GAMAPAL (Valencia)
- CENTRO DIÁLISIS DE BURJASSOT (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS NEFROCLUB (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE CASTELLÓN Castellón de la Plana (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE VINAROS Vinaroz (Valencia)

- CENTRO DE DIÁLISIS NEFROPLANA (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS LOLA PALOMAR (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE OROPESA Oropesa (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE MÁLAGA (Málaga)

#### GRUPO IMO

- CENTRO DE RADIOTERAPIA Y RADIOCIRUGÍA CYBERKNIFE (Madrid)
- INSTITUTO ALICANTINO DE ONCOLOGÍA (Alicante)
- INSTITUTO ONCOLÓGICO DE CASTILLA LA MANCHA Alcázar de San Juan (Ciudad Real)
- INSTITUTO ONCOLÓGICO DE CASTILLA LA MANCHA (Guadalajara)
- INSTITUTO ONCOLÓGICO DE CASTILLA LA MANCHA Talavera de la Reina (Toledo)
- INSTITUTO ONCOLÓGICO DE CASTILLA LA MANCHA (Toledo)
- INSTITUTO ONCOLÓGICO DEL SURESTE (Murcia)
- INSTITUTO ONCOLÓGICO SEVILLA (Sevilla)
- UNIDAD DE RADIOTERAPIA Y RADIOCIRUGÍA SAN FRANCISCO DE ASÍS (Madrid)
- UNIDAD DE TOMOTERAPIA Y RADIOTERAPIA LA MILAGROSA (Madrid)

#### GRUPO INNOVA OCULAR

- INSTITUTO LLEIDA DE OFTALMOLOGÍA (Lleida)
- CENTRO OFTALMOLÓGICO MUIÑOS (Santa Cruz de Tenerife)
- CLINICA DE OFTALMOLOGÍA DE CÓRDOBA (Córdoba)
- CLÍNICA DR. VILA (Valencia)
- CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DR. SOLER Elche (Alicante)

- CLÍNICA REMENTERIA (Madrid)
- CLÍNICA VIRGEN DE LUJÁN (Sevilla)
- INSTITUTO DE OFTALMOLOGÍA AVANZADA (Madrid)
- BEGITEK CLÍNICA OFTALMOLÓGICA (San Sebastián)
- OCULSUR (Cádiz)

#### GRUPO HEALTH TIME

- HEALTH TIME ALGECIRAS (Cádiz)
- HEALTH TIME ANDÚJAR (Jaén)
- HEALTH TIME ASISA CÓRDOBA (Córdoba)
- HEALTH TIME CABRA (Córdoba)
- HEALTH TIME CÁDIZ (Cádiz)
- HEALTH TIME CLÍNICA LAS NIEVES (Jaén)
- HEALTH TIME CRUZ ROJA (Córdoba)
- HEALTH TIME EL EJIDO (Almería)
- HEALTH TIME JEREZ DE LA FRONTERA (Cádiz)
- HEALTH TIME LINARES (Jaén)
- HEALTH TIME MANZANARES (Ciudad Real)
- HEALTH TIME MONTILLA (Córdoba)
- HEALTH TIME POZOBLANCO (Córdoba)
- HEALTH TIME RADIOLOGÍA CRISTO REY (Jaén)
- HEALTH TIME SANLÚCAR DE BARRAMEDA (Cádiz)
- HEALTH TIME SAN JUAN DE DIOS (Córdoba)
- HEALTH TIME VALDEPEÑAS (Ciudad Real)

### 8.4.3. Comité de expertos

El comité de expertos del Estudio RESA 2015 se encuentra formado por:

- Benito García-Legaz, Clínicas Asisa.
- Celia Moar, Grupo HM Hospitales.
- Celia García, Grupo IDC Salud.
- Ignacio Conde, Grupo Innova Ocular.
- José Francisco Tomás, Sanitas Hospitales.
- Manuel Vilches, Grupo Hospitales Nisa.
- Nicolás Guerra, Grupo IMQ.

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

El equipo responsable del trabajo de campo del Estudio RESA 2015 se encuentra formado por profesionales de IDIS y de Antares Consulting:

#### Coordinación:

Manuel Vilches, Director General del IDIS

- Carmen Ruiz, IDIS.
- Victoria Ramirez, IDIS.
- Joan Barrubés, Antares Consulting.
- Esteban Carrillo, Antares Consulting.
- Víctor Cañellas, Antares Consulting.
- Alicia Coduras, Antares Consulting.

## 8.5. Entidades que forman parte del IDIS

### Patronos

- ACES
- ADESLAS
- ASISA
- AXA
- CASER
- DIAVERUM
- DKV
- ERESA
- Gehosur Hospitales
- Grupo Hospitalario Recoletas
- Grupo IMO
- HM Hospitales
- Hospitales Nisa
- Hospiten
- IMQ
- Innova Ocular
- Instituto Hispalense de Pediatría
- MAPFRE
- Quirón Salud
- Red Asistencial Juaneda
- Sanitas
- Vithas

### Patronos de libre designación

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

### Patrocinadores

- Boston Scientific
- DNV Business Assurance
- GE Healthcare
- Indra
- Johnson & Johnson Medical Companies
- Medtronic
- MSD
- Philips
- Roche
- Siemens

### Colaboradores

- Air Liquide Healthcare
- Aliad
- A.M.A.
- Amgen
- Aramark
- AstraZeneca
- Carbuos Medica
- Chip-Card Salud
- Dräger
- Elekta
- Emsor
- Esteve
- GMV
- Grupo Cofares
- Hartmann
- IN2 Ingeniería de la Información, S.L.
- InterSystems
- Kantar Health
- LEO Pharma
- Mindray
- Novartis
- Otsuka
- Palex
- Sanofi
- Sanofi Pasteur MSD
- St.Jude Medical
- Willis Iberia
- 3M Health Care

### Asociados

- Abacid
- Asefa
- Cerba Internacional
- Clínica Rotger
- Clínica San Francisco
- Fundación Tejerina
- Ginefiv
- Grupo Previsión Sanitaria Nacional
- HealthTime
- Hospital General Santísima Trinidad
- Hospital Perpetuo Socorro
- Hospital San Francisco de Asís
- Hospitales San Roque
- Instituto Oncológico de San Sebastián. Onkologikoa
- Policlínico La Rosaleda
- Sanyres
- Santalucía
- Unilabs



Indicadores  
de Resultados  
en Salud  
de la Sanidad Privada  
**ESTUDIO RESA**  
2015

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](http://fundacionidis.com)

somos activos en  
las redes sociales

