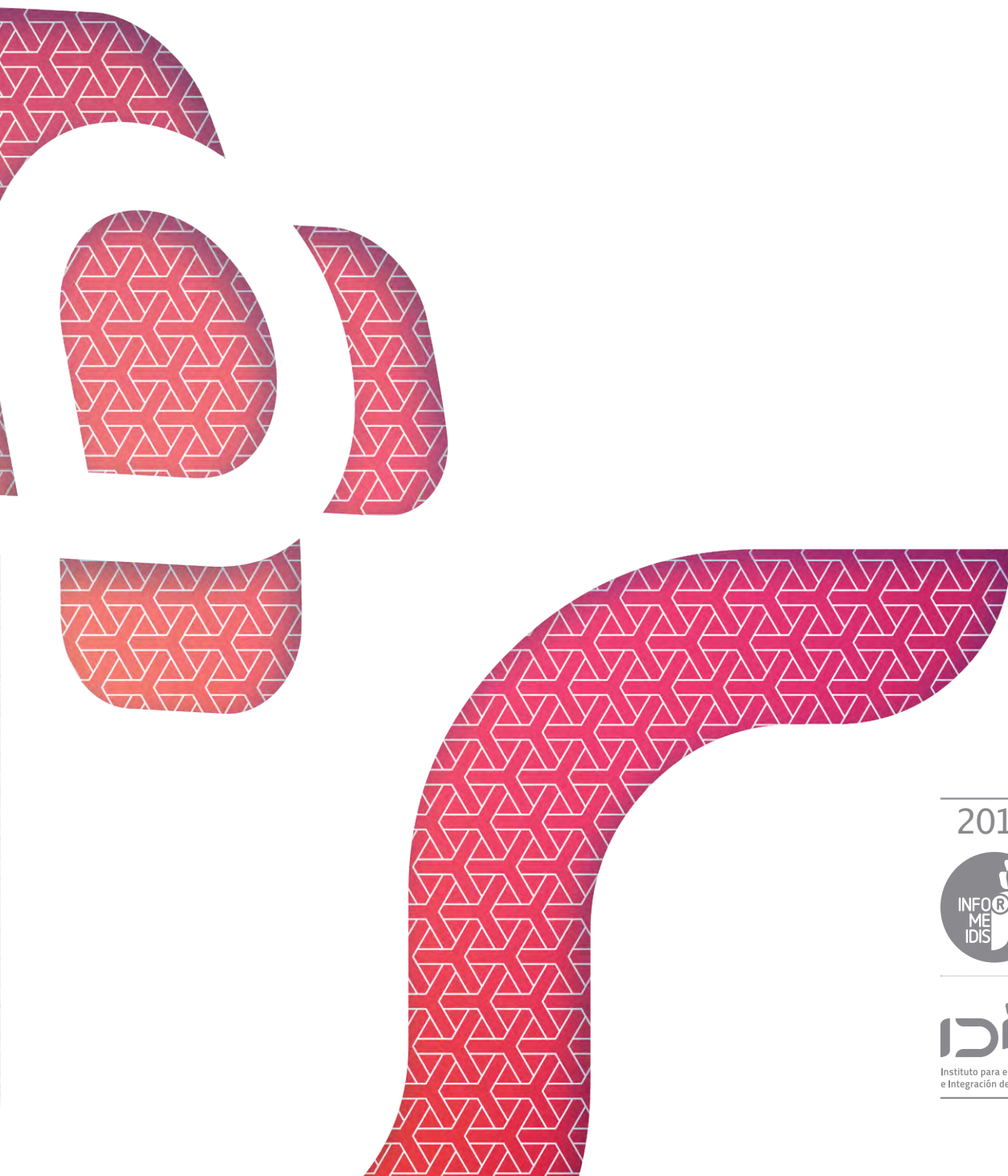


# Estudio Resa2017

Seis años midiendo  
los resultados en salud  
de la Sanidad Privada



---

2017



---

**ידו**  
Instituto para el Desarrollo  
e Integración de la Sanidad

---

# LA SUMA DE TODOS APORTA VALOR A LA SANIDAD

Documento propiedad  
intelectual del Instituto  
para el Desarrollo e  
Integración de la Sanidad  
(IDIS)

Documento elaborado  
por Antares Consulting

Madrid, Julio 2017

---

2017



# Estudio Resa2017

Seis años midiendo  
los resultados en salud  
de la Sanidad Privada

# Índice

|                                                                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Presentación .....                                                                                              | 4         |
| Resumen ejecutivo .....                                                                                         | 6         |
| <b>1. Objetivos del estudio .....</b>                                                                           | <b>10</b> |
| <b>2. Ficha metodológica .....</b>                                                                              | <b>12</b> |
| 2.1. Participantes .....                                                                                        | 13        |
| 2.2. Representatividad del sector privado .....                                                                 | 14        |
| 2.3. Distribución territorial .....                                                                             | 15        |
| 2.4. Crecimiento de la participación .....                                                                      | 16        |
| 2.5. Datos básicos de los centros participantes .....                                                           | 18        |
| 2.6. Proceso de selección de indicadores .....                                                                  | 19        |
| 2.7. Recopilación y procesamiento de los indicadores .....                                                      | 21        |
| 2.8. Adaptación a la clasificación CIE-10 .....                                                                 | 21        |
| <b>3. Eficiencia .....</b>                                                                                      | <b>24</b> |
| 3.1. Estancia media ajustada por casuística .....                                                               | 25        |
| 3.2. Estancia media pre-quirúrgica .....                                                                        | 26        |
| 3.3. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias .....                                                     | 27        |
| <b>4. Accesibilidad en la atención sanitaria .....</b>                                                          | <b>28</b> |
| 4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias .....                                        | 29        |
| 4.1.1. Mamografías .....                                                                                        | 29        |
| 4.1.2. Resonancias Magnéticas .....                                                                             | 30        |
| 4.1.3. Tomografía Axial Computarizada .....                                                                     | 31        |
| 4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias .....                                        | 32        |
| 4.2.1. Tiempo medio de entrega de informe de mamografía .....                                                   | 32        |
| 4.2.2. Tiempo medio de entrega de informe de resonancia magnética. ....                                         | 33        |
| 4.2.3. Tiempo medio de entrega de informe de TAC .....                                                          | 34        |
| 4.3. Tiempo medio de citación para consultas de especialista .....                                              | 35        |
| 4.3.1. Oftalmología .....                                                                                       | 36        |
| 4.3.2. Dermatología .....                                                                                       | 36        |
| 4.3.3. Traumatología .....                                                                                      | 37        |
| 4.3.4. Ginecología y Obstetricia .....                                                                          | 37        |
| 4.4. Tiempo medio para la atención en urgencias .....                                                           | 38        |
| 4.5. Espera media quirúrgica .....                                                                              | 39        |
| 4.6. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico<br>y el inicio de tratamiento en procesos oncológicos ..... | 40        |
| <b>5. Resolución asistencial .....</b>                                                                          | <b>42</b> |
| 5.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta<br>por el mismo diagnóstico .....                      | 43        |
| 5.2. Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta .....                                             | 44        |
| 5.3. Tasa de reingreso por causas quirúrgicas a los 7 días .....                                                | 45        |
| 5.4. Reingresos por enfermedad pulmonar a los 30 días .....                                                     | 46        |
| 5.5. Reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días .....                                                  | 47        |
| 5.6. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas .....                          | 47        |



|                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>6. Calidad y seguridad del paciente</b>                                                              | <b>48</b> |
| 6.1. Acreditaciones y certificaciones de unidades y servicios hospitalarios                             | 49        |
| 6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente                                   | 50        |
| 6.2.1. Protocolo de higiene de manos                                                                    | 50        |
| 6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión                                                   | 51        |
| 6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación                          | 52        |
| 6.2.4. Sistema de notificación de eventos adversos                                                      | 53        |
| 6.2.5. Protocolo de intervenciones de cirugía segura ( <i>checklist</i> quirúrgico)                     | 53        |
| 6.3. Ratio de intervenciones de cirugía segura ( <i>checklist</i> quirúrgico)                           | 54        |
| 6.4. Tasa de supervivencia a las 48 horas de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo          | 55        |
| 6.5. Tasa de supervivencia al alta por síndrome coronario agudo                                         | 56        |
| 6.6. Tasa de supervivencia al alta por Insuficiencia Cardíaca                                           | 57        |
| 6.7. Tasa de supervivencia al alta por Ictus                                                            | 58        |
| 6.8. Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario | 59        |
| 6.9. Tasa de reingresos posteriores a cirugía ambulatoria a 30 días                                     | 60        |
| 6.10. Sepsis postquirúrgica                                                                             | 61        |
| 6.11. Indicadores de centros de fertilidad                                                              | 62        |
| 6.12. Indicadores de hemodiálisis                                                                       | 63        |
| <b>7. Conclusiones</b>                                                                                  | <b>66</b> |
| <b>8. Anexos</b>                                                                                        | <b>68</b> |
| 8.1. Proceso de selección y definición de indicadores                                                   | 69        |
| 8.2. Fichas de los indicadores                                                                          | 69        |
| 8.3. Especificaciones metodológicas                                                                     | 83        |
| 8.3.1. Aplicación de políticas estrictas de no trazabilidad de datos                                    | 83        |
| 8.3.2. CMBD                                                                                             | 83        |
| 8.3.3. Actividad urgencias                                                                              | 84        |
| 8.3.4. Consultas externas                                                                               | 85        |
| 8.3.5. Pruebas complementarias                                                                          | 85        |
| 8.3.6. Cáncer                                                                                           | 86        |
| 8.3.7. Auditorías y certificaciones                                                                     | 86        |
| 8.3.8. Seguridad del paciente                                                                           | 87        |
| 8.3.9. Reproducción asistida                                                                            | 88        |
| 8.3.10. Hemodiálisis                                                                                    | 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                                                                               | 95        |
| 8.4.4. Responsables (IDIS y Antares Consulting)                                                         | 95        |
| Entidades que forman parte del IDIS                                                                     | 96        |

# PRESENTACIÓN

Este año 2017 publicamos la sexta edición del Estudio RESA de resultados de salud. Qué duda cabe que el tiempo da la razón a quien tiene entre sus prioridades la apuesta decidida por la calidad y la mejora continua en todos sus procedimientos y procesos.

Hoy en día, con todas las tecnologías a nuestro alcance y con la eclosión de nuevas formas de aproximarse a la evidencia científica para establecer modelos predictivos como son el “big data”, el “small data” o en definitiva el “smart data” es impensable que los entornos asistenciales no analicen sus propios resultados de salud en base a indicadores internacionalmente validados para construir modelos de mejora, y en base a ellos se establezcan incentivos para aquellos que hacen de los resultados su forma de actuar y trabajar en el día a día.

La sanidad es el prototipo de sector en el que este aspecto alcanza una relevancia muy especial puesto que estamos hablando de salud, bienestar y cómo no de esperanza de vida. El cuidado del paciente no solo durante el proceso asistencial sino también antes incluso de que tenga la necesidad de acudir a un centro o a una consulta conforma el eje de nuestra razón de ser y de nuestra actividad, es por ello por lo que es nuestra obligación y compromiso contar con los mejores profesionales, los más cualificados y con la tecnología implantada más avanzada y eficiente.

La simbiosis entre innovación, capacitación profesional, experiencia de cliente y resultados de salud alcanzados es evidente. Hoy es impensable que alguien sostenga que se pueden alcanzar los mejores resultados sanitarios si no tenemos en cuenta este polinomio estratégico de actuación, y es en este ámbito, donde los gestores sanitarios y las diferentes administraciones tienen una responsabilidad adquirida de primer nivel.

En nuestro país, todavía es frecuente encontrar entornos asistenciales y territoriales donde no se hacen públicos los resultados de salud obtenidos en la práctica clínica en su más amplio sentido, y este aspecto redunda en una falta de información accesible para el ciudadano, impactando directamente en la legislación y ordenamiento jurídicos relacionados con la transparencia y con la propia autonomía del paciente.

Ejercer el derecho a elegir centro y facultativo es esencial para un sistema que se precia de tener al paciente como eje central. Sin información es muy complicado, por no decir que imposible tomar una decisión ecuaníme, sustentada en datos objetivos, y en el caso que nos ocupa, estamos hablando de algo tan inherente al individuo y esencial como es su propia salud y bienestar, por lo tanto nos estamos refiriendo a su propia vida.

Este aspecto es el que debería preocupar y ocupar a todas las administraciones, no tanto el hecho de quién es el prestador de los servicios como el resultado de sus intervenciones. El Estado debería marcar los objetivos de salud y los indicadores por los que medir el grado de consecución y logro en todo el sistema sanitario y la prestación debería ser aportada por quien esté en mejores condiciones de hacerlo independientemente de la titularidad, es decir quien obtenga los mejores resultados sanitarios, incentivando las mejores prácticas, procesos y procedimientos en todos los sentidos y ámbitos. Es como funciona el sistema en varios países de nuestro entorno geográfico y económico.

Es cuando menos llamativo que con la vertiginosa evolución y transformación de los sistemas a nivel internacional, en nuestro país, el debate político se centre en la titularidad de los centros y en si hay mayor o menor cooperación público-privada en un lugar o en otro. No se percatan de que lo que realmente más nos importa a los ciudadanos y pacientes no es el hecho de quién nos trate, cuide y monitorice, sino cómo de ágil, accesible, eficaz, confortable y efectiva es la intervención sanitaria que precisamos.

Es hora de avanzar y acompasar nuestro sistema a la realidad de los tiempos que nos toca vivir y por ello abogamos desde la Fundación IDIS por una transformación sanitaria integral, que tenga en cuenta a todos los agentes implicados, todos los recursos disponibles y todas las sinergias posibles entre los diferentes operadores, públicos y privados.

Para ello, se hace imprescindible un pacto por la sanidad que sea inclusivo, que no contemple excepciones y que asiente sus raíces en una reforma de la propia Ley General de Sanidad (LGS) y de toda la normativa que le acompaña. Solo hay algo peor que no disponer de legislación al respecto y es que los principios fundamentales recogidos en la LGS hace más de treinta años ya no se cumplan y se encuentren en entredicho porque en este caso el nivel de escepticismo, incredulidad y desconfianza de la población hacia el sistema se verá incrementado progresivamente.

Es preocupante que cada vez el debate sea más profundo e intenso acerca de las características esenciales del sistema: la equidad que ya no es tal, el acceso complejo al sistema, con listas de espera quirúrgica que superan los 115 días de media y que incluyen a más de 600.000 personas en todo el territorio, la cohesión interterritorial tantas veces limitada por cuestiones locales, la universalidad o la gratuidad, que tampoco es tal, puesto que todos pagamos la sanidad de titularidad pública con nuestros impuestos (y por cierto nos sale muy cara por las ineficiencias y la ubicación discrecional de los recursos), y por último la financiación pública cuya dotación proviene curiosamente de todos los bolsillos privados, de los ingresos de todos y cada uno de los españoles.

Medicina, resultados de salud, pacientes y profesionales solo hay unos, buenos o malos, eficientes o ineficientes y quién provea el servicio ha de ser lo de menos, siempre que se cumplan todos los principios fundamentales que hoy por hoy establece y emanan de la LGS y el ordenamiento jurídico que la acompaña.

En definitiva, desde la Fundación IDIS vamos a continuar promoviendo la publicación puntual y periódica de los resultados de salud del sector de la sanidad privada porque es una obligación de responsabilidad y gestión ética de nuestras actuaciones que hemos asumido y además es un derecho inalienable de nuestra sociedad, especialmente de quienes confían año tras año en nuestros servicios y por supuesto en nuestros resultados de salud tanto cuantitativos como cualitativos.

Una sanidad de calidad, competitiva y adaptada a la deriva sociodemográfica que estamos sufriendo y que España va a protagonizar en términos de envejecimiento y cronicidad requiere de visión de futuro, no de cortoplacismos, ni de experimentos, ni de decisiones sustentadas en la demagogia. Dicen los expertos que quien no sabe dónde va nunca llega a ninguna parte, reflexionemos si sabemos bien hacia dónde vamos nosotros y sepamos reaccionar a tiempo, solo así seremos capaces de dejar un legado de sostenibilidad y solvencia a las generaciones presentes y futuras.

Transformemos el sistema e integremos todos los recursos en pos del bien común. Una conquista social de semejante calibre bien merece el esfuerzo desinteresado de todos.

### **Luis Mayero Franco**

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

# RESUMEN EJECUTIVO

Por sexto año consecutivo presentamos el Estudio RESA, que muestra ya claramente consolidados dos de los grandes trazos que se han venido manifestando a lo largo de este tiempo.

**1.** En primer lugar, el Estudio cuenta con una considerable representatividad de la sanidad privada. Como ejemplos claros de esta representatividad podemos subrayar:

**a. Más de 1.071.989 altas hospitalarias estudiadas.**

El volumen de altas hospitalarias representa **el 73% de todas las realizadas en la sanidad privada y un 17% de todas las altas hospitalarias de España.** Este volumen es muy superior al de las altas hospitalarias de las mayores comunidades autónomas como Cataluña, Andalucía o Madrid.

**b. Casi 4.977.419 urgencias analizadas. Representa el 69% de las urgencias privadas y 1 de cada 6 urgencias totales en España.** En volumen comparativo, es mayor que todas las urgencias de la Comunidad de Madrid y muy próximo a las de Cataluña y Andalucía.

Los incrementos constantes en centros y datos experimentados en el Estudio RESA demuestran el esfuerzo cada vez mayor por parte de la sanidad privada para aportar información a este ejercicio voluntario de transparencia con la sociedad.

**2.** En segundo lugar, los resultados de calidad del sector privado que participa en el Estudio RESA continúan demostrando nuestra hipótesis de partida: que España cuenta con unos niveles de calidad técnica y organizativa en su sanidad privada comparables a los de las mejores redes nacionales e internacionales. Este año se incorporan un conjunto de indicadores que son publicados desde hace unos años por los observatorios de la sanidad pública de la Comunidad de Madrid y de Cataluña. La comparación de estos

indicadores no es nunca exacta entre centros diferentes, pero los resultados muestran claramente que la sanidad privada tiene unos indicadores similares o mejores que los de dos de las redes públicas más desarrolladas del país. Estos indicadores se amplían también este año con la incorporación de la mayoría de centros a reportar indicadores de resultados en diálisis y con la aportación de la Sociedad Española de Fertilidad que nos ha permitido contar con los resultados de los indicadores de todos los centros de fertilidad privados de España.

Estas dos conclusiones reafirman el gran esfuerzo que ha desarrollado el sector privado y que vemos que cumple plenamente su objetivo de mostrar a la sociedad los resultados y la calidad de la sanidad privada.

Este año se presentan 40 indicadores que con sus sub-indicadores correspondientes totalizan 61. Se han incorporado un conjunto de indicadores de mortalidad y reingresos para causas seleccionadas, así como los de reproducción asistida mencionados anteriormente. Este amplio conjunto de indicadores da una visión muy amplia de los resultados y la calidad del sector. La novedad metodológica de este año ha sido la transición a la codificación de diagnósticos y procedimientos con la CIE-10 en casi todo el Estado. Ello genera algunas dudas sobre la interpretación de las series históricas en algunos indicadores, pero la visión global del estudio permite establecer claramente los excelentes resultados alcanzados.

**Una sanidad eficiente.** La eficiencia de la gestión privada es un valor tradicionalmente reconocido. Su demostración empírica consiste en volver a mostrar como cada año:

- Unos excelentes resultados respecto a los indicadores de eficiencia en la hospitalización, con una estancia media promedio de 3,38 días y una estancia media pre-quirúrgica de 0,31 días.

- Una proporción de más del 55% de intervenciones quirúrgicas ambulatorias pone en valor este nivel de eficiencia si consideramos que los centros privados tienen algunas limitaciones a la cirugía ambulatoria como es la realización de una gran proporción de intervenciones por la tarde lo que dificulta dar el alta en el mismo día.
- La gran accesibilidad de la atención privada se demuestra con indicadores como la atención de las consultas en un promedio en torno a las 2 semanas, a pesar del notable crecimiento de la actividad, y por debajo de estas cifras (en torno a los 8-10 días para pruebas complementarias de Mamografía y Resonancia Magnética, y de menos de 1 semana para TAC).
- La adaptación a la demanda es otro de los puntos fuertes evidentes de la Sanidad Privada. Este esfuerzo de accesibilidad se completa con unos tiempos de entrega de resultados de pruebas complementarias inferiores a los 4 días en la mayoría de los casos e incluso a los 2 días en algunas pruebas.
- También en la atención de urgencias, con 4,1 millones de visitas estudiadas (casi 1,5 millones más que el año pasado), los tiempos de atención facultativa promedio se mantienen por debajo de los 30 minutos. Este es un resultado excepcional en los datos de servicios de urgencias nacionales e internacionales.
- Y por supuesto en la atención quirúrgica en que el indicador de 28,2 días de demora muestra la alta disponibilidad del sector para las intervenciones quirúrgicas.
- Con indicadores más específicos para las condiciones más severas, observamos cómo los tiempos transcurridos entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en los tres cánceres de mayor incidencia continúan manteniéndose en 2 semanas o por debajo de esta cifra.

**Una sanidad acreditada.** Los centros presentan en el estudio los certificados de acreditación de la mayor solvencia, así como la documentación de implantación de programas de seguridad del paciente existentes a tal efecto. El resultado de la valoración es más que positivo.

- Con un importante incremento de centros participantes, alrededor del 85% de las áreas de los hospitales que participan están acreditadas o certificadas. Estos datos vuelven a confirmarnos que los sistemas de acreditación o certificación se han convertido en un estándar en el sector privado.
- También con importantes aumentos de participación, las valoraciones de los programas de seguridad del paciente muestran que es muy mayoritaria la implantación de estos programas.

El primer paso para conseguir unos resultados de calidad es verificar que los procesos se realizan de forma estandarizada, algo común en el sector privado.

**Una sanidad de calidad.** Este esfuerzo en la implantación de políticas de calidad tiene que verificarse en los resultados. El informe RESA ha ido incorporando un amplio abanico de indicadores de calidad que se ha completado este año agregando 7 nuevos indicadores de los más utilizados en la medición de los resultados hospitalarios.

- Las proporciones de reingreso en hospitalización y retorno a urgencias continúan también manteniéndose, con pequeñas oscilaciones a lo largo de los años, en valores bajos y comparables a los conocidos en el entorno internacional.

- Una serie de nuevos indicadores de reingreso específicos por tipo de patología (como el reingreso por causas quirúrgicas en los 7 días después del alta, reingresos por enfermedad pulmonar o enfermedad cardíaca a los 30 días del alta) muestran al compararlo con los resultados de los observatorios públicos de Cataluña y Madrid unos excelentes resultados, en la misma línea que los de estas comunidades, dentro de la dificultad de comparar centros con perfiles de casuística diferente.
- Las tasas de reingreso tras cirugía de cataratas continúan manteniéndose en valores excelentes muy similares a los del año anterior: 2 de cada 1.000 pacientes (0,22%).
- Los indicadores de mortalidad (que en RESA presentamos como tasas o ratios de supervivencia) muestran el mismo patrón: se mantienen los excelentes valores en el indicador que utilizábamos en años anteriores (mortalidad por IAM en las 48 horas posteriores al ingreso) y en los nuevos indicadores obtienen resultados similares o mejores que los de CatSalut y el SERMAS (supervivencia al alta por IAM con un 94,4%, por Insuficiencia cardíaca con un 90,6%, por ictus con un 86,7%).
- El indicador de sepsis postquirúrgica muestra un resultado del 0,36%, que comparado con el facilitado por el Observatorio de Resultados de Cataluña (un 0,44%), muestra igualmente que nuestros resultados se encuentran en línea con las principales redes asistenciales del país también en los indicadores de seguridad del paciente.

### Unos resultados que se confirman al analizar servicios más especializados.

Estos resultados generales se van completando progresivamente con la aportación de indicadores por áreas muy especializadas de la sanidad privada.

Los indicadores de **resultados de los centros de fertilidad** este año se presentan para la totalidad de centros de fertilidad de España gracias a la colaboración de la Sociedad Española de Fertilidad. Estos resultados son perfectamente comparables tanto a los de los centros públicos españoles como a los publicados internacionalmente. De hecho, el excelente nivel de nuestros centros de fertilidad hace que sea la principal atracción de turismo sanitario gracias a sus excelentes resultados y capacidad asistencial.

También la generalización de **indicadores de centros de diálisis** aporta una visión muy positiva, superando en casi todos los indicadores a los estándares de calidad fijados por las guías clínicas nacionales, la Sociedad Española de Nefrología y otras guías clínicas internacionales como las de USA, Canadá, Australia, etc.

En resumen, podemos decir que los centros participantes en el Estudio RESA demuestran con datos objetivos y estándares exigentes la realidad que decíamos de una sanidad eficiente, acreditada y de calidad lo que le permite alcanzar los resultados más exigentes y compararlos con otros de las redes nacionales e internacionales.





# 01

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Este año presentamos el sexto Estudio RESA. Este estudio es un ejercicio de transparencia, promovido por la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), para mostrar a la sociedad los resultados y la calidad de la sanidad privada.

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

A lo largo de estos seis años, se ha ido realizando un gran esfuerzo para aumentar la participación de centros privados. Así, la información aportada al Estudio RESA se ha ido incrementando cada año y presenta ya datos con una altísima representatividad de la sanidad privada y una proporción muy importante de la actividad sanitaria global del país.

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

- 1.** Aumentar tanto el número de centros como la participación de los mismos en los indicadores que forman parte del estudio.
- 2.** Profundizar en la comparabilidad de la información, redefiniendo algunos indicadores, suprimiendo otros que ya se han convertido en una práctica habitual e incorporando nuevos indicadores suficientemente representativos.
- 3.** Consolidar la comparativa de los resultados de los indicadores con bases de datos públicas tanto nacionales como internacionales.
- 4.** Reflejar la situación y los principales retos de la sanidad privada española en materia de calidad y seguridad del paciente a través de la medición de indicadores actuales y retos.





# 02

## FICHA METODOLÓGICA

## 2.1. Participantes

El Estudio RESA ha alcanzado en años anteriores una altísima participación, reuniendo a más de tres cuartas partes de los centros de la sanidad privada. En esta sexta edición se incrementa aún más la participación con la incorporación de 73 nuevos centros entre

hospitales, clínicas y centros ambulatorios. Esto supone un aumento global del +34,60% de la participación, lo que se considera un significativo éxito después de la alta participación obtenida en años anteriores.

### Representación del número de centros sanitarios participantes en el Estudio RESA 2017

|                       | 2016 | 2017      | Diferencia participantes | Variación participación (%) |
|-----------------------|------|-----------|--------------------------|-----------------------------|
| Centros Hospitalarios | 138  | 148       | 10                       | 7,25%                       |
| Centros Ambulatorios  | 73   | 136 (+98) | 63                       | 86,30%                      |
| TOTAL                 | 211  | 284       | 73                       | 34,60%                      |

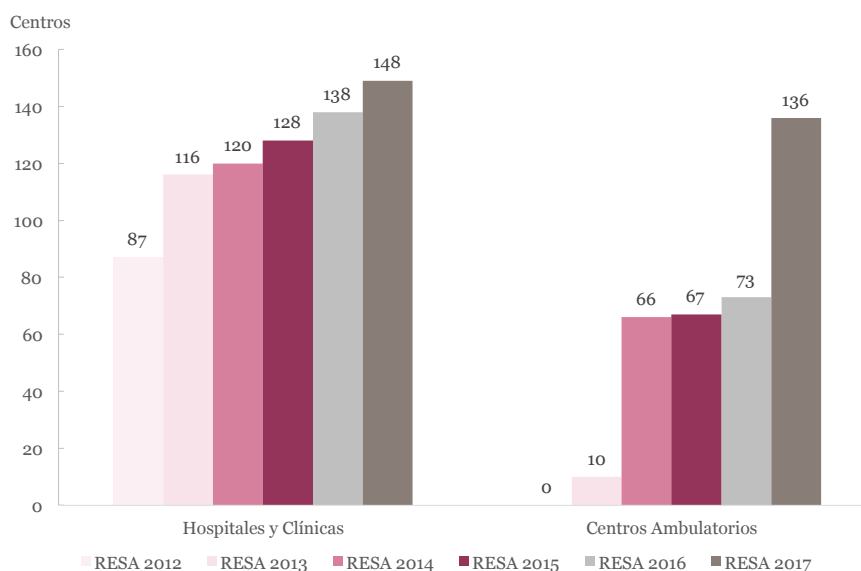
No se contabilizan los 98 centros de reproducción de los que se han obtenido los indicadores, ya que los datos se encontraban agregados y no se han podido identificar individualmente

Este año aún se produce un incremento en 11 hospitales y sobre todo un importante crecimiento en la participación de centros ambulatorios.

El Estudio RESA ha pasado en seis años, de los 87 centros iniciales en 2012 a los 284 en el año actual.

Si nos referimos a cada uno de los segmentos, este año participan 10 hospitales más que el año anterior y supone, sobre los 87 iniciales de 2012, un 70,11% de incremento. La participación de centros ambulatorios ha pasado de ser inexistente el primer año a participar con 136 centros ambulatorios en 2017.

**FIGURA 1**  
EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE CENTROS EN EL ESTUDIO RESA 2017 VS. 2012



**INCREMENTO  
DEL 35% EN LA  
PARTICIPACIÓN  
DE CENTROS**

## 2.2. Representatividad del sector privado

Este año se vuelve a reforzar la representatividad del Estudio respecto a la actividad del sector privado. El Estudio RESA 2017 incluye ya cerca de un millón de altas hospitalarias (más de 918.000). A continuación, se comparan los resultados recogidos en este estudio, respecto a los datos aportados en "MSSI. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 2014":

- Un 74% de un total de 1.237.941 altas realizadas por el sector privado en 2016. El Estudio RESA analiza tres de cada cuatro altas privadas.
- Un 17% de un total de 5.264.873 altas llevadas a cabo en todo el sistema sanitario, incluyendo la actividad pública y privada. Es decir, casi una de cada cinco altas hospitalarias en España está incluida en el Estudio RESA.
- Si lo comparásemos con la actividad de las comunidades autónomas, el Estudio RESA incluye un volumen de altas hospitalarias superior a las mayores comunidades autónomas como Cataluña con 929.000 (un 30% más de altas), Andalucía con 772.000 o Madrid con 758.000 (un 60% superior en ambos casos).

Pero además de la alta participación general, se ha producido un incremento importante en la información aportada por los centros participantes: este año el volumen de información sobre actividad de urgencias incluye 4,1 millones de consultas de urgencias, aumentando en más del 50% (un 56,84% de incremento sobre los 2,6 millones de urgencias del año anterior); lo que supone:

- El Estudio RESA 2017 incluye un 68% de las 6.122.344 urgencias atendidas en el sector privado.
- Ello significa que una de cada seis de las 26.973.994 urgencias atendidas en el sector público o privado en España participa en el Estudio RESA.

### **CASI 1 DE CADA 5 ALTAS Y 1 DE CADA 6 URGENCIAS ATENDIDAS EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO SE PRODUCEN EN CENTROS QUE PARTICIPAN EN EL ESTUDIO RESA**

- Comparándolo con datos de las comunidades autónomas, el Estudio RESA de este año presenta un volumen de urgencias superior al de la comunidad de Madrid (4.094.000), muy próximo al de Cataluña (4.542.000) y algo menor al de Andalucía (5.600.000) según el portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

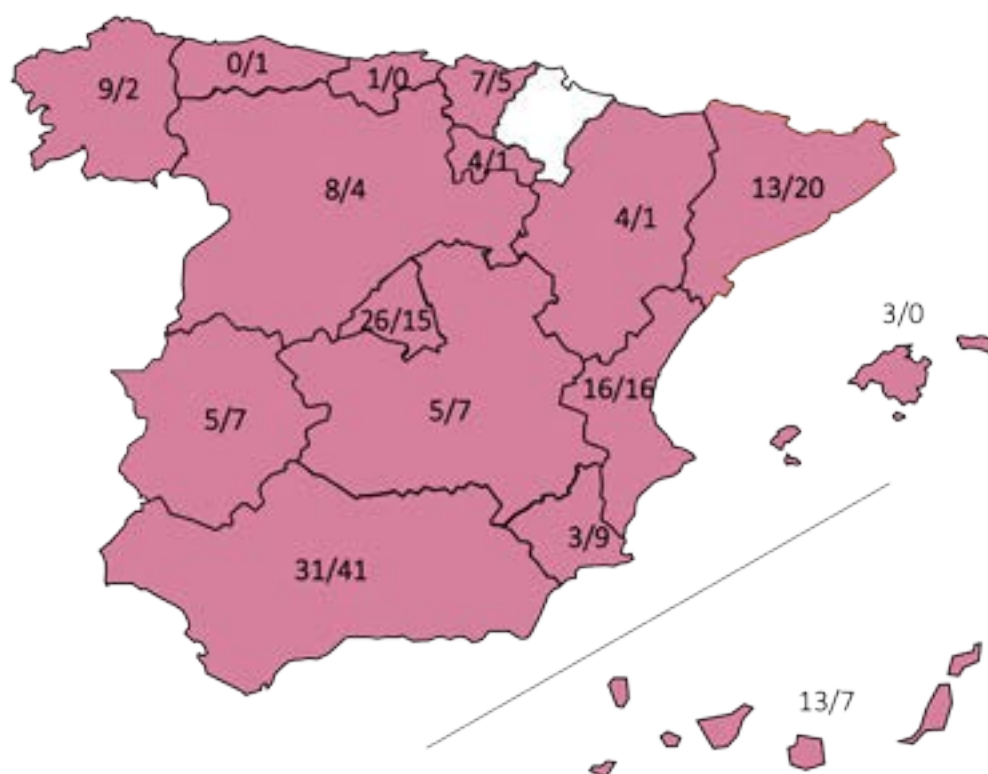
Nuevamente deseamos subrayar la altísima representatividad de un estudio de carácter totalmente voluntario. También hemos de destacar el creciente esfuerzo de los centros privados en aumentar la información aportada para este ejercicio de transparencia a la sociedad. El Estudio RESA alcanza ya una participación masiva del sector privado y aporta información sobre una proporción muy significativa de la actividad total del sistema sanitario español.

## 2.3. Distribución territorial

Esta altísima representatividad se da también a nivel territorial. En 2017 se incorporan centros de dos comunidades autónomas más (Cantabria y La Rioja) con lo cual se incluyen centros de prácticamente todo el territorio español.

**FIGURA 2**

REPRESENTACIÓN DEL NÚMERO DE CENTROS SANITARIOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO RESA 2017 POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (CENTROS HOSPITALARIOS / CENTROS AMBULATORIOS)





## 2.4. Crecimiento de la participación

Lo más importante este año ha sido no ya el incremento de centros, sino sobre todo el aumento de la información proporcionada. Este año el número de urgencias atendidas incluidas en el estudio ha pasado de 2,5 millones a más de 4 millones.

### IMPORTANTÍSIMO VOLUMEN DE INFORMACIÓN EN LAS ACTUALES BASES DE DATOS

El aumento continuado de la información suministrada hace que las bases de datos actuales tengan ya unos volúmenes importantísimos. Para constatarlo basta con analizar los incrementos de la participación de 2017 respecto a 2012 (primer año del Estudio RESA), o bien respecto al primer año en el que se obtuvo información de algunos indicadores que se han ido incorporando al estudio:

**FIGURA 3**

AUMENTOS DE PARTICIPACIÓN MÁS DESTACABLES EN LOS INDICADORES DEL ESTUDIO RESA 2016/2012 O PRIMER AÑO DE RECOGIDA DEL INDICADOR

| Área                             | Indicador                                                                                     | RESA 2012 | RESA 2013 | RESA 2014 | RESA 2015 | RESA 2016 | RESA 2017 | % variación 2017 vs. 2012 ó 1 <sup>er</sup> año |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------------------------------------|
| Eficiencia                       | Estancia media ajustada por casuística                                                        | 133.279   | 285.697   | 432.984   | 470.788   | 546.840   | 616.771   | 363%                                            |
|                                  | Estancia media pre-quirúrgica                                                                 | -         | -         | 411.428   | 475.465   | 454.262   | 449.574   | 9%                                              |
|                                  | Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias                                              | -         | -         | 443.890   | 482.551   | 487.283   | 564.176   | 27%                                             |
| Accesibilidad                    | Tiempo medio de espera citación de pruebas complementarias (mamografías)                      | 71.996    | 96.140    | 139.294   | 184.399   | 224.532   | 235.620   | 227%                                            |
|                                  | Tiempo medio de espera citación de pruebas complementarias (resonancias magnéticas)           | 179.604   | 183.501   | 369.046   | 480.310   | 567.870   | 640.143   | 256%                                            |
|                                  | Tiempo medio de espera citación de pruebas complementarias (TAC)                              | 96.682    | 110.969   | 255.022   | 343.985   | 410.901   | 457.291   | 373%                                            |
|                                  | Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (mamografías)                   | 70.255    | 95.665    | 130.766   | 168.021   | 204.780   | 223.178   | 218%                                            |
|                                  | Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (resonancias magnéticas)        | 168.906   | 191.290   | 345.172   | 447.394   | 529.110   | 597.163   | 254%                                            |
|                                  | Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (TAC)                           | 98.630    | 140.495   | 241.355   | 327.108   | 390.859   | 438.425   | 345%                                            |
|                                  | Tiempo medio de espera de citación para consultas de especialista (traumatología)             | -         | 305.520   | 391.637   | 472.676   | 431.025   | 625.079   | 105%                                            |
|                                  | Tiempo medio de espera de citación para consultas de especialista (ginecología)               | -         | 182.490   | 220.446   | 321.957   | 218.293   | 323.853   | 77%                                             |
|                                  | Tiempo medio de asistencia en triage en urgencias                                             | 1.298.027 | 1.621.722 | 1.840.125 | 2.555.436 | 2.653.621 | 4.162.113 | 221%                                            |
|                                  | Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias                                           | 1.298.027 | 1.621.722 | 1.840.125 | 2.555.436 | 2.653.621 | 4.162.113 | 221%                                            |
| Resolución asistencial           | Espera media quirúrgica                                                                       | 45.915    | 50.022    | 75.189    | 91.493    | 93.122    | 90.943    | 98%                                             |
|                                  | Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento en cáncer de colon  | -         | 646       | 979       | 1.108     | 1.576     | 1.489     | 130%                                            |
|                                  | Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento en cáncer de pulmón | -         | 611       | 791       | 881       | 1.118     | 1.098     | 80%                                             |
|                                  | Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico                  | -         | -         | 892.634   | 1.323.185 | 1.339.500 | 2.132.407 | 139%                                            |
|                                  | Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta                                      | -         | -         | 687.819   | 772.531   | 801.833   | 920.494   | 34%                                             |
|                                  | Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas                   | -         | -         | 37.792    | 41.692    | 37.214    | 33.511    | -11%                                            |
| Calidad y seguridad del paciente | Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios                            | 59        | 65        | 68        | 71        | 101       | 130       | 120%                                            |
|                                  | Ratio de intervenciones de cirugía segura                                                     | -         | 77.788    | 79.689    | 195.949   | 149.329   | 155.603   | 100%                                            |
|                                  | Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días                                 | -         | -         | -         | 288.150   | 296.505   | 315.439   | 9%                                              |

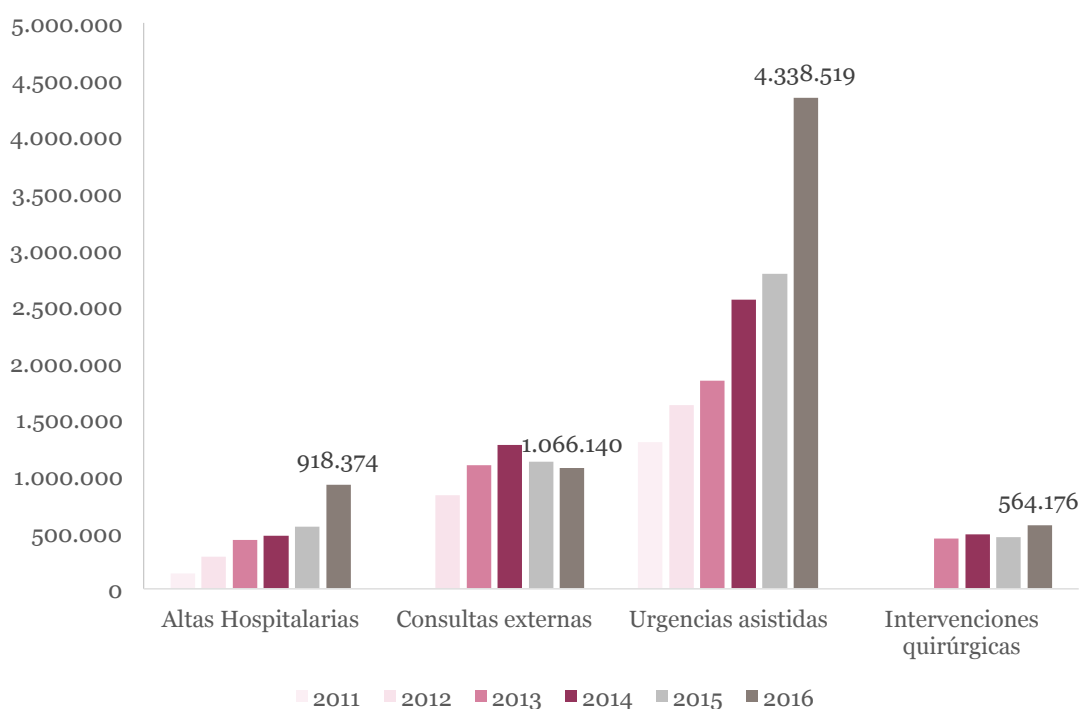
Además de los datos de participación en los indicadores generales comentados, en 2017 se producen dos hechos destacables:

**Información de reproducción asistida.** Este año se ha producido una importante novedad: la aportación de los indicadores de fertilidad por parte de la Sociedad Española de Fertilidad hace que en este caso los resultados sean los de la totalidad de los 98 centros privados de fertilidad de España. Ello implica que en este caso no hablamos ya de una altísima proporción del sector privado sino de la totalidad del mismo. Los datos de más de 57.000 ciclos de tratamiento de fertilidad aportados constituyen una valiosa colaboración con el Estudio RESA que debemos de agradecer a esta sociedad.

**Información de diálisis.** La inclusión de indicadores de diálisis se inició el año pasado como fase piloto con la aportación de un grupo de centros de diálisis. Este año la participación se ha consolidado con la aportación de datos por parte de más de 90 centros, contando ya con más de 6.800 casos de pacientes en diálisis.

**FIGURA 4**

EVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN APORTADA EN EL ESTUDIO RESA EN LOS AÑOS 2011-2016



## 2.5. Datos básicos de los centros participantes

Como ya hemos comentado, los grupos y centros que participan en el Estudio RESA 2017 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 2017.

**FIGURA 5**  
DATOS BÁSICOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS QUE PARTICIPAN EN EL ESTUDIO RESA 2017

| Actividad asistencial                               | 2011      | 2012      | 2013      | 2014      | 2015      | 2016      | % Variación<br>2016/2015 | % Variación<br>2016/2011 |
|-----------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| Altas hospitalarias                                 | 586.587   | 706.086   | 843.864   | 894.546   | 929.290   | 1.071.989 | 15,36%                   | 82,75%                   |
| Intervenciones quirúrgicas<br>con anestesia general | 240.639   | 245.764   | 268.664   | 284.123   | 543.599   | 772.191   | 42,05%                   | 220,89%                  |
| Urgencias asistidas                                 | 3.263.959 | 3.581.312 | 3.672.205 | 3.939.363 | 4.989.552 | 4.977.419 | -0,24%                   | 52,50%                   |
| Recursos hospitalarios                              | 2011      | 2012      | 2013      | 2014      | 2015      | 2016      | % Variación<br>2016/2015 | % Variación<br>2016/2011 |
| Nº camas hospitalización<br>convencional            | 8.729     | 10.548    | 11.071    | 11.692    | 14.349    | 14.978    | 4,39%                    | 71,59%                   |
| Camas de UCI adultos                                | 507       | 684       | 696       | 732       | 925       | 957       | 3,46%                    | 88,76%                   |
| Camas neonatos<br>y pediatría                       | 274       | 376       | 372       | 383       | 505       | 588       | 16,44%                   | 114,60%                  |
| Quirófanos<br>de cirugía mayor                      | 495       | 565       | 575       | 604       | 823       | 844       | 2,55%                    | 70,51%                   |
| Salas de partos                                     | 111       | 137       | 146       | 154       | 190       | 215       | 13,16%                   | 93,69%                   |

Como decíamos anteriormente, un año más ha aumentado de forma considerable la participación de los centros sanitarios en el Estudio RESA, pero no solo eso, sino

que lo que mejor muestra el gran peso y la importancia que ha tomado el estudio es la variación acumulada de actividad y recursos del año 2011 respecto a 2016 en el que prácticamente se duplican todos los datos.

## 2.6. Proceso de selección de indicadores

El Estudio RESA pretende dotar de la máxima transparencia a la sanidad privada respecto a sus resultados de calidad y seguridad del paciente. Para ello, cada año se realiza una revisión de los indicadores presentados y un análisis y propuestas de inclusión de nuevos indicadores.

En el Estudio RESA 2017 se producen tres novedades en cuanto al contenido de los indicadores utilizados:

**a)** Se incluye **un conjunto de nuevos indicadores** habitualmente presentados por otros sistemas sanitarios y hospitales nacionales e internacionales. Se han incorporado los siguientes indicadores:

- 1.** Tasa de reingreso por causas quirúrgicas a los 7 días.
- 2.** Reingresos por enfermedad pulmonar a los 30 días.
- 3.** Reingresos por insuficiencia cardiaca a los 30 días.
- 4.** Tasa de supervivencia al alta por Síndrome Coronario Agudo.
- 5.** Tasa de supervivencia al alta por Insuficiencia Cardiaca.
- 6.** Tasa de supervivencia al alta por ictus
- 7.** Sepsis postquirúrgica.

**b)** Los indicadores de centros de fertilidad han sido este año facilitados por la Sociedad Española de Fertilidad para todos los centros privados. Se ha adaptado por tanto la presentación de indicadores a los disponibles de esta sociedad por lo que los indicadores actuales pasan a ser los 8 siguientes:

- 1.** Gestaciones con ovocitos propios frescos sobre número de ciclos realizados.
- 2.** Partos con ovocitos propios frescos sobre número de ciclos realizados.
- 3.** Gestaciones con ovocitos propios congelados sobre número de ciclos realizados.

- 4.** Partos con ovocitos propios congelados sobre número de ciclos realizados.
- 5.** Gestaciones con ovocitos donados frescos sobre número de ciclos realizados.
- 6.** Partos con ovocitos donados frescos sobre número de ciclos realizados.
- 7.** Gestaciones con ovocitos donados congelados sobre número de ciclos realizados.
- 8.** Partos con ovocitos donados congelados sobre número de ciclos realizados.

**c)** Los indicadores de colonoscopias y gastroscopias con sedación dejan de ser incluidos en el Estudio RESA. La generalización de la práctica de la sedación en estas exploraciones que se había observado en los años anteriores hacen que repetir esta información sea reiterativo y de poco valor por lo que el Comité del Estudio RESA 2017 acordó no continuar recogiendo dicha información.

Por tanto, este año se presentan los resultados de 40 indicadores sobre los 27 del año anterior, un incremento muy significativo en el número de indicadores analizados. Estos 40 indicadores generales se desagregan en realidad en **61**, ya que varios de éstos incluyen otros más específicos por determinadas áreas, especialidades, etc.

**INCREMENTO MUY SIGNIFICATIVO  
EN EL NÚMERO DE INDICADORES**

Los indicadores que constituyen el Estudio RESA 2017 son los que se detallan en la siguiente tabla:

**FIGURA 6**

INDICADORES ESTUDIO RESA 2017

| Cód. 2017 | Nombre del indicador                                                                                                                    | Tipo de indicador |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1         | Estancia media ajustada por casuística                                                                                                  | Resultado         |
| 2         | Estancia media pre-quirúrgica                                                                                                           | Proceso           |
| 3         | Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias                                                                                        | Resultado         |
| 4         | 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 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 los 30 días del alta                                                                            | Resultado         |
| 15        | Tasa de reingreso por causas quirúrgicas a los 7 días                                                                                   | Resultado         |
| 16        | Reingresos por enfermedad pulmonar (EPOC) a los 30 días                                                                                 | Resultado         |
| 17        | Reingresos por insuficiencia cardiaca a los 30 días                                                                                     | Resultado         |
| 18        | Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas                                                             | Resultado         |
| 19        | Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios                                                                      | Proceso           |
| 20        | Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente                                                                        | Proceso           |
| 21        | Ratio de intervenciones de cirugía segura ("check list" quirúrgico)                                                                     | Proceso           |
| 22        | Tasa de supervivencia a las 48 horas de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA)                                         | Resultado         |
| 23        | Tasa de supervivencia al alta por Síndrome Coronario Agudo (SCA)                                                                        | Resultado         |
| 24        | Tasa de supervivencia al alta por Insuficiencia Cardiaca (IC)                                                                           | Resultado         |
| 25        | Tasa de supervivencia al alta de pacientes ingresados por ictus                                                                         | Resultado         |
| 26        | Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso                                                   | Resultado         |
| 27        | Tasa de reingresos post-alta de cirugía ambulatoria a 30 días                                                                           | Resultado         |
| 28        | Septicemia postquirúrgica                                                                                                               | Resultado         |
| 29        | Gestaciones con ovocitos propios frescos sobre número de ciclos realizados                                                              | Resultado         |
| 30        | Partos con ovocitos propios frescos sobre número de ciclos realizados                                                                   | Resultado         |
| 31        | Gestaciones con ovocitos propios congelados sobre número de ciclos realizados                                                           | Resultado         |
| 32        | Partos con ovocitos propios congelados sobre número de ciclos realizados                                                                | Resultado         |
| 33        | Gestaciones con ovocitos donados frescos sobre número de ciclos realizados                                                              | Resultado         |
| 34        | Partos con ovocitos donados frescos sobre número de ciclos realizados                                                                   | Resultado         |
| 35        | Gestaciones con ovocitos donados congelados sobre número de ciclos realizados                                                           | Resultado         |
| 36        | Partos con ovocitos donados congelados sobre número de ciclos realizados                                                                | Resultado         |
| 37        | Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis                                                                                                | Resultado         |
| 38        | Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo                                                                                               | Resultado         |
| 39        | Porcentaje de pacientes con Albúmina >3,5 g/dl                                                                                          | Resultado         |
| 40        | Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga                                                                                    | Resultado         |

En su gran mayoría son indicadores cuantitativos elaborados sobre bases de datos de pacientes que entregan los hospitales. Sólo hay 16 de los 61 indicadores que tienen carácter cualitativo para medir, mediante

criterios homogéneos, la documentación que presentan las organizaciones sobre acreditación de los centros y servicios y sobre políticas de seguridad del paciente.



## 2.7. Recopilación y procesamiento de los indicadores

Todos los datos expuestos se refieren al año 2016. La única excepción la constituyen los indicadores de fertilidad que se refieren al año 2014. Ello es debido al hecho de que para estos indicadores se precisa una diferencia de al menos nueve meses para medir el resultado de los tratamientos (embarazo y parto) y que se trata de datos suministrados por la Sociedad Española de Fertilidad por lo que se muestran los últimos datos disponibles de esta entidad.

La recopilación de información necesaria para el estudio se realizó durante los meses de marzo y abril, entregando los centros un conjunto de bases de datos estandarizadas, anonimizadas y no trazables a nivel de paciente para los datos cuantitativos. Los datos cualitativos fueron elaborados mediante el suministro de copias de documentos de

información relativa a cada indicador. El cumplimiento de las condiciones estándar de la información genera que, en algunos indicadores, puedan existir diferencias numéricas en los denominadores utilizados.

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización que se recoge y codifica al alta del paciente hospitalizado es la fuente de una buena parte de los indicadores, completándose con otras bases de datos recogidas *ad hoc* para este estudio.

Los resultados del estudio presentan siempre el número de casos con el que se ha trabajado. En los gráficos se muestra el valor del conjunto del sector y la desviación estándar de los valores individuales de los centros. También se especifica la evolución de los datos publicados en los anteriores estudios.

## 2.8. Adaptación a la clasificación CIE-10

El año 2016 ha sido el año de transición al iniciarse la implantación de la Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 (CIE-10) para substituir a la CIE-9, que hasta el momento era el estándar de codificación de los diagnósticos y procedimientos. La CIE-10 se ha implantado en todas las comunidades autónomas excepto en Cataluña que decidió mantener la CIE-9.

La CIE-10 cambia substancialmente la codificación de diagnósticos y procedimientos ampliando en general el número de códigos utilizados.

Como siempre que se produce un cambio del sistema de codificación de diagnósticos y/o procedimientos, ello afecta a la comparabilidad de los datos con años anteriores. Aunque existen herramientas de traducción entre versiones, éstas no garantizan al 100% que los datos sean comparables.

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

- El indicador 1 (estancia media, al estar ajustado por casuística).
- Los indicadores 14 a 18 (reingresos en hospitalización).
- Los indicadores 22 a 28 (mortalidad y otras complicaciones del proceso de hospitalización).

Los efectos que pueden haberse producido son del tipo de:

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

En general, por tanto, hay que interpretar con prudencia los cambios respecto a años anteriores en estos indicadores. Es casi imposible saber con precisión como ha afectado esto a la mayoría, pero sí que hemos identificado algún indicador donde ha habido un impacto evidente, como por ejemplo:

- Indicador 18. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas, por la mejora ya comentada de identificación de la intervención del segundo ojo.
- Indicador 26. Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso. En el cálculo de este año se introduce un código diagnóstico adicional en la CIE-10. El efecto que hemos identificado sobre el cálculo de años anteriores es que este código introduce más casos de diagnóstico de fractura de cadera, y el efecto que tiene es el de disminuir significativamente la tasa de intervenciones en las 48 horas posteriores al ingreso.

En el resto de indicadores, aunque no hemos encontrado casos claramente identificables hay que considerar que puede haber cambios no perceptibles derivados del paso a la nueva clasificación, por lo que se recomienda aplicar la prudencia a la valoración de la evolución de los indicadores mencionados.



# 03

## EFICIENCIA



Los centros hospitalarios privados son reconocidos públicamente por su eficiencia en la utilización de recursos. Para confirmar y cuantificar este reconocimiento, el Estudio RESA incluye cuatro indicadores de eficiencia en la gestión de algunos de los recursos más significativos de los hospitales como son las camas de hospitalización y el bloque quirúrgico.

### 3.1. Estancia media ajustada por casuística

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

El resultado de 3,38 días, obtenido con datos del año 2016, se mantiene por debajo del primer año del estudio. La variación en los últimos cinco años ha sido de menos de dos décimas de día. Los centros privados logran por tanto un altísimo nivel de eficiencia al haberse mantenido en este período la estancia media claramente por debajo de los 3,5 días.

#### LOS CENTROS PRIVADOS MANTIENEN UN ALTÍSIMO NIVEL DE EFICIENCIA

Se produce en este dato una mejora de la participación de casi el 13%. La participación de los centros en este indicador requiere que dispongan de licencias del agrupador de casos en GRD, por lo que el incremento de participación señala un esfuerzo adicional por parte de los centros.

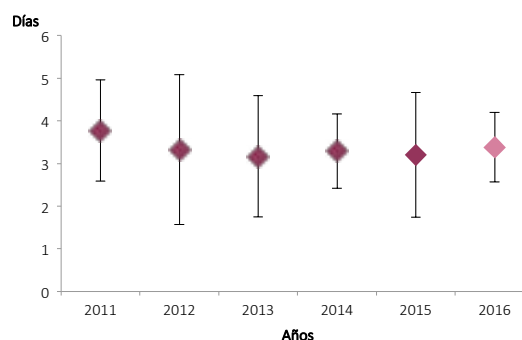
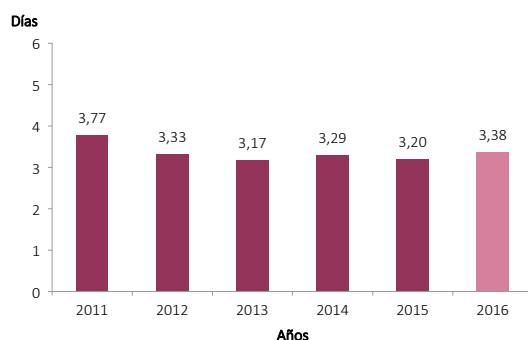
Analizada por especialidades, la distribución tiene un patrón muy similar al del año pasado, con los ingresos más largos en Oncología y Medicina Interna y los más breves en Cirugía General, Traumatología y Urología.

#### INDICADOR 1

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR CASUÍSTICA (2011-2016, MEDIDO EN DÍAS)

Nº DE INGRESOS HOSPITALARIOS: 2011: 133.279; 2012: 285.697; 2013: 432.984; 2014: 470.788; 2015: 546.840; 2016: 616.771

VARIACIÓN 2016/2015: +12,7%



## 3.2. Estancia media pre-quirúrgica

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

En este caso se mantiene en valores inferiores a años anteriores. A lo largo de los últimos cuatro años, la estancia media pre-quirúrgica se ha mantenido entre los 0,31 días de este año y los 0,41 del 2015.

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

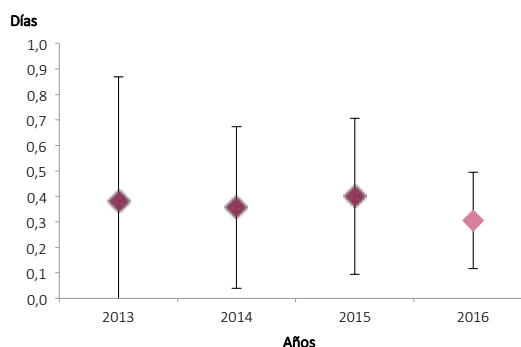
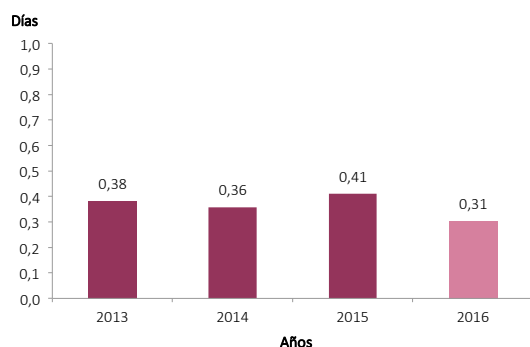
**EL PACIENTE INGRESA COMO PROMEDIO EN MENOS DE 8 HORAS ANTES DE LA CIRUGÍA**

### INDICADOR 2

ESTANCIA MEDIA PRE-QUIRÚRGICA (2013-2016, TIEMPO EN DÍAS)

Nº DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2013: 411.428; 2014: 475.465; 2015: 385.933; 2016: 449.574

VARIACIÓN 2016/2015: +16,4%





### 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.

Los resultados obtenidos muestran una ratio superior al 55% de intervenciones ambulatorias, lo que aumenta el ratio del año anterior en un 7%.

Este incremento puede ser debido al aumento en un 15% de la aportación de datos; pero seguramente contribuye también una mejor identificación de los casos de cirugía ambulatoria en las bases de datos.

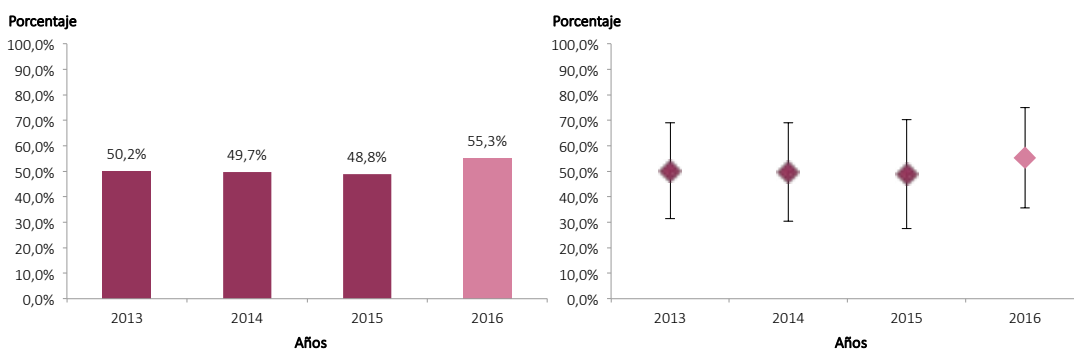
Los resultados los analizamos como excelentes, sobre todo teniendo en cuenta que un gran número de cirugías en la práctica privada se realizan por la tarde, lo que ocasiona en muchos casos la pernoctación de los pacientes en el centro sanitario.

#### INDICADOR 3

RATIO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS (2013-2016, %)

Nº DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2013: 443.890, 2014: 482.551; 2015: 487.283; 2016: 564.176

VARIACIÓN 2016/2015: +15,7 %



# 04

## **ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA**

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

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

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

Dada la dificultad de recoger estos tiempos (no incluidos en muchos de los sistemas de información hospitalarios) hay que valorar que aún continúa aumentando la aportación de datos por parte de los centros. Estamos hablando de un volumen de pruebas analizadas de más de medio millón de casos para la RM y el TAC. Este año el incremento en

estos datos va desde el 4,9% en la mamografía al 12,7% en la Resonancia Magnética.

Los tiempos medios de espera tras la citación son este año:

- De 10,01 días para la mamografía.
- De 8,60 días para la Resonancia Magnética.
- De 6,04 días para el TAC.

En conjunto, observamos que las esperas para citación son menores o próximas a una semana para RM y TAC y en el caso de la mamografía (técnica que se hace con gran frecuencia programada como parte de revisiones periódicas) es de 10 días, lo que implica una gran accesibilidad a las pruebas diagnósticas.

**EN MÁS DE UN 30% DE LOS CASOS DE MAMOGRAFÍAS Y RM LA CITACIÓN SE PRODUCE EN EL MISMO DÍA, 50% EN EL CASO DE TAC**

### 4.1.1. Mamografías

El tiempo de espera para la mamografía es de 10,01 días. Su evolución en el tiempo parece tener una tendencia clara de disminución progresiva desde los datos iniciales de 14,2 y 12,5 días de los años 2011 y 2012. Este efecto de reducción de la demora se produce por

la reducción en la mayoría de los centros de sus tiempos de espera (y no porque se hayan incorporado nuevos centros con tiempos más cortos), lo que produce el efecto que observamos en el gráfico de disminución de la varianza entre centros.

#### INDICADOR 4

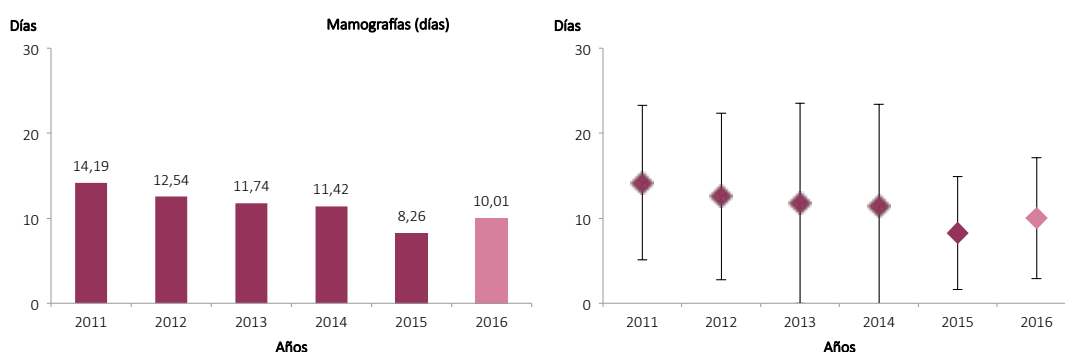
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

#### INDICADOR 4.1.

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2011-2016, TIEMPO EN DÍAS)

Nº MAMOGRAFÍAS 2011: 71.996; 2012: 96.140; 2013: 139.294; 2014: 184.399; 2015: 224.532; 2016: 235.620

VARIACIÓN 2016/2015: + 4,9%



En el análisis de detalle de distribución de tiempos se repite la información presentada en el informe del año anterior en que vimos que esta media se debe a que en más de un 30% de los casos la citación es inmediata para el día que se solicita, más del 60% de pacientes realizan la prueba diagnóstica antes de los 7 días y sólo el 10% superan los 22 días. Sólo pequeñas proporciones de pacientes tienen tiempos de diferencias mayores, lo que interpretamos como debido, en general, a su propia conveniencia.

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

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

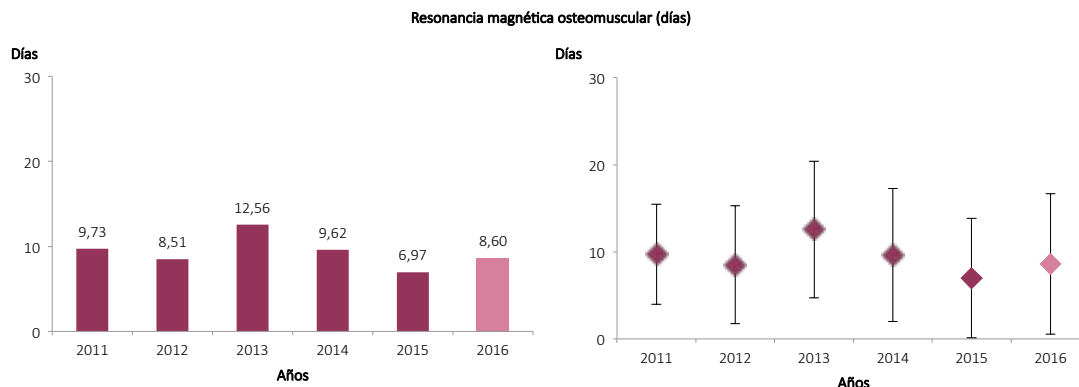
### 4.1.2. Resonancias Magnéticas

El tiempo medio de espera desde la citación para Resonancia Magnética se ha situado en 2016 en 8,60 días y se mantiene en línea con

los resultados de otros años, dado que la serie presenta datos de entre 6,97 y 12,56 días de demora en los seis últimos años.

#### INDICADOR 4.2.

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2011-2016, TIEMPO EN DÍAS)  
Nº RESONANCIAS MAGNÉTICAS 2011: 179.604; 2012: 183.501; 2013: 369.046; 2014: 480.310; 2015: 567.870; 2016: 640.143  
VARIACIÓN 2016/2015: +12,7%



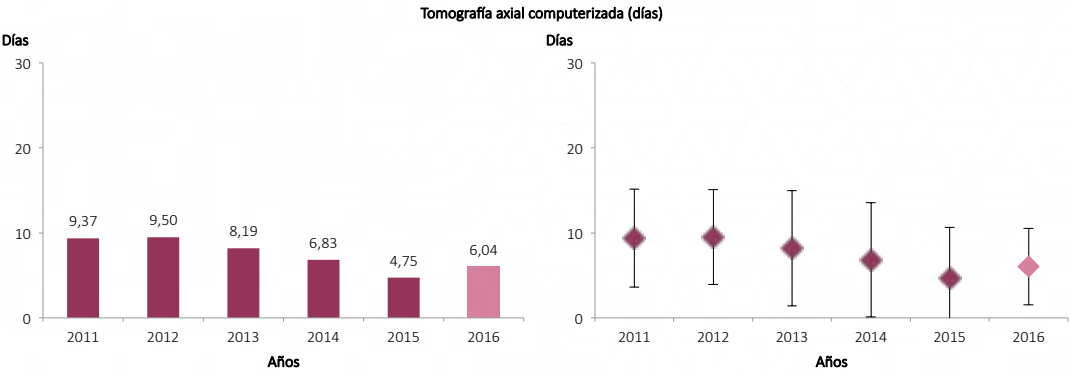
En el análisis de detalle de distribución de tiempos se repite la situación de que más de la tercera parte se realizan en el día, y poco más del 10% supera los 18 días.

### 4.1.3. Tomografía Axial Computarizada

En la realización de la TAC observamos cómo se mantiene la tendencia decreciente de unos tiempos que ya eran muy cortos: el resultado de 2016 es de 6,04 días aunque supone un

incremento respecto a 2015, se mantiene en la línea descendente general de la serie histórica que ha bajado desde los 9,5 días de 2012.

**INDICADOR 4.3.**  
TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2011-2016, TIEMPO EN DÍAS)  
Nº TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTERIZADAS 2011: 96.682; 2012: 110.969; 2013: 255.022; 2014: 343.985;  
2015: 410.901; 2016: 457.291  
VARIACIÓN 2016/2015: +11,2%



El análisis de distribución sigue mostrando este año una alta concentración en la realización el día que se solicita la exploración con más del 50% de casos realizados en el mismo día.

La resolución en el mismo mes de la prueba, sigue el mismo patrón uniforme del año anterior con escasa variación entre meses.

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



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

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

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

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

**TIEMPO DE ENTREGA DE INFORMES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POR DEBAJO DE LOS 4 DÍAS, 2 EN EL CASO DE MAMOGRAFÍA**

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

Los informes de mamografía se entregan en un tiempo medio que se mantiene, con discretas oscilaciones cada año, entre los 2 y algo más de los 3 días. En 2016 el tiempo medio fue de 2,47 días, muy similar al de años anteriores.

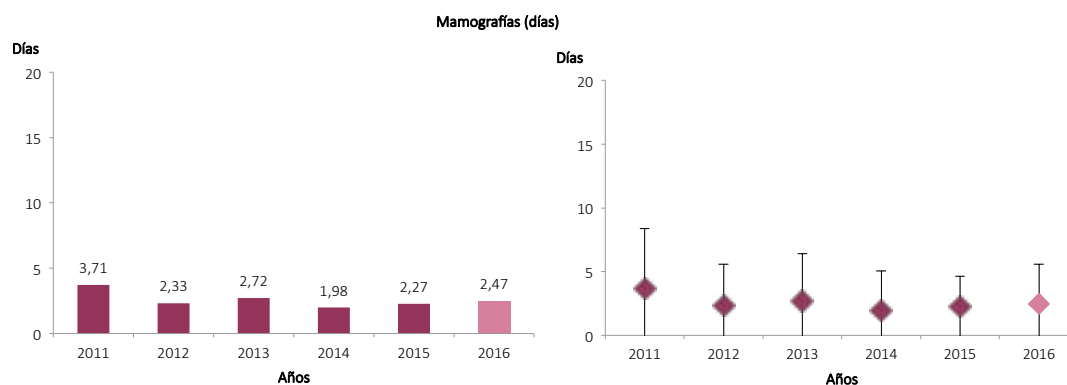
Del análisis de detalle se debe destacar una vez más que el 70% de los informes de mamografías están disponibles para su entrega en menos de un día tras su realización, llegando al 90% a los cuatro días, siendo por tanto marginales los casos en los que la disponibilidad del informe supera estos tiempos.

#### INDICADOR 5

TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

#### INDICADOR 5.1.

TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2011-2016, TIEMPO EN DÍAS)  
Nº MAMOGRAFÍAS 2011: 70.255; 2012: 95.665; 2013: 130.766; 2014: 168.021; 2015: 204.780; 2016: 223.758  
VARIACIÓN 2016/2015: +9,2 %

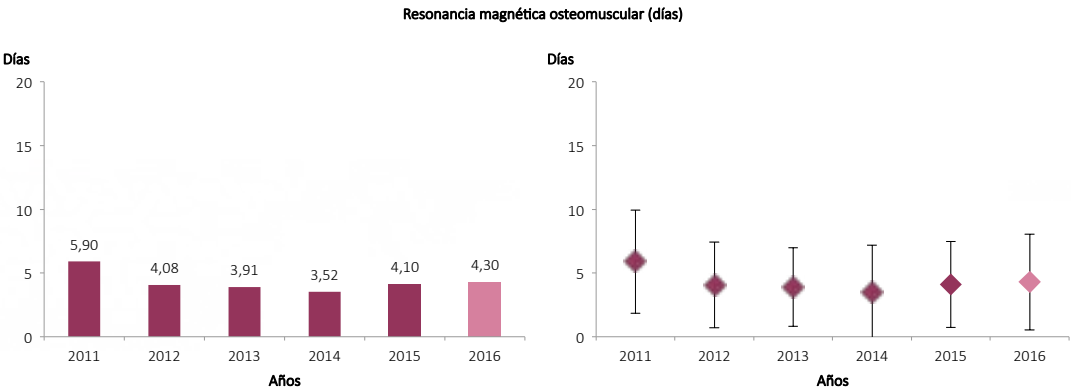


### 4.2.2. Tiempo medio de entrega de informe de resonancia magnética

Los informes de resonancia magnética (RM) se continúan entregando en promedio de poco más de 4 días (4,3 días en 2016). Se mantiene por tanto el valor de la serie histórica

alrededor de los cuatro días, habiendo experimentado un discreto incremento en los dos últimos años.

**INDICADOR 5.2.**  
TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2011-2016, TIEMPO EN DÍAS)  
Nº RESONANCIAS MAGNÉTICAS 2011: 168.906; 2012: 191.290; 2013: 345.172; 2014: 447.394; 2015: 529.410; 2016: 597.163  
VARIACIÓN 2016/2015: +12,7 %



En el desglose de los datos hemos apreciado que, en el caso de la RM, el 50% de los informes se entregan en 1 día, y el 70% en una media de 3, quedando sólo un 10% de los casos en los que el informe se demora 9 o más días.

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

Los tiempos de entrega del informe de TAC se han mantenido en los últimos cuatro años alrededor de los 3 días con pequeñas variaciones anuales.

La demora media de la entrega de informes de TAC es este año de 3,74 días, algo superior a los tres años anteriores.

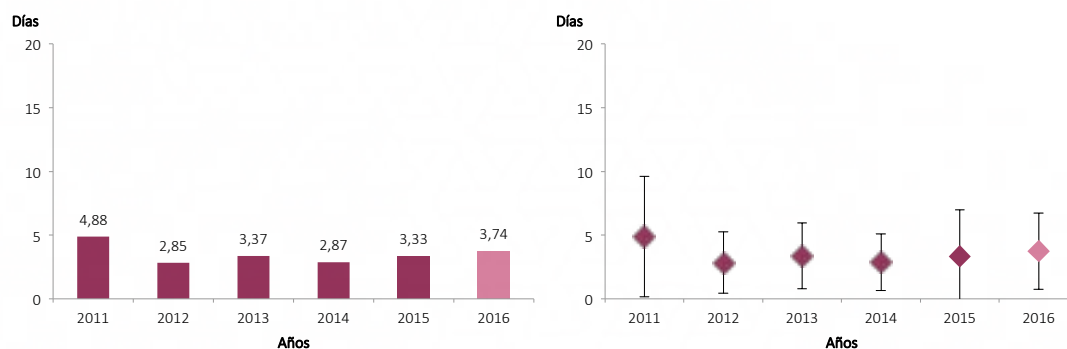
#### INDICADOR 5.3.

TIEMPO MEDIO DE ENTREGA DE INFORME DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (2011-2016, TIEMPO EN DÍAS)

Nº TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA 2011: 98.630; 2012: 140.495; 2013: 241.355; 2014: 327.108; 2015: 390.859; 2016: 438.425

VARIACIÓN 2016/2015: +12,1%

Tomografía axial computerizada (días)



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

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

Prácticamente todas las especialidades analizadas mantienen tiempos de espera desde la citación que están apenas por encima de las dos semanas excepto en dermatología en que se encuentra en 18,11 días.

Los tiempos de espera se han incrementado respecto a los resultados de años anteriores en varios días. Esta circunstancia está relativamente generalizada dado que al analizar los datos por centros coincide en que un 40% de ellos han incrementado sus tiempos. Es importante mencionar que la sanidad privada ha presentado estos años

un importante incremento de la actividad ambulatoria y esta puede ser la causa que lo provoca.

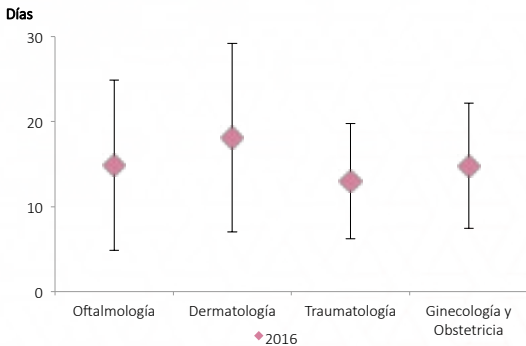
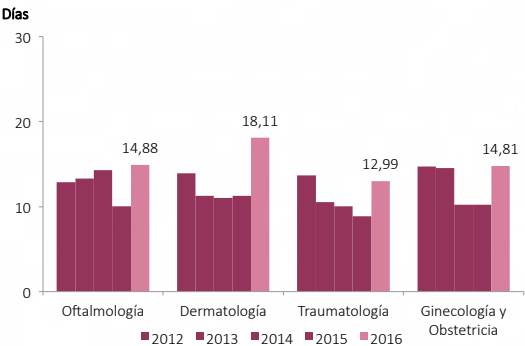
Considerando esto, valoramos como un buen resultado el hecho de que para la mayoría de especialidades los tiempos se mantengan en dos semanas.

**TIEMPO MEDIO DE CITACIÓN DE ESPECIALISTAS EN TORNO A LAS 2 SEMANAS, 18 DÍAS EN EL CASO DE DERMATOLOGÍA**

**INDICADOR 6**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE ESPECIALISTA (2012-2016, TIEMPO EN DÍAS)

Nº DE CONSULTAS OFTALMOLOGÍA 2012: 153.998; 2013: 214.835 ; 2014: 215.353; 2015: 242.289; 2016: 287.447 (+18,6%)  
Nº DE CONSULTAS DERMATOLOGÍA 2012: 186.158; 2013: 265.584; 2014: 261.661; 2015: 231.992; 2016: 338.458 (+45,9%)  
Nº DE CONSULTAS TRAUMATOLOGÍA 2012: 305.520; 2013: 391.637; 2014: 472.676; 2015: 431.025; 2016: 625.079 (+45,0%)  
Nº DE CONSULTAS GINECOLOGÍA 2012: 182.490; 2013:220.446; 2014: 321.957; 2015: 218.293; 2016: 323.853 (+48,3%)



### 4.3.1. Oftalmología

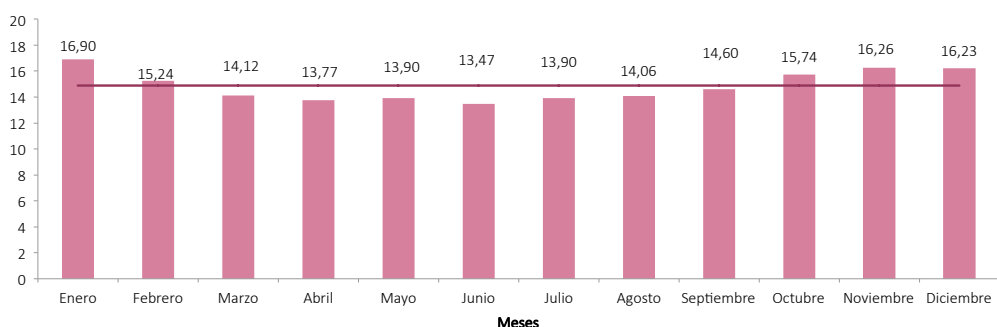
Realizando un análisis de la distribución mensual de los tiempos de espera para la consulta de oftalmología se observa que los meses de noviembre a enero son los que presentan tiempos más elevados que

la media, por encima de los 16 días. Sin embargo, en los meses de abril a julio estos tiempos de espera están por debajo de 2 semanas.

#### INDICADOR 6.A

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA POR MES (2016, TIEMPO EN DÍAS)

Días



### 4.3.2. Dermatología

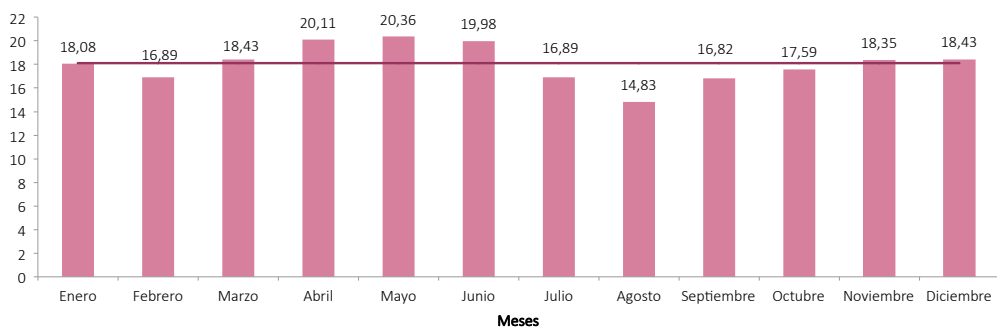
En cuanto a las consultas de dermatología, el mes con un menor tiempo de espera es el mes de agosto, con 14,83 días. Sin embargo,

los meses de abril a junio son en los que los pacientes tienen que esperar un mayor tiempo para la realización de su consulta, con tiempos que rondan los 20 días.

#### INDICADOR 6.B

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE DERMATOLOGÍA POR MES (2016, TIEMPO EN DÍAS)

Días





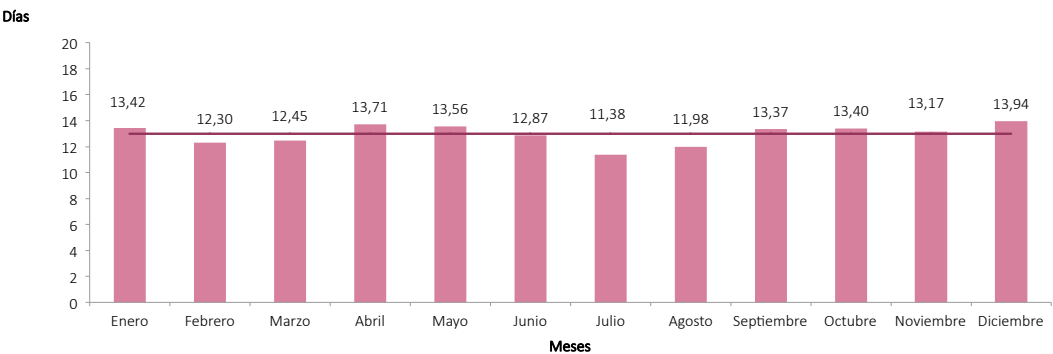
### 4.3.3. Traumatología

La distribución de los tiempos de espera en las consultas de traumatología no presenta una tendencia clara en su distribución por meses, así como los indicadores comentados anteriormente. Los meses de julio y agosto son los que presentan unos

tiempos menores de 12 días, mientras que los meses de abril y diciembre son los que tienen unos tiempos de espera más elevados cercanos a los 14 días. De todas formas la variabilidad entre meses en el caso de este indicador es escasamente de 2 días.

**INDICADOR 6.C**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA POR MES (2016, TIEMPO EN DÍAS)



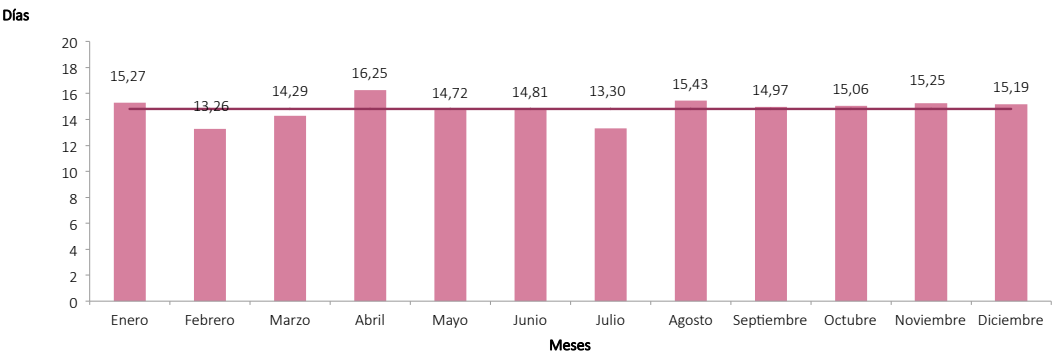
### 4.3.4. Ginecología y Obstetricia

Finalmente, en cuanto al tiempo medio de espera para las consultas de ginecología y obstetricia, los meses de febrero y julio son los que presentan menor espera, por debajo de

14 días. Sin embargo, el mes de abril es el que tiene un resultado más elevado, por encima de los 16 días. El resto de meses se encuentran muy próximos a la media de 14,81.

**INDICADOR 6.D**

TIEMPO MEDIO DE ESPERA DE CITACIÓN PARA CONSULTAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA POR MES (2016, TIEMPO EN DÍAS)



## 4.4. Tiempo medio para la atención en urgencias

El aspecto más importante este año lo constituye la aportación de datos de urgencias con una impresionante mejora: un incremento de más del 56%, lo que supone pasar de más de 2.600.000 urgencias analizadas a más de 4.100.000. Este incremento se debe a que un importante grupo de centros que no aportaba datos por dificultades del sistema de información se ha integrado este año en el análisis de estos indicadores.

### 4,1 MILLONES DE URGENCIAS ANALIZADAS, 56% MÁS QUE EL AÑO ANTERIOR

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

El resultado global se mantiene prácticamente igual que el año pasado, por debajo de los 30 minutos para la asistencia final del facultativo. Los cambios consisten en un ligero incremento de poco más de un minuto en la asistencia en *triage* que prácticamente se compensa con una disminución de casi un minuto desde el *triage* a la asistencia facultativa.

El mantenimiento de estos tiempos por debajo de los 30 minutos a lo largo de todos los años del estudio constituye una muestra especialmente importante de la adaptación de los centros privados a la demanda. La demanda asistencial se ha venido incrementando estos años y, a diferencia de la atención programada en consulta, hay que tener en cuenta la difícil previsibilidad de las urgencias. Conseguir mantener constante los tiempos de atención constituye sin duda un gran éxito de la sanidad privada.

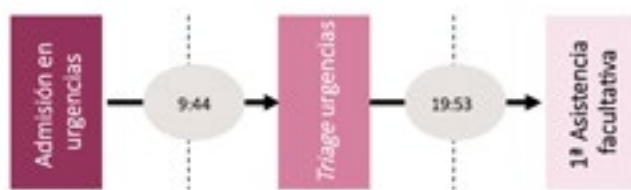
### TIEMPOS DE ASISTENCIA EN URGENCIAS INFERIORES A 30 MINUTOS

#### INDICADOR 7-8

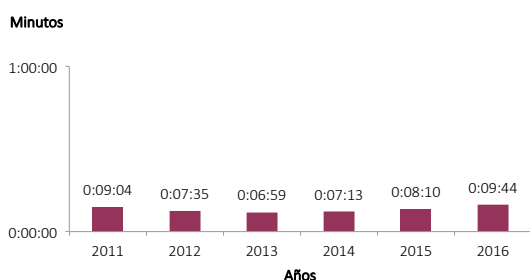
TIEMPO MEDIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS (2011-2016, TIEMPO EN MINUTOS)

Nº DE URGENCIAS 2011: 1.298.027; 2012: 1.621.722; 2013: 1.840.125; 2014: 2.555.436; 2015: 2.653.621; 2016: 4.162.113

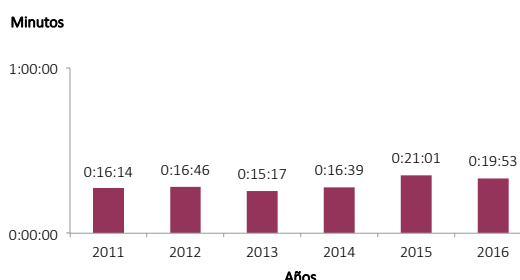
VARIACIÓN 2016/2015: +56,84%



Tiempo medio de asistencia en triage en urgencias



Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias



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

Ello se confirma en el análisis de detalle realizado, también este año, en que los tiempos medios de atención se incrementan en unos minutos los lunes, y entre tres y cinco minutos en los picos horarios a partir de las seis de la mañana y las seis de la tarde.

## 4.5. Espera media quirúrgica

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

Para la participación en este indicador, los centros deben de tener registrados en sus sistemas de información la fecha de pre-anestesia, lo que dificulta la obtención de datos dado que en muchos casos la pre-anestesia se realiza fuera del propio centro. Aun así, se dispone de cerca de 100.000 registros para el análisis de este indicador.

En 2016, el tiempo de espera media quirúrgica se mantiene e incluso desciende discretamente del ya excelente resultado de 2015: la espera media tiene un valor de 28,2 días, que disminuye en más de un día el resultado del año anterior.

### ESPERA MEDIA QUIRÚRGICA INFERIOR A 29 DÍAS

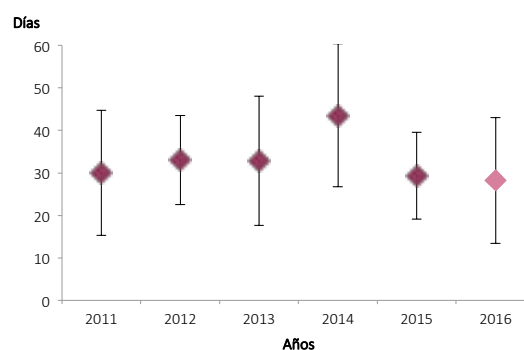
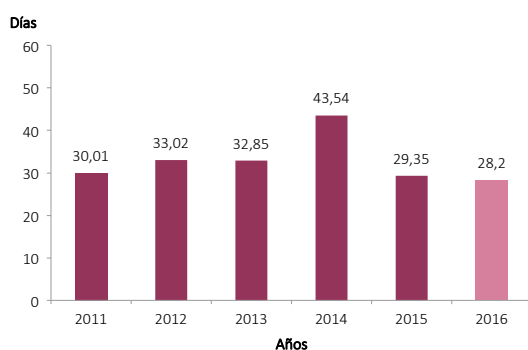
Sin embargo, la desviación estándar se ha incrementado sobre el año anterior lo que implica que esta mejora se ha producido en base a centros que han mejorado mucho el resultado mientras que otros han empeorado.

#### INDICADOR 9

ESPERA MEDIA QUIRÚRGICA (2011-2016, TIEMPO EN DÍAS)

Nº INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2011: 45.915; 2012: 50.022; 2013: 75.189; 2014: 91.493; 2015: 93.122; 2016: 90.943

VARIACIÓN 2016/2015: -2,3%



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

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

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

El tiempo medio entre diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama ha oscilado en los cinco años del Estudio RESA entre los 12 días (menos de 2 semanas) y los 19 días (menos de 3 semanas).

Este año, los datos de 2016 muestran cómo en los tres tipos de cáncer los tiempos de inicio del tratamiento se encuentran por debajo de las 2 semanas.

El volumen de datos aportados ha sido muy similar al de años anteriores con un pequeño descenso, lo que se explica porque se trata de un indicador de recolección compleja.

**EL TIEMPO MEDIO PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO EN PROCESOS ONCOLÓGICOS ES INFERIOR A 15 DÍAS EN MAMA, COLON Y PULMÓN**

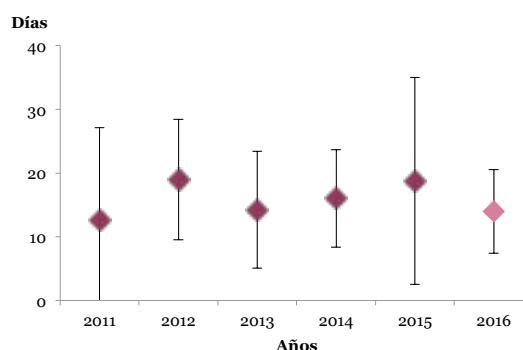
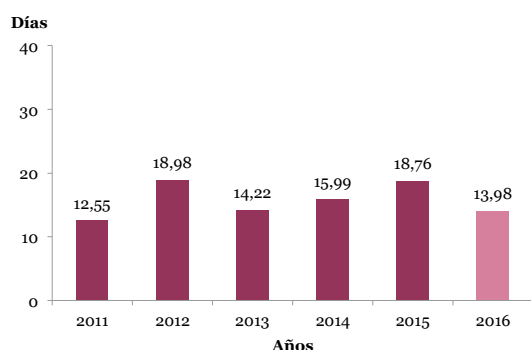
En el caso del cáncer de mama, los tiempos se han mantenido por debajo de 2 ó 3 semanas en todo el período analizado, estando este año por debajo de las 2 semanas y con una importante reducción de la variabilidad.

### INDICADOR 10

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y COMIENZO DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA (2011-2016, TIEMPO EN DÍAS)

Nº DE PACIENTES 2011: 1.993; 2012: 2.168; 2013: 2.165; 2014: 2.164; 2015: 2.962; 2016: 2.649

VARIACIÓN 2016/2015: -10,5%



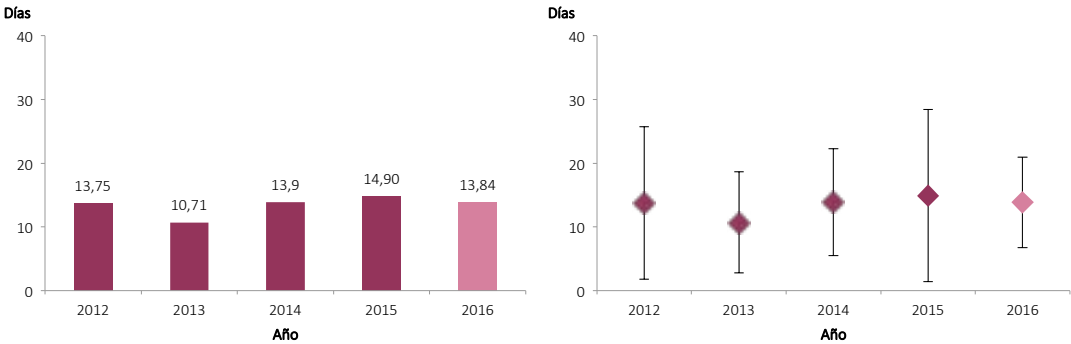
El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de colon se mantiene dentro del rango de las 2 semanas a lo largo de todo el período estudiado, con datos de 13,84 días que son similares a los de 2012, 2014 y 2015.

**INDICADOR 11**

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y COMIENZO DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE COLON  
(2012-2016, TIEMPO EN DÍAS)

Nº DE PACIENTES 2012: 646; 2013: 979; 2014: 1.108; 2015: 1.576; 2016: 1499

VARIACIÓN 2016/2015: -4,8%



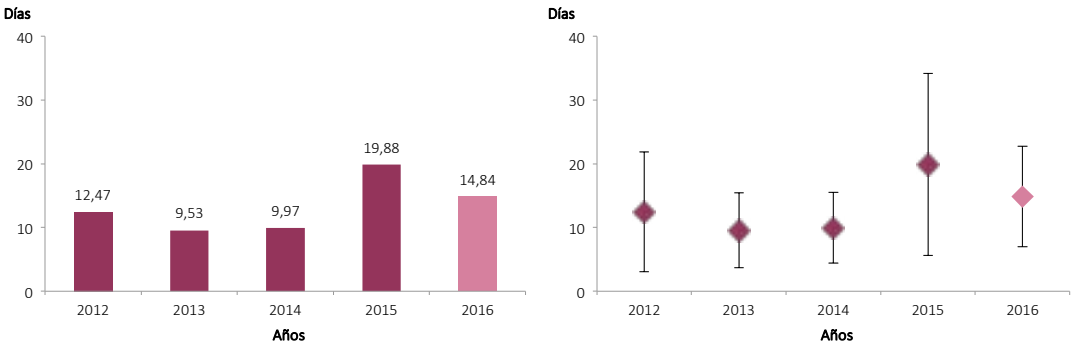
En el caso del tratamiento del cáncer de pulmón, en que ha habido mayores variaciones en la serie histórica, el indicador es de prácticamente 2 semanas este año.

**INDICADOR 12**

TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y COMIENZO DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PULMÓN  
(2012-2016, TIEMPO EN DÍAS)

Nº DE PACIENTES 2012: 611; 2013: 791; 2014: 881; 2015: 1.118; 2016: 1098

VARIACIÓN 2016/2015: -1,7 %



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



05

## **RESOLUCIÓN ASISTENCIAL**

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

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

Hay que resaltar que este año el volumen de información se incrementa un 60%, por lo que en este indicador (que requiere disponer de la información codificada de los diagnósticos de urgencia) estamos analizando más de 2.100.000 urgencias.

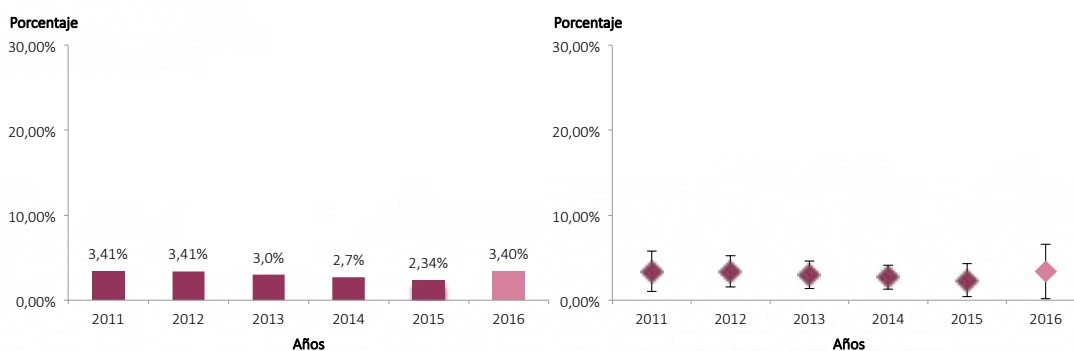
El resultado de este año vuelve a ser similar al de los primeros años del estudio, manteniéndose en tasas muy aceptables por debajo del 4%. Se observa también cómo ha aumentado significativamente la variabilidad entre centros, como corresponde al hecho de haber recibido datos de un número mucho mayor de centros.

### INDICADOR 13

TASA DE RETORNO A URGENCIAS A LAS 72 HORAS DEL ALTA POR EL MISMO DIAGNÓSTICO (2011-2016, EN %)

Nº URGENCIAS 2011: 785.513; 2012: 764.569 ; 2013: 892.634; 2014: 1.323.185; 2015: 1.339.500; 2016: 2.132.407

VARIACIÓN 2016/2015: +59,2%



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

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

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

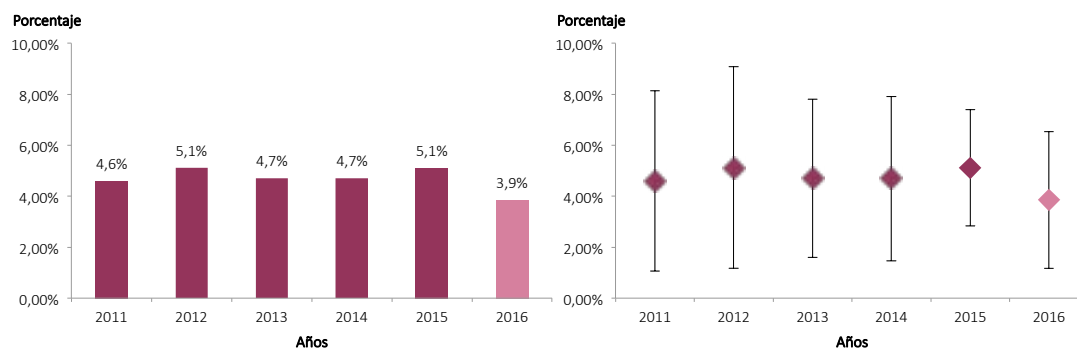
En 2016 la tasa de reingresos da un valor del 3,9%, con lo que desciende significativamente sobre valores que estaban en años anteriores entre el 4,6% y el 5,1%. Como habíamos comentado anteriormente, el cambio a la codificación de diagnósticos con la CIE-10 puede haber influido en los resultados, siendo este uno de los indicadores más sensibles por utilizar una amplia variedad de diagnósticos. Por ello es difícil interpretar este resultado como una mejora.

### INDICADOR 14

TASA DE REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN A LOS 30 DÍAS DEL ALTA (2011-2016, EN %)

Nº INGRESOS 2011: 485.871; 2012: 699.762; 2013: 687.819; 2014: 772.531; 2015: 801.833; 2016: 920.494

VARIACIÓN 2016/2015: +14,8%





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

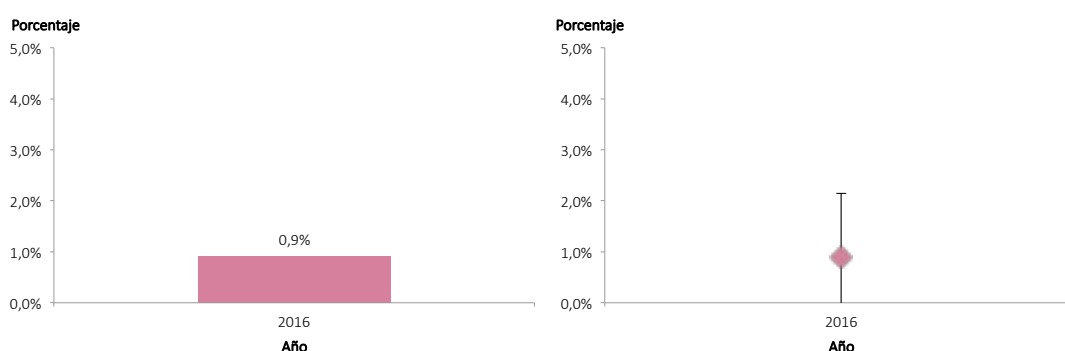
Se trata de un indicador nuevo que se calcula por primera vez este año. Se sitúa en el 0,9%.

La tasa de reingreso por causas quirúrgicas pretende medir posibles complicaciones de la cirugía que hacen reingresar al paciente a los pocos días de una intervención.

#### INDICADOR 15

TASA DE REINGRESO POR CAUSAS QUIRÚRGICAS A LOS 7 DÍAS (2016, EN %)

Nº DE CASOS 2016: 509.893



La comparación con otros datos siempre resulta compleja debido a las diferencias de la casuística, no obstante para tener una referencia se puede comparar con los resultados de este indicador en la Comunidad de Madrid que se situó entre el 1,81 y el 1,86% en el período de 2013-2015. Esto indica que el resultado se encuentra en valores muy correctos.

## 5.4. Reingresos por enfermedad pulmonar a los 30 días

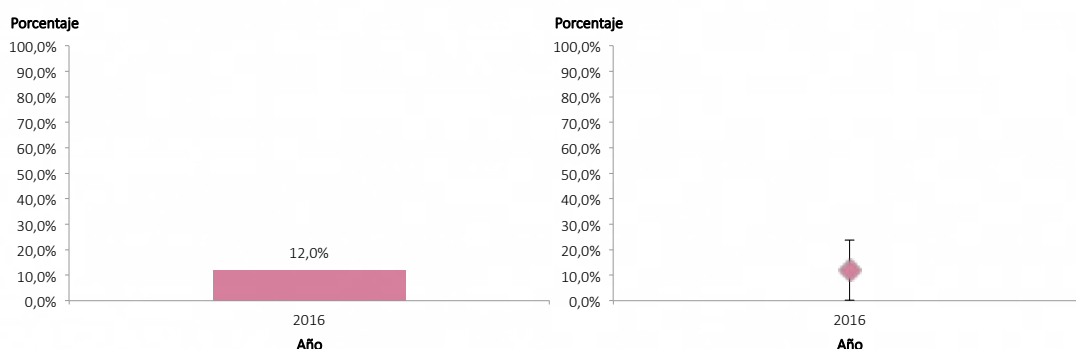
Al igual que en los casos quirúrgicos, este indicador mide los reingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica como posible indicación de complicación del tratamiento, sea este en hospitalización o ambulatorio. Los ingresos hospitalarios por enfermedades crónicas constituyen un indicador muy sensible a la calidad

del tratamiento y seguimiento, como han demostrado los nuevos modelos de gestión de la enfermedad crónica. Son pacientes severos con tendencia a los frecuentes reingresos por descompensación en que los programas de seguimiento bien organizados consiguen reducciones importantes del uso de las urgencias y la hospitalización.

### INDICADOR 16

REINGRESOS POR ENFERMEDAD PULMONAR (EPOC) A LOS 30 DÍAS (2016, EN %)

Nº DE CASOS 2016: 7.027



En este caso, el resultado de 12% de reingresos, muestra una situación normal, si se compara con los datos publicados por ejemplo por CatSalut del 15,3%. Asimismo, los datos del Observatorio de la Comunidad de Madrid sitúan este indicador entre el 16,5 y el 18%.

**LAS TASAS DE REINGRESO A LOS 30 DÍAS POR EPOC Y POR INSUFICIENCIA CARDÍACA SON COMPARABLES A LAS OBTENIDAS EN OTROS OBSERVATORIOS NACIONALES**

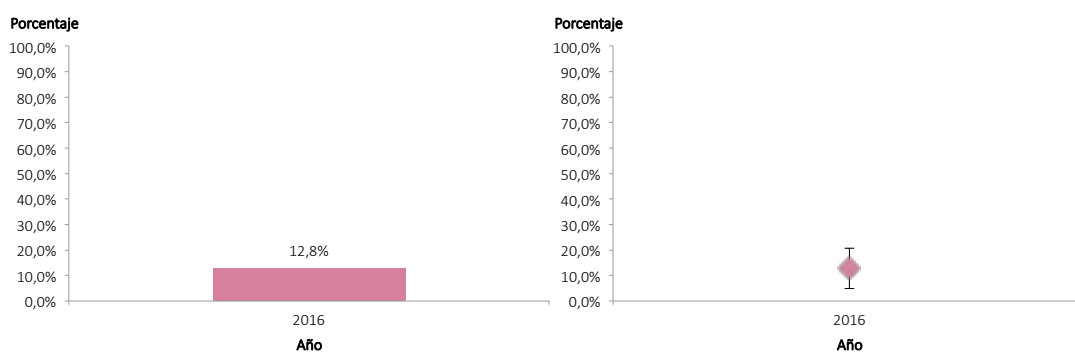
## 5.5. Reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días

Al igual que en el caso anterior, este indicador mide la buena gestión de la cronicidad en condiciones médicas severas.

### INDICADOR 17

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

Nº DE CASOS 2016: 8.649



Asimismo, el resultado de 12,8% comparado con los datos de CatSalut (12,9%) y Madrid (entre 13,89 y 15,9%) demuestra que los datos de los centros privados en este indicador son similares o incluso mejores que los de las redes asistenciales de mayor prestigio, salvando todas las cautelas que este tipo de comparaciones merece y que hemos comentado antes.

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

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

El indicador continúa con un resultado excelente aunque con un incremento de dos décimas sobre el año anterior, que se traduce

como que 2 de cada 1.000 intervenciones sufren una complicación, dato muy positivo comparado con los resultados usuales.

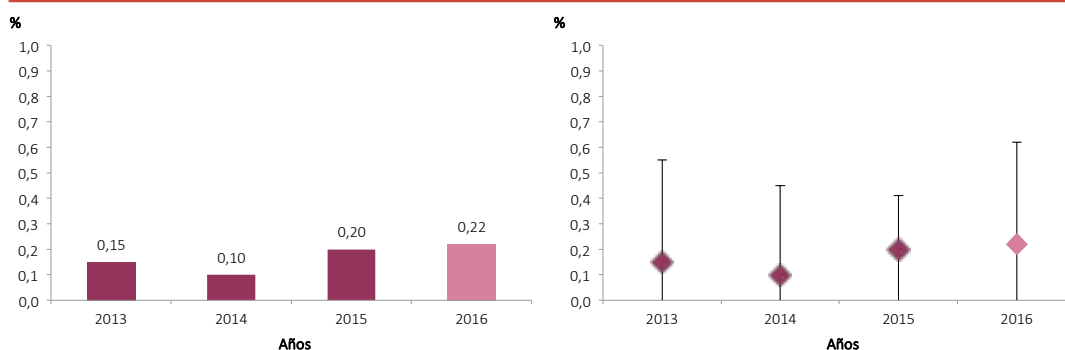
También debemos de mencionar que algunos centros han presentado un resultado peor este año, lo que se puede observar en el aumento de la dispersión.

### INDICADOR 18

RATIO DE COMPLICACIONES EN LOS TRES DÍAS POSTERIORES A LA CIRUGÍA DE CATARATAS (2013-2016, EN %)

Nº DE INTERVENCIONES DE CATARATAS 2013: 37.792; 2014: 41.692; 2015: 37.214; 2016: 33.511

VARIACIÓN 2016/2015: -9,9%





# 06

## **CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

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

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

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

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

Una vez más apreciamos un considerable aumento en la participación en estos indicadores: 24 centros más presentan sus acreditaciones y certificaciones y también se produce un significativo incremento en la aportación de documentación sobre políticas de seguridad del paciente.

### SIGNIFICATIVO INCREMENTO EN LA APORTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN SOBRE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

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

Aún con este aumento de participación, la existencia de acreditaciones o certificaciones de calidad continúa siendo el estándar de

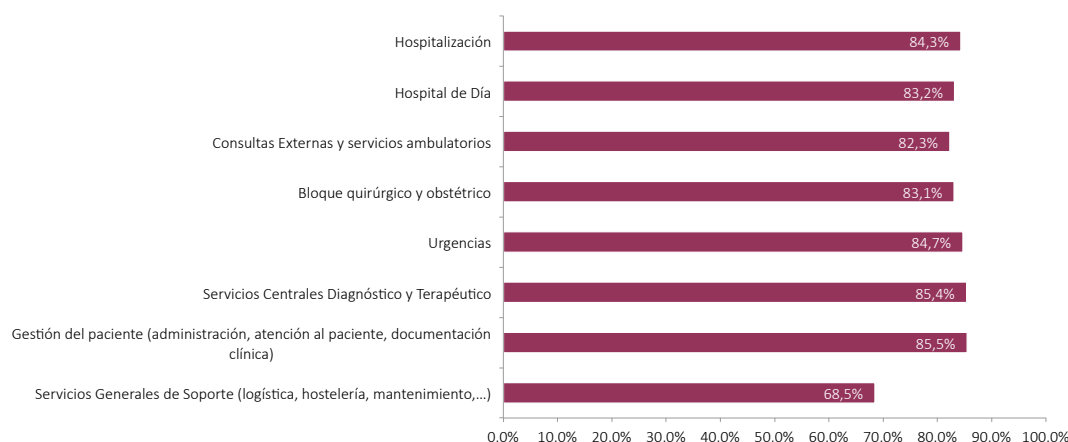
la sanidad privada. Los centros presentan por encima del 85% de acreditaciones o certificaciones en los servicios centrales de diagnóstico y tratamiento, en los procesos de atención al paciente y admisiones, en el área ambulatoria y en urgencias, y por encima del 80% en las áreas de hospitalización, bloque quirúrgico y obstétrico, y hospital de día.

### INDICADOR 19

#### ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE UNIDADES Y SERVICIOS HOSPITALARIOS

Nº DE CENTROS HOSPITALARIOS: 2011: 59; 2012: 65; 2013: 68; 2014: 71; 2015: 104; 2016: 130

VARIACIÓN 2016/2015: +25%



El grado de dificultad para obtener este tipo de certificaciones o acreditaciones hace que valoremos de forma muy especial la obtención generalizada de las mismas en la sanidad privada.

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

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

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

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

**DISPONER DE ESTAS POLÍTICAS ASEGURA QUE LA DIRECCIÓN DE LOS CENTROS PROMUEVEN, FACILITAN Y SUPERVISAN LAS BUENAS PRÁCTICAS DE CALIDAD**

### 6.2.1. Protocolo de higiene de manos

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

Analizando este indicador observamos cómo mientras el número de centros que participan en el indicador ha aumentado en 39, el de los centros que se encuentran en proceso de implantación solo ha aumentado en 8. Es

decir, incluso con un aumento importante de los participantes es muy mayoritaria la implantación completa de este protocolo entre los nuevos centros.

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

#### INDICADOR 20.1.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: HIGIENE DE MANOS (2011-2016, PROTOCOLIZACIÓN EN %)

Nº DE CENTROS HOSPITALARIOS 2011: 66; 2012: 77; 2013: 83; 2014: 85; 2015: 100; 2016: 139

VARIACIÓN 2016/2015: +39%

## 6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión

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

Es conocido que el riesgo de desarrollar UPP es uno de los eventos adversos más

importantes de las hospitalizaciones con estancias prolongadas, y sobre todo en pacientes mayores y/o dependientes, cada vez más frecuentes en los hospitales.

En 2016, con 9 centros más participando se mantiene la proporción de los que tienen este procedimiento implantado en un 76%.

### INDICADOR 20.2.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: EVALUACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (2011-2016, PROTOCOLIZACIÓN EN %)

Nº DE CENTROS HOSPITALARIOS 2011: 66; 2012: 77; 2013: 71; 2014: 73; 2015: 79; 2016: 88

VARIACIÓN 2016/2015: +11,4%

### 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.

El hecho de que se trate de un programa de implantación compleja tiene su reflejo en la

valoración de los nuevos centros incorporados. Sobre un incremento de 49 centros, sólo 1 tiene el programa plenamente implantado.

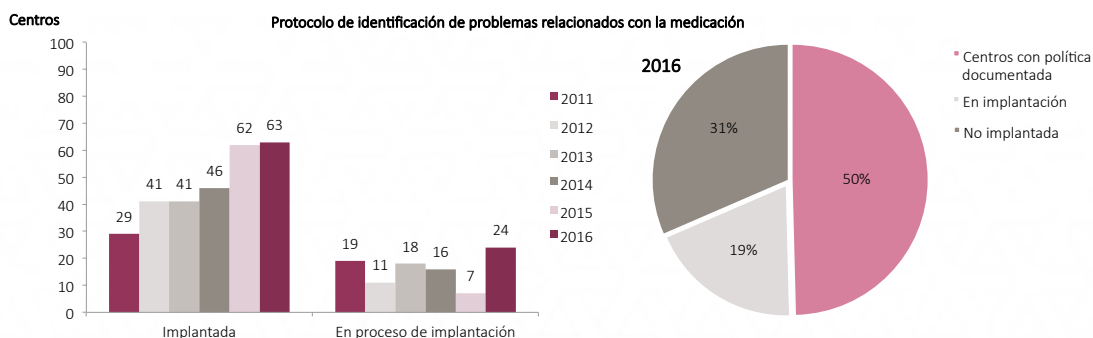
Respecto a 2011 el incremento de centros con esta política implantada se duplica en el período estudiado.

#### INDICADOR 20.3.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN (2011-2016, PROTOCOLIZACIÓN EN %)

Nº DE CENTROS HOSPITALARIOS 2011: 66; 2012: 67; 2013: 73; 2014: 75; 2015: 78; 2016: 127

VARIACIÓN 2016/2015: +62,8%





## 6.2.4. Sistema de notificación de eventos adversos

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

análisis permite implantar medidas que eviten la repetición del problema en el futuro.

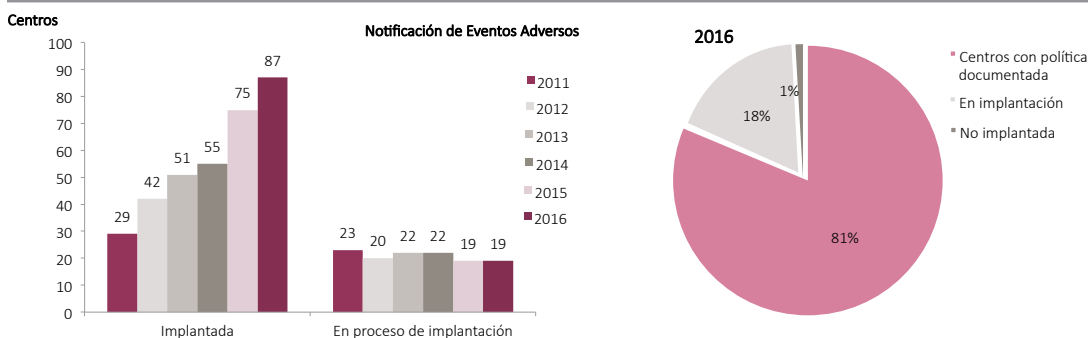
En esta ocasión, la evolución del indicador, que ya era muy positiva el año anterior, sigue siendo muy buena: con 7 nuevos centros incorporados, la proporción de los que la tienen implantada se incrementa hasta el 81% respecto al 75% de 2015.

### INDICADOR 20.4.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (2011-2016, PROTOCOLIZACIÓN EN %)

Nº DE CENTROS HOSPITALARIOS 2012: 77; 2013: 83; 2014: 84; 2015: 100; 2016: 107

VARIACIÓN 2016/2015: +7,0%



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

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

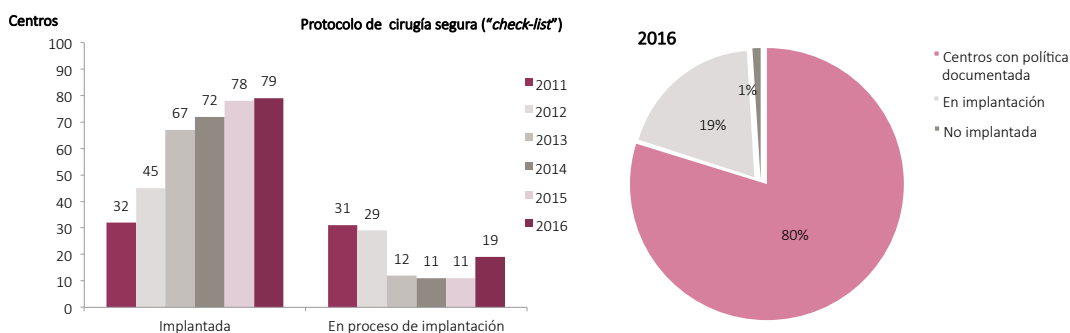
En 2016 se han incorporado 9 centros y el número de centros con este procedimiento implantado aumenta solo en 1, lo que indica que los nuevos apenas tienen implantado el sistema. Aun así, la proporción que la tiene implantada es del 80% lo que constituye un resultado muy positivo.

### INDICADOR 20.5.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS IMPLANTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE : PROTOCOLO DE CIRUGÍA SEGURA (*CHECKLIST*) (2011-2016, PROTOCOLIZACIÓN EN %)

Nº DE CENTROS HOSPITALARIOS 2012: 77; 2013: 82; 2014: 84; 2015: 90; 2016: 99

VARIACIÓN 2016/2015: +10%



### 6.3. Ratio de intervenciones de cirugía segura (*checklist* quirúrgico)

El grado de cumplimiento de las políticas de protocolo de cirugía segura se realiza mediante la medición del ratio de intervenciones quirúrgicas en las que los centros hospitalarios han realizado un *checklist* de quirófano a los pacientes.

En este caso la dificultad a la hora de medir este indicador viene dada por la falta de integración de este formulario dentro de los sistemas de información de los centros, por lo que el volumen de información analizada no es la del potencial máximo del estudio. De

todos modos, el número de centros que van incorporando esta información a sus sistemas de gestión están aumentando como demuestra el incremento constante del número de casos analizados por el indicador desde 2012.

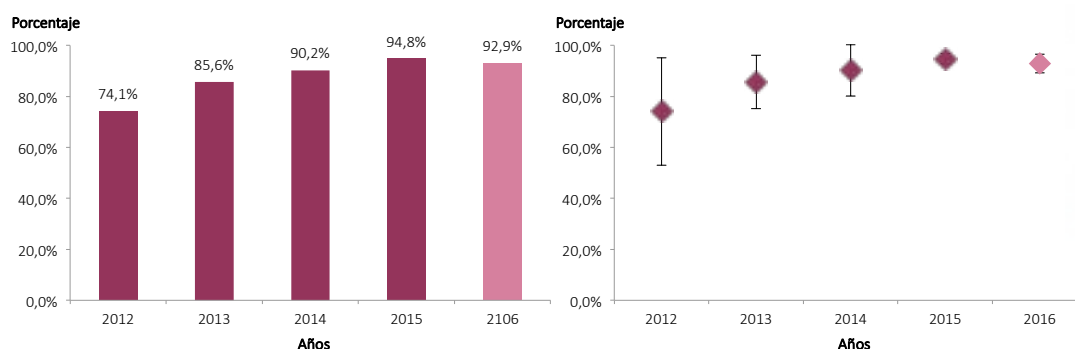
El nivel de cumplimiento de esta medida presenta resultados muy similares, aunque algo menores que los del año anterior, situándose en casi el 93% de los casos en que se utiliza el *checklist* quirúrgico. El pequeño incremento de casos (6.000 intervenciones quirúrgicas más) ha supuesto en este indicador un incremento de la variabilidad que explica el resultado.

#### INDICADOR 21

RATIO DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA SEGURA (*CHECKLIST* QUIRÚRGICO) (2012-2016, EN %)

Nº INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 2012: 77.788; 2013: 79.689; 2014: 195.949; 2015: 149.329; 2016: 155.603

VARIACIÓN 2016/2015: +4,2%



## 6.4. Tasa de supervivencia a las 48 horas de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo

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

El resultado, del 97,2%, se mantiene similar a los de años anteriores (en que se ha mantenido entre un 97% y un 98,3%) y en estándares comparables o mejores a la mayoría de los hospitales de nuestro entorno geográfico.

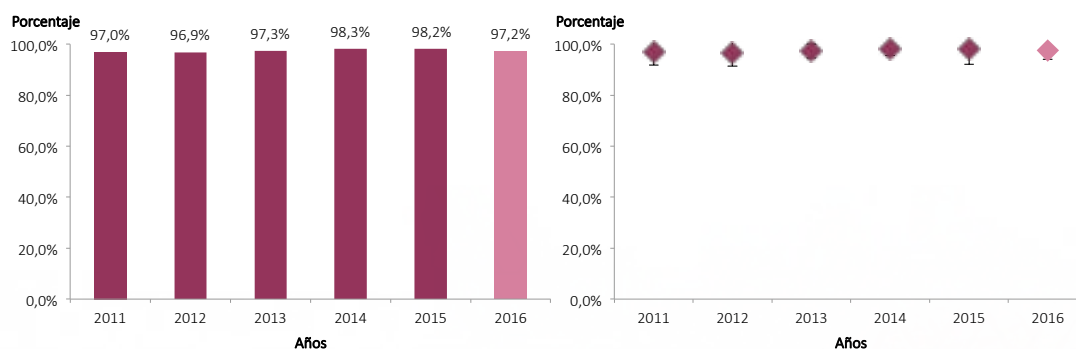
**LAS TASAS DE SUPERVIVENCIA EN PROCESOS CARDIOLÓGICOS PRESENTAN ESTÁNDARES COMPARABLES O MEJORES A LA MAYORÍA DE HOSPITALES DE NUESTRO ENTORNO GEOGRÁFICO**

### INDICADOR 22

TASA DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) (2011-2016, TASA EN%)

Nº PACIENTES INGRESADOS POR IAM 2011: 1.711; 2012: 4.137 ; 2013: 3.721; 2014: 3.613; 2015: 5.015; 2016: 3.418

VARIACIÓN 2016/2015: -31,8%



## 6.5. Tasa de supervivencia al alta por síndrome coronario agudo

Dentro del objetivo de favorecer la comparabilidad con los observatorios que publican resultados de la atención sanitaria, se ha introducido este indicador que constituye otra medida de la supervivencia por síndrome coronario agudo al alta del paciente, además del que ya se utilizaba en el Estudio RESA de supervivencia a las 48 horas.

Este indicador da un resultado del 94,4% de supervivencia. La comparación con los datos de los Observatorios de Cataluña (91,3) y Madrid (entre 93,07 y 92,91 entre 2013 y 2015) muestran que el resultado está en la línea de estas dos redes asistenciales.

### INDICADOR 23

TASA DE SUPERVIVENCIA AL ALTA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) (2016, EN %)  
Nº DE CASOS 2016: 3.418

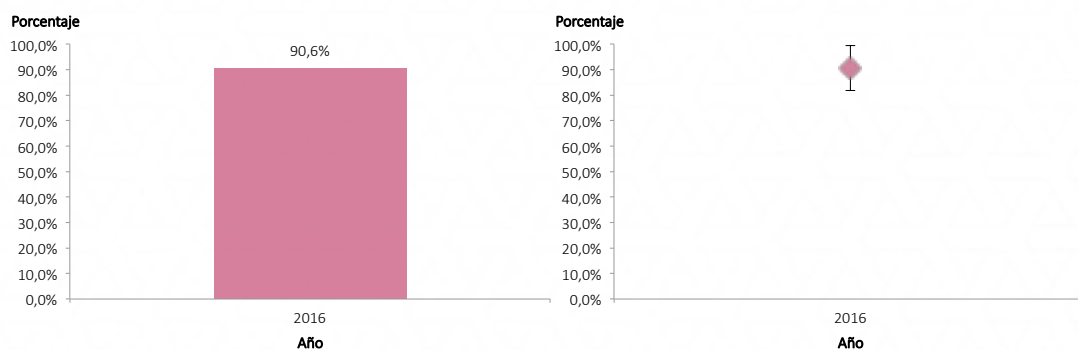
## 6.6. Tasa de supervivencia al alta por Insuficiencia Cardíaca

Otro de los procesos severos que tienen una tasa de mortalidad hospitalaria importante es la Insuficiencia Cardíaca. Se introduce este indicador por primera vez este año en el informe RESA.

### INDICADOR 24

TASA DE SUPERVIVENCIA AL ALTA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) (2016, EN %)

Nº DE CASOS 2016: 9.559



El resultado es de una supervivencia al alta del 90,6%. Este resultado, comparado con los observatorios que lo publican se encuentra en línea con los mismos, siendo muy similar al de CatSalut (91,4%) y de la Comunidad de Madrid (entre 91,6 y 92,3 de 2013 a 2015).

Comprobamos una vez más con nuevos indicadores cómo la sanidad privada presenta resultados similares a los centros sanitarios de mejor nivel nacionales e internacionales.



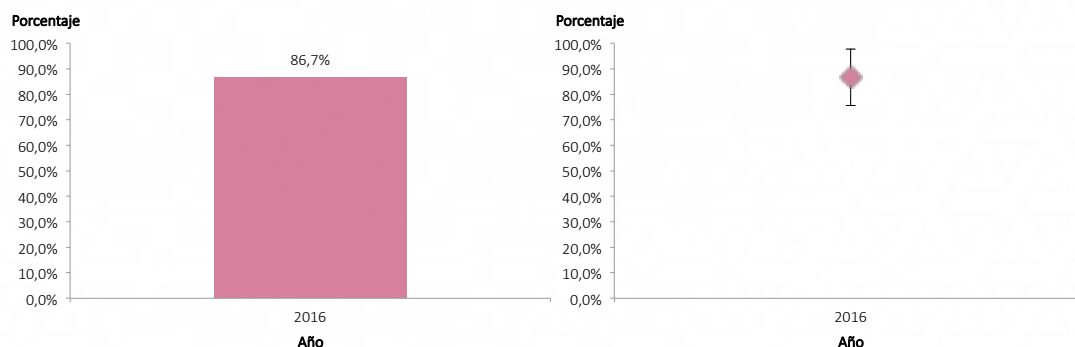
## 6.7. Tasa de supervivencia al alta por Ictus

Se trata de otro indicador de supervivencia introducido por primera vez en el Estudio RESA.

### INDICADOR 25

TASA DE SUPERVIVENCIA AL ALTA DE PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS (2016, EN %)

Nº DE CASOS 2016: 4.956



También en este nuevo indicador comprobamos cómo los resultados de los centros privados (una tasa de supervivencia del 86,7%) se encuentran en línea con los de los observatorios de CatSalut (87%) y Comunidad de Madrid (entre 83,75 y 84,82% de 2013 a 2015).

Como hemos insistido, estas comparaciones deben ser interpretadas con mucha prudencia

por las diferencias de casuística, así como por el posible impacto de la calidad de la codificación. Es evidente que pequeñas diferencias no se pueden interpretar en el sentido de que unos centros tienen mejores resultados o peores. Pero en todo caso, muestran claramente que los resultados de la sanidad privada son al menos muy similares a los resultados de dos de las mejores redes hospitalarias públicas en España.

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

La literatura ha relacionado la intervención precoz en los casos de fractura de cadera con un mejor pronóstico vital. Además, el inicio precoz de la rehabilitación del paciente también contribuye a mejorar su resultado funcional, especialmente en personas de edad avanzada. La dificultad de aplicar esta técnica antes se deriva, por una parte, de los posibles problemas del paciente (como es el tratamiento con anticoagulantes) y en gran medida de las dificultades de la programación quirúrgica.

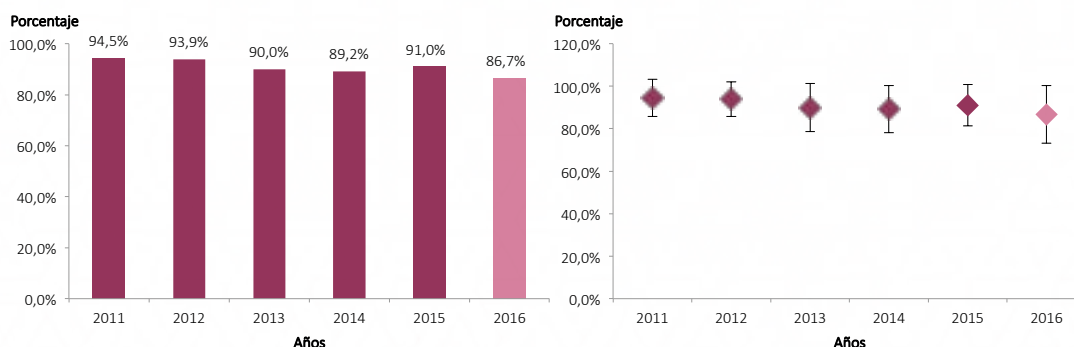
Los resultados de este año son atípicos respecto a la serie anterior y, como habíamos

comentado anteriormente, los interpretamos en el sentido de que la CIE-10 introduce nuevos códigos que antes no se contemplaban, lo que incrementa el número de casos y tiende a bajar el resultado. Consideramos por tanto de difícil interpretación este cambio y habrá que esperar al resultado del año que viene para tener un patrón de comparación.

Aun así, un 86,7% de casos intervenidos dentro de las 48 horas es un excelente resultado dado que encontramos en otros países y redes de hospitales datos que en muchos casos no superan el 50-60%.

### INDICADOR 26

RATIO DE CIRUGÍAS DE PRÓTESIS DE CADERA DENTRO DE LAS 48 HORAS POSTERIORES AL INGRESO (2011-2016, EN %)  
Nº DE PACIENTES 2011: 2.205; 2012: 2.664; 2013: 5.394; 2014: 5.278; 2015: 4.778; 2016: 5.275  
VARIACIÓN 2016/2015: +10,4 %



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

Este indicador de seguridad mide la proporción de ingresos en hospitalización del paciente que ha realizado una cirugía mayor ambulatoria en los 30 días anteriores. El resultado del indicador se ha mantenido entorno al 1% durante los 5 años en los que se ha realizado su medición, lo que representa un alto nivel de seguridad y eficiencia en los resultados obtenidos tras una intervención de cirugía mayor ambulatoria.

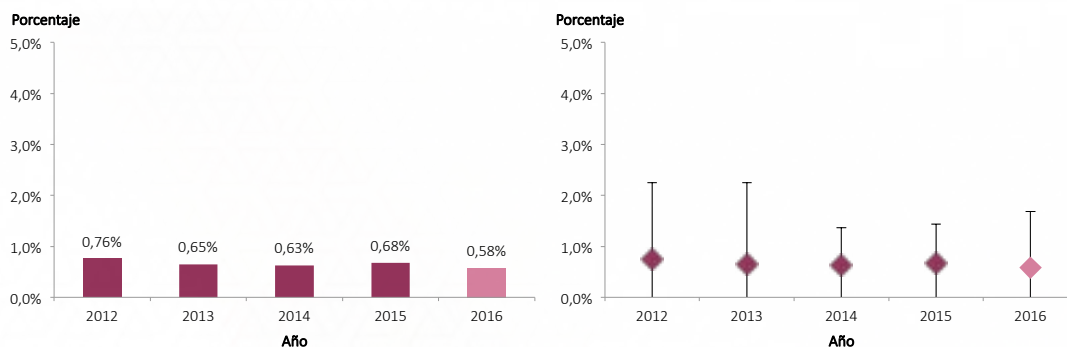
**ALTO NIVEL DE SEGURIDAD Y EFICIENCIA TRAS UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**

### INDICADOR 27

TASA DE REINGRESOS POST ALTA DE CIRUGÍA AMBULATORIA A 30 DÍAS (2012-2016, %)

Nº DE INTERVENCIÓNES AMBULATORIAS 2012: 141.030; 2013: 288.150; 2014: 296.505; 2015: 315.439; 2016: 311.990

VARIACIÓN 2016/2015: -1,1%



## 6.10. Sepsis postquirúrgica

A lo largo del estudio RESA hemos tenido dificultades técnicas importantes para medir resultados en la prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS antes conocidas como Infección Nosocomial). Es conocido que las políticas en este sentido funcionan por programas específicos (como es el caso de los conocidos como Neumonía 0, Bacteriemia 0, etc.) que se acompañan con la puesta en marcha de un sistema de registro de los casos y los factores de riesgo. En cambio, es difícil identificar indicadores sobre IRAS en las bases de datos generales como el CMBD que sean lo suficientemente precisos y tengan bien registrados los datos de interés.

En el caso del conjunto del sector privado existen, como hemos visto antes, muchas políticas y programas específicos en centros o grupos de centros, pero es muy difícil

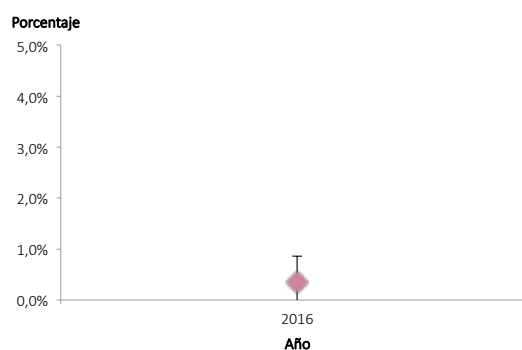
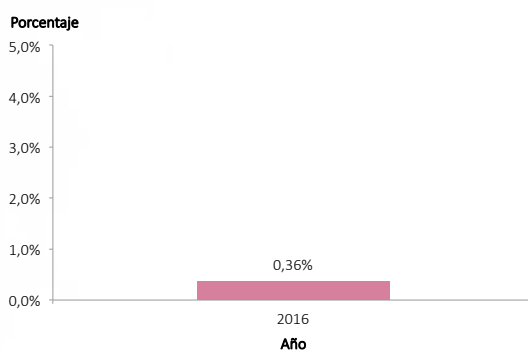
encontrar programas extendidos por todo el sector que impliquen la recolección del mismo tipo de datos. Esto implica que es muy difícil encontrar programas comunes sobre procesos específicos para todo el sector.

Por ello se introduce este año un indicador de sepsis postquirúrgica, contando con que la gravedad del diagnóstico hace que sea difícil que no se registre en el CMBD. Se mide la proporción de pacientes intervenidos quirúrgicamente que han presentado un diagnóstico de sepsis o septicemia en el curso de su ingreso hospitalario.

Este indicador da para el año 2016 un valor del 0,36%. Comparado con el indicador de CatSalut, de un 0,44% podemos considerarlo un resultado similar.

### INDICADOR 28

SEPTICEMIA POSTQUIRÚRGICA (2016, EN %)  
Nº DE CASOS 2016: 72.266



## 6.11. Indicadores de centros de fertilidad

Es conocido que las técnicas de fertilidad *in vitro* son un elemento de la medicina que constituye en España un factor de atracción de turismo sanitario.

Si bien hace años se inició en el Estudio RESA la publicación de algunos indicadores sintéticos de los centros de fertilidad, este año se ha conseguido un acuerdo con la Sociedad Española de Fertilidad que se ha brindado generosamente a facilitarnos los indicadores que utiliza anualmente sobre estos centros. Al ser estos datos de carácter obligatorio,

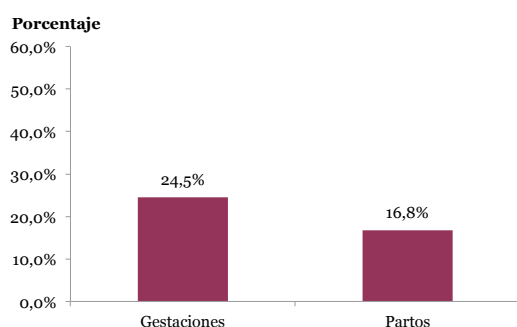
ello implica que contamos con el 100% de la información de centros privados.

Por lo tanto iniciamos una nueva serie con los datos a nivel más específico de los resultados de las principales técnicas y que incluyen a los 98 centros privados de fertilidad existentes en España.

Los indicadores especifican el resultado en términos de gestaciones y partos obtenidos por el número de ciclos iniciados:

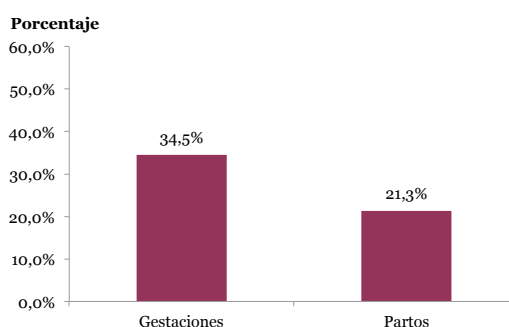
### INDICADOR 29 Y 30

GESTACIONES Y PARTOS CON OVOCITOS PROPIOS FRESCOS (2014)  
SOBRE Nº DE CICLOS REALIZADOS  
Nº DE CICLOS 2014: 33.423  
Nº DE CENTROS PARTICIPANTES: 98



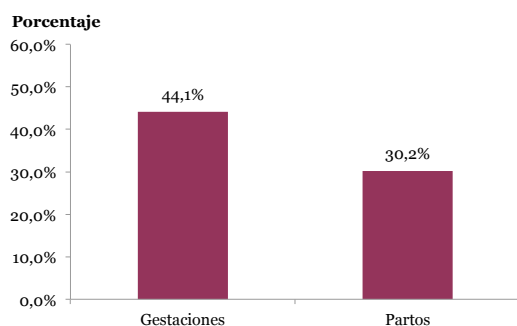
### INDICADOR 31 Y 32

GESTACIONES Y PARTOS CON OVOCITOS PROPIOS CONGELADOS (2014)  
SOBRE Nº DE CICLOS REALIZADOS  
Nº DE CICLOS 2014: 15.629  
Nº DE CENTROS PARTICIPANTES: 98



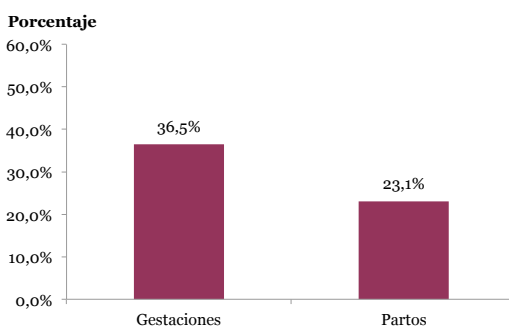
### INDICADOR 33 Y 34

GESTACIONES Y PARTOS CON OVOCITOS DONADOS FRESCOS (2014)  
SOBRE Nº DE CICLOS REALIZADOS  
Nº DE CICLOS 2014: 16.340  
Nº DE CENTROS PARTICIPANTES: 98



### INDICADOR 35 Y 36

GESTACIONES Y PARTOS CON OVOCITOS DONADOS CONGELADOS (2014)  
SOBRE Nº DE CICLOS  
Nº DE CICLOS 2014: 12.420  
Nº DE CENTROS PARTICIPANTES: 98



Los resultados presentados son comparables o mejores que la mayoría de resultados internacionales. Esto ha contribuido a que los centros de fertilidad en España sean con diferencia los que atraen más turismo sanitario a nuestro país.

**LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE FERTILIDAD SON COMPARABLES O MEJORES QUE LA MAYORÍA DE RESULTADOS INTERNACIONALES**



## 6.12. Indicadores de hemodiálisis

El año pasado se incorporaron de forma piloto cuatro indicadores de hemodiálisis, que este año se han hecho extensivos a todos los centros participantes.

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

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

### INDICADOR 37

TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN HEMODIÁLISIS (2015-2016, EN %)

Nº DE CASOS 2015: 2.920; 2016: 6.836

VARIACIÓN 2016/2015: +134,1%

En estos datos iniciales, la tasa de mortalidad hay que leerla con precaución al estar condicionada por la forma de registro, dado que varios centros solo contabilizaron los pacientes prevalentes a final de año lo que hace que se excluyan algunos fallecimientos. De todas maneras, como referencia hay que comentar que la tasa de mortalidad en el registro español de enfermos renales es del 15,1%.

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

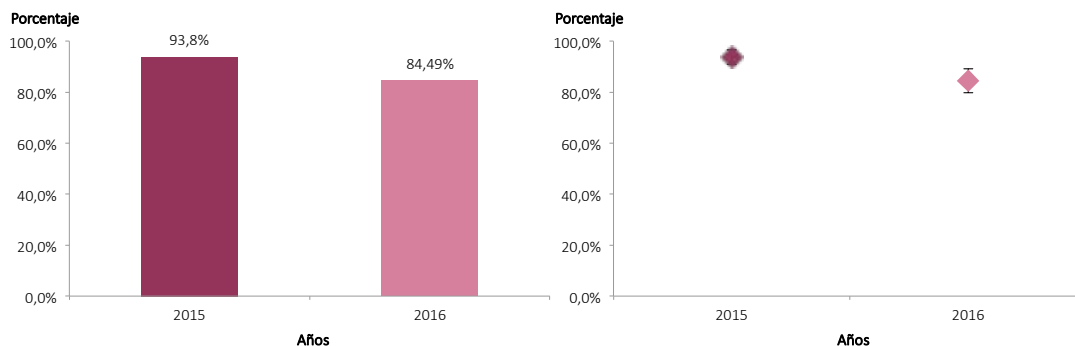
El objetivo de Kt/V, según las guías clínicas nacionales e internacionales (USA, Canadá, Australia) es el de mantener un valor superior a 1,3.

**INDICADOR 38**

PORCENTAJE DE PACIENTES CON KT/V OBJETIVO (2015-2016, EN %)

Nº DE CASOS 2015: 2.920; 2016: 6.836

VARIACIÓN 2016/2015: +134,1%



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

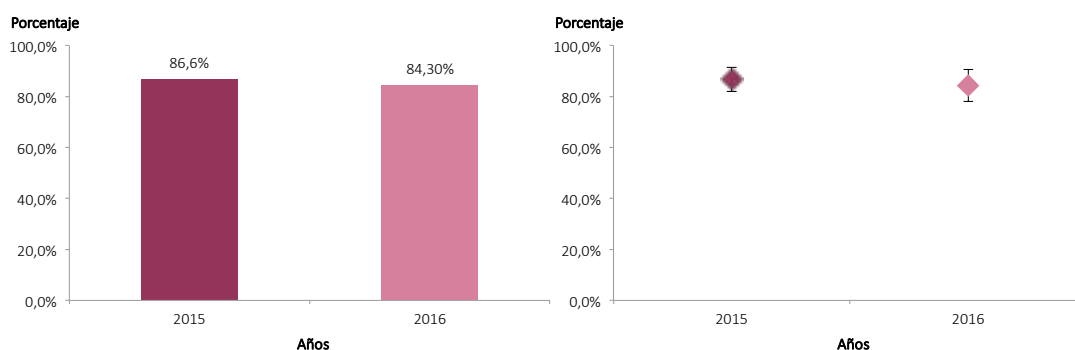
La albúmina en sangre es un marcador de desnutrición en el paciente en hemodiálisis. El mantenimiento de niveles adecuados de albúmina en sangre es uno de los objetivos en la insuficiencia renal crónica. Su consecución implica uno de los estándares en la calidad de vida del paciente.

**INDICADOR 39**

PORCENTAJE DE PACIENTES CON ALBÚMINA &gt;3,5 G/DL (2015-2016, EN %)

Nº DE CASOS 2015: 2.920; 2016: 6.836

VARIACIÓN 2016/2015: +134,1%



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

Con esta referencia, observamos cómo los datos de los dos años cumplen suficientemente el estándar fijado.

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

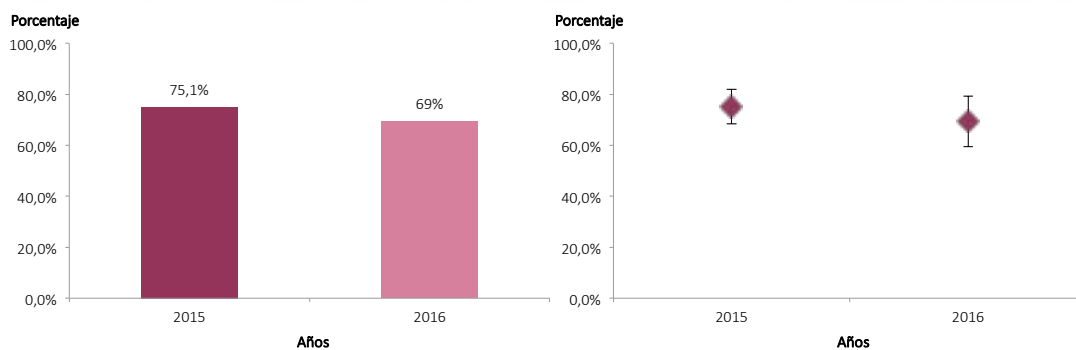
La fístula arteriovenosa (FAV) autóloga es la de primera elección seguido por el acceso heterólogo o protésico y por último, el catéter venoso central. La FAV autóloga consiste en la conexión de una vena con una arteria próximas del brazo del paciente y constituye la solución óptima para garantizar una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

#### INDICADOR 40

PORCENTAJE DE PACIENTES PREVALENTES CON FAV AUTÓLOGA (2015-2016, EN %)

Nº DE CASOS 2015: 2.920; 2016: 6.836

VARIACIÓN 2016/2015: +134,1%



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

# 07

## CONCLUSIONES

El Estudio RESA se ha convertido en su sexta edición en uno de los informes de referencia en cuanto a transparencia de los resultados asistenciales de los centros sanitarios privados a nivel nacional. Su representatividad tanto en el ámbito geográfico (dispone de centros participantes en 16 CC.AA) como por el volumen de datos válidos analizados (918.374 altas hospitalarias, 564.176 intervenciones quirúrgicas y 4.338.519 urgencias atendidas) está plenamente contrastada y son comparables en volumen de actividad a los resultados obtenidos por los centros públicos de comunidades autónomas como Madrid o Cataluña.

La voluntariedad de esta iniciativa aporta una mayor importancia si cabe al ejercicio de transparencia que los grupos y centros sanitarios privados están realizando durante los 6 últimos años.

No en vano y gracias a la continua medición de los indicadores incluidos en el estudio queda demostrado que la evaluación sistemática de resultados ha permitido a los centros poner en valor la calidad de su asistencia sanitaria, comparable con cualquier sistema sanitario, y les permite abordar medidas de mejora continua que tendrán resultados visibles y medibles en futuras ediciones.

Los resultados publicados en el presente estudio vuelven a ser muy satisfactorios, quedando refrendados por el hecho de que cerca del 70% de ellos mejoren o se mantengan estables dentro de la tendencia (considerando sólo aquellos sobre los que se dispone de comparativa entre estudios de años anteriores).

Pero además, en los 7 indicadores nuevos incorporados a la edición de este año, sus resultados son mejores o están alineados con los resultados publicados por los observatorios de resultados sanitarios de las comunidades de Madrid y Cataluña.

Por último, cabe destacar el continuo aumento de la participación en la gran mayoría de los indicadores del estudio, debido tanto a la incorporación de nuevos centros como al aumento de la participación en más indicadores por parte de los centros ya habituales.

Todos estos argumentos no hacen más que poner de manifiesto **el compromiso de la sanidad privada con el paciente, presentando unos excelentes resultados comparables con cualquier sistema sanitario tanto nacional como internacional**. Aun así, lo más importante de todo es comprobar que la sanidad privada tiene iniciativa, impulso y fervientes deseos de seguir mejorando.



08

## **ANEXOS**

## 8.1. Proceso de selección y definición de indicadores

El Comité de Expertos del Estudio RESA 2017, nombrado por la Fundación IDIS, ha sido el encargado de determinar el alcance del informe del presente año.

Este comité consideró oportuno aumentar la base de indicadores del Estudio RESA bajo el argumento de incorporar otros nuevos y suficientemente representativos que sirvan de comparación con los indicadores de medición de resultados de los principales observatorios nacionales de calidad y seguridad hospitalaria.

En este sentido, el grupo de expertos que forman parte del equipo de trabajo interno del Estudio RESA 2017 propuso complementar la amplia cartera de indicadores que tradicionalmente forma parte del estudio con los siguientes:

- Tasa de reingreso por causas quirúrgicas a los 7 días
- Reingresos por enfermedad pulmonar a los 30 días
- Reingresos por insuficiencia cardiaca a los 30 días
- Tasa de supervivencia al alta por síndrome coronario agudo
- Tasa de supervivencia al alta por insuficiencia cardiaca
- Tasa de supervivencia al alta por ictus
- Sepsis postquirúrgica

Los puntos del documento que se incluyen 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 2017:

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

Definición de *outlier*:

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

Explotaciones específicas:

- Por servicio de alta
- Por mes del año

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

**Exclusiones:**

- Altas no quirúrgicas (ver definición alta quirúrgica)

**Definición de alta quirúrgica:**

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

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

**Exclusiones:**

- Altas no quirúrgicas (ver definición alta quirúrgica)

**Definición de alta quirúrgica:**

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

**Definición de cirugía mayor ambulatoria:**

- Intervención quirúrgica con 0 días de estancia

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

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

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

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código:</b> 9                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Nombre:</b><br>Espera media quirúrgica                                                                                          |
| <b>Definición:</b><br>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><br>A: Fecha de citación en consulta pre-anestésica.<br>B: Fecha de solicitud de consulta pre-anestésica.<br>C: Fecha de realización de la intervención quirúrgica.                                                     | <b>Denominador (D):</b><br>Número total de pacientes con fecha de realización de intervención quirúrgica y estudio pre-anestésico. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Código: 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Nombre:<br>Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y comienzo del tratamiento en cáncer de mama |  |
| Definición:<br>Promedio de número de días transcurridos entre el diagnóstico firme de cáncer de mama y el inicio del tratamiento oncológico.                                                                                                                                                              |  |                                                                                                        |  |
| Fórmula: $\sum (A-B)/C$                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                        |  |
| Numerador (A y B):<br>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].<br>B: Fecha del informe diagnóstico del cáncer de mama. |  | Denominador (C):<br>Total de pacientes con informe diagnóstico de cáncer de mama.                      |  |
| Ajustes:<br>Se excluyen los pacientes a los que no se les ha realizado el diagnóstico en el centro hospitalario.<br>Se excluyen los pacientes que no inician el tratamiento en el centro hospitalario.<br>Se excluyen las altas voluntarias y las derivaciones a otros centros hospitalarios.             |  |                                                                                                        |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Código: 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Nombre:<br>Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y comienzo del tratamiento en cáncer de colon |
| Definición:<br>Promedio de número de días transcurridos entre el diagnóstico firme de cáncer de colon y el inicio del tratamiento oncológico.                                                                                                                                                               |  |                                                                                                         |
| Fórmula: $\sum (A-B)/C$                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                         |
| Numerador (A y B):<br>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].<br>B: Fecha del informe diagnóstico del cáncer de colon. |  | Denominador (C):<br>Total de pacientes con informe diagnóstico de cáncer de colon.                      |
| Ajustes:<br>Se excluyen los pacientes a los que no se les ha realizado el diagnóstico en el centro hospitalario.<br>Se excluyen los pacientes que no inician el tratamiento en el centro hospitalario.<br>Se excluyen las altas voluntarias y las derivaciones a otros centros hospitalarios.               |  |                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Código: 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Nombre:<br>Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y comienzo del tratamiento en cáncer de pulmón |  |
| Definición:<br>Promedio de número de días transcurridos entre el diagnóstico firme de cáncer de pulmón y el inicio del tratamiento oncológico.                                                                                                                                                                |  |                                                                                                          |  |
| Fórmula: $\sum (A-B)/C$                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                          |  |
| Numerador (A y B):<br>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).<br>B: Fecha del informe diagnóstico del cáncer de pulmón. |  | Denominador (C):<br>Total de pacientes con informe diagnóstico de cáncer de pulmón.                      |  |
| Ajustes:<br>Se excluyen los pacientes a los que no se les ha realizado el diagnóstico en el centro hospitalario.<br>Se excluyen los pacientes que no inician el tratamiento en el centro hospitalario.<br>Se excluyen las altas voluntarias y las derivaciones a otros centros hospitalarios.                 |  |                                                                                                          |  |



|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código: 13</b>                                                                                                                                                                                                | <b>Nombre:</b><br>Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico                                                                               |
| <b>Definición:</b><br>Porcentaje de pacientes que retornan al servicio de urgencias del hospital en menos de las 72 horas posteriores a su primer registro en urgencias.                                         |                                                                                                                                                                              |
| <b>Fórmula:</b> $(A/B) \times 100$                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                              |
| <b>Numerador (A):</b><br>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><br>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: 14</b>                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Nombre:</b><br>Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta                                                                               |
| <b>Definición:</b><br>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> $(A/B) \times 100$                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                              |
| <b>Numerador (A):</b><br>Número total de pacientes dados de alta (Casos índice) que reingresan en el hospital por la misma causa o una causa potencialmente relacionada con la patología inicial dentro de los 30 días posteriores al alta.                 | <b>Denominador (B):</b><br>Número total de pacientes ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria". |

**Exclusiones numerador:**

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

**Exclusiones denominador:**

- Altas con causa del alta "Exitus".

**Definición de patología relacionada:**

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Código: 15                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Nombre:<br>Tasa de reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días                                                                                                          |  |
| Definición:<br>Porcentaje de reingresos de casos quirúrgicos, tras una alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 7 días tras el episodio inicial. [El reingreso debe ser causado por la patología de su ingreso inicial o patología relacionada]. |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Fórmula: (A/B)*100                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                            |  |
| Numerador [A]:<br>Número total de pacientes de casos quirúrgicos dados de alta (Casos índice) que reingresan en el hospital por la misma causa o una causa potencialmente relacionada de la patología inicial dentro de los 7 días posteriores al alta.                   |  | Denominador [B]:<br>Número total de pacientes de casos quirúrgicos ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria". |  |

**Exclusiones numerador:**

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

**Exclusiones denominador:**

- Altas con causa "Exitus".

**Definición de patología relacionada:**

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

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

- Complicación de la asistencia: el reingreso es consecuencia de un problema agudo relacionado con la atención proporcionada por el ingreso índice. Existen dos vías para cumplir este requisito:

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código:</b> 16                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Nombre:</b><br>Reingresos por enfermedad pulmonar (EPOC) a los 30 días                                                                                                                      |
| <b>Definición:</b><br>Porcentaje de reingresos con diagnóstico principal de EPOC, tras un alta previa de un paciente en el mismo hospital, en un período de 30 días tras el episodio inicial. (El reingreso debe ser causado por la patología de su ingreso inicial o patología relacionada). |                                                                                                                                                                                                |
| <b>Fórmula:</b> $(A/B)*100$                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                |
| <b>Numerador (A):</b><br>Número total de pacientes con diagnóstico principal de EPOC dados de alta (Casos índice) que reingresan en el hospital por una causa potencialmente relacionada de la patología inicial dentro de los 30 días posteriores al alta.                                   | <b>Denominador (B):</b><br>Número total de pacientes con diagnóstico principal de EPOC ingresados en el hospital con cumplimentación del procedimiento administrativo del "Alta Hospitalaria". |

**Exclusiones numerador:**

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

**Exclusiones denominador:**

- Altas con causa "Exitus".

**Definición de EPOC:**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Exclusiones numerador:**

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

**Exclusiones denominador:**

- Altas con causa "Exitus".

**Definición de IC:**

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

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

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

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

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

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Código: 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Nombre:<br>Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas                           |  |
| Definición:<br>Porcentaje de pacientes con diagnóstico de catarata no complicada, que tuvo una cirugía de cataratas y debe ser intervenido nuevamente de cataratas por la aparición de una complicación mayor en los 3 días posteriores a la cirugía.                                                                                   |  |                                                                                                                  |  |
| Fórmula: (A/B)*100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                  |  |
| Numerador (A):<br>Número total 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> |  | Denominador (B):<br>Número total de intervenciones de cirugía de cataratas realizados en el centro hospitalario. |  |

#### Definición de Catarata:

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

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

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Código: 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Nombre:<br>Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios          |  |
| Definición:<br>Número de unidades y/o servicios que han obtenido reconocimiento externo de calidad (certificación, acreditación...) en las principales áreas de funcionamiento del hospital (indicador autodeclarativo).                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                        |  |
| Fórmula: $\sum A / B$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                        |  |
| Numerador (A):<br>Número de centros hospitalarios que han obtenido, en el período estudiado, un certificado y/o acreditación de calidad ISO, EFQM o Joint Commission por servicio hospitalario: a) Hospitalización; b) Hospital de Día; c) Consultas Externas y servicios ambulatorios; d) Bloque quirúrgico y obstétrico; e) Urgencias, f) Servicios Centrales diagnósticos y terapéuticos; y g) Gestión del Paciente [admisiones, atención paciente, documentación clínica]. |  | Denominador (B):<br>Número de centros hospitalarios que han participado en el estudio. |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Código: 20.1., 20.2, 20.3, 20.4, 20.5 y 20.6                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Nombre:<br>Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente       |  |
| Definición:<br>Número de políticas y procedimientos de seguridad de pacientes implantadas en el hospital en las áreas prioritarias: 1) higiene de manos; 2) evaluación de riesgo de úlceras por presión; 3) problemas relacionados con la medicación; 4) notificación de eventos adversos; 5) protocolo de cirugía. (indicador autodeclarativo). |  |                                                                                   |  |
| Fórmula: $\sum A / B$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                   |  |
| Numerador (A):<br>Número de políticas y procedimientos de seguridad del paciente implantados en el hospital que cumplen los criterios definidos.                                                                                                                                                                                                 |  | Denominador (B):<br>Número de centros hospitalarios que participan en el estudio. |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Código: 21                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nombre:<br>Ratio de intervenciones de cirugía segura (checklist quirúrgico)                                                                     |
| Definición:<br>Porcentaje de intervenciones quirúrgicas con anestesia general con hoja de verificación <i>checklist</i> de seguridad completada respecto al total de intervenciones quirúrgicas practicadas en el hospital.                                                       |                                                                                                                                                 |
| Fórmula: $[A/B]*100$                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                 |
| Numerador (A):<br>Número de intervenciones quirúrgicas con anestesia general con constancia en la documentación clínica de una hoja estandarizada de verificación ( <i>checklist</i> ) de seguridad quirúrgica, que cumpla los criterios de cirugía segura, completada y firmada. | Denominador (B):<br>Número total de intervenciones quirúrgicas con anestesia general practicadas en el hospital durante el período establecido. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Código: 22                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Nombre:<br>Tasa de supervivencia a las 48 horas de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA)                  |  |
| Definición:<br>Porcentaje de pacientes fallecidos en las 48 horas posteriores al ingreso por SCA respecto al total de ingresos por este mismo diagnóstico.                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                             |  |
| Fórmula: (A/B)*100                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                             |  |
| Numerador (A):<br>Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal el de SCA, menos el número total de pacientes de estos diagnósticos y que tengan como motivo de alta "defunción/éxitus" en el período estudiado dentro de las 48 horas posteriores al ingreso. |  | Denominador (B):<br>Número de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de SCA. |  |
| Ajustes: Se excluyen las altas por traslado del paciente a otro hospital.                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                             |  |

**Exclusiones:**

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

**Definición de SCA:**

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Código: 23                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Nombre:<br>Tasa de supervivencia al alta de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA)                         |  |
| Definición:<br>Porcentaje de pacientes no fallecidos durante el periodo de ingreso por Infarto Agudo de Miocardio respecto al total de ingresos por este mismo diagnóstico.                                                                                             |  |                                                                                                                             |  |
| Fórmula: (A/B)*100                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                             |  |
| Numerador (A):<br>Número total de altas de pacientes ingresados en el hospital, que tengan como diagnóstico principal el de SCA, menos el número total de pacientes de estos diagnósticos y que tengan como motivo de alta "defunción/éxitus" en el período de ingreso. |  | Denominador (B):<br>Número de altas de pacientes ingresados en el hospital que tengan como diagnóstico principal el de SCA. |  |
| Ajustes: Se excluyen las altas por traslado del paciente a otro hospital.                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                             |  |

**Exclusiones:**

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

**Definición de SCA:**

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

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

**Exclusiones:**

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

**Definición de IC:**

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

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

**Exclusiones:**

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

**Definición de Ictus:**

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

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código: 26</b>                                                                                                                                                                                                | <b>Nombre:</b><br>Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso                                                              |
| <b>Definición:</b><br>Número de intervenciones realizadas dentro de las 48 horas después del ingreso urgente sobre el total de cirugías realizadas durante el periodo de estudio.                                |                                                                                                                                                                      |
| <b>Fórmula:</b> $(A/B)*100$                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                      |
| <b>Numerador (A):</b><br>Número total de intervenciones realizadas dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario urgente como consecuencia de una fractura de cadera durante el periodo de estudio. | <b>Denominador (B):</b><br>Número total de intervenciones al ingreso hospitalario urgente como consecuencia de una fractura de cadera durante el periodo de estudio. |

**Exclusiones:**

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

**Definición de fractura de cadera:**

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Código: 27</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <b>Nombre:</b><br>Tasa de reingresos post-alta de cirugía ambulatoria a 30 días                                                           |  |
| <b>Definición:</b><br>Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) que han sido ingresados en los 30 días posteriores en el mismo centro en el que se le realizó la CMA por complicaciones relativas a la intervención. |  |                                                                                                                                           |  |
| <b>Fórmula:</b> (A/B)*100                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                           |  |
| <b>Numerador (A):</b><br>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><br>Número total de pacientes a los que se les ha realizado una CMA tanto en centro hospitalario como ambulatorio. |  |

#### Definición de “complicación relativa a la intervención”

##### Exclusiones numerador:

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

##### Exclusiones denominador:

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

#### Definición de patología relacionada:

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Código: 28</b>                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Nombre:</b><br>Septicemia postquirúrgica                                                                    |  |
| <b>Definición:</b><br>Porcentaje de pacientes ingresados con una intervención quirúrgica con anestesia general y que presentan un diagnóstico de septicemia sobre el total de pacientes con intervención quirúrgica con anestesia general. |  |                                                                                                                |  |
| <b>Fórmula:</b> (A/B)*100                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                |  |
| <b>Numerador (A):</b><br>Número de pacientes con intervención quirúrgica que presentan un diagnóstico de septicemia.                                                                                                                       |  | <b>Denominador (B):</b><br>Número de pacientes con al menos una intervención quirúrgica con anestesia general. |  |

#### Exclusiones:

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

#### Definición de sepsis:

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

|                                                                                                                               |                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código:</b> 29 y 30                                                                                                        | <b>Nombre:</b><br>Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos sobre n° de ciclos realizados |
| <b>Definición:</b><br>Porcentaje de gestaciones y partos con ovocitos propios frescos sobre el n° total de ciclos realizados. |                                                                                                   |
| Fórmula: A/B                                                                                                                  |                                                                                                   |
| <b>Numerador (A):</b><br>Número total de gestaciones y partos con ovocitos frescos.                                           | <b>Denominador (B):</b><br>Número total de ciclos iniciados.                                      |

|                                                                                                                                  |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código:</b> 31 y 32                                                                                                           | <b>Nombre:</b><br>Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados sobre n° de ciclos realizados |
| <b>Definición:</b><br>Porcentaje de gestaciones y partos con ovocitos propios congelados sobre el n° total de ciclos realizados. |                                                                                                      |
| Fórmula: A/B                                                                                                                     |                                                                                                      |
| <b>Numerador (A):</b><br>Número total de gestaciones y partos con ovocitos propios congelados.                                   | <b>Denominador (B):</b><br>Número total de ciclos iniciados.                                         |

|                                                                                                                               |                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código:</b> 33 y 34                                                                                                        | <b>Nombre:</b><br>Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos sobre n° de ciclos realizados |
| <b>Definición:</b><br>Porcentaje de gestaciones y partos con ovocitos donados frescos sobre el n° total de ciclos realizados. |                                                                                                   |
| Fórmula: A/B                                                                                                                  |                                                                                                   |
| <b>Numerador (A):</b><br>Número total de gestaciones y partos con ovocitos donados frescos.                                   | <b>Denominador (B):</b><br>Número total de ciclos iniciados.                                      |

|                                                                                                                                  |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código:</b> 35 y 36                                                                                                           | <b>Nombre:</b><br>Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados sobre n° de ciclos realizados |
| <b>Definición:</b><br>Porcentaje de gestaciones y partos con ovocitos donados congelados sobre el n° total de ciclos realizados. |                                                                                                      |
| Fórmula: A/B                                                                                                                     |                                                                                                      |
| <b>Numerador (A):</b><br>Número total de gestaciones y partos con ovocitos donados congelados.                                   | <b>Denominador (B):</b><br>Número total de ciclos iniciados.                                         |

|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código:</b> 37                                                                                                                                                                                           | <b>Nombre:</b><br>Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis                     |
| <b>Definición:</b><br>La tasa bruta de mortalidad es el número de muertes que se producen al año en pacientes con indicación de hemodiálisis dividido por la prevalencia de hemodiálisis en este mismo año. |                                                                                |
| Fórmula: (A/B)*100                                                                                                                                                                                          |                                                                                |
| <b>Numerador (A):</b><br>Número de muertes de pacientes en hemodiálisis al año.                                                                                                                             | <b>Denominador (B):</b><br>Prevalencia de pacientes en hemodiálisis en el año. |

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código: 38</b>                                                                                                                                                                                                 | <b>Nombre:</b><br>Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo                                                                                                   |
| <b>Definición:</b><br>El porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo es el número de pacientes con spkt/v medio en el periodo superior a 1,3, respecto al número de pacientes prevalentes en el periodo de estudio. |                                                                                                                                                               |
| <b>Fórmula:</b> $(A/B)*100$                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                               |
| <b>Numerador (A):</b><br>Número de pacientes del denominador bimestral con spkt/v medio en el periodo > 1,3.                                                                                                      | <b>Denominador (B):</b><br>Número de pacientes prevalentes en el periodo que lleven en hemodiálisis tres meses o más y que se dializan tres veces por semana. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código: 39</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Nombre:</b><br>Porcentaje de pacientes con albúmina > 3,5 g./dl.                             |
| <b>Definición:</b><br>El porcentaje de pacientes con Albúmina > 3,5 g./dl. es la razón del número de pacientes con cifra media de albúmina sérica en el periodo de estudio superior a 3,5 g./dl. y el número de pacientes de hemodiálisis prevalentes en el mismo periodo. |                                                                                                 |
| <b>Fórmula:</b> $(A/B)*100$                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                 |
| <b>Numerador (A):</b><br>Número de pacientes del denominador con cifra media de albúmina sérica en el periodo de estudio superior a 3,5 g./dl.                                                                                                                             | <b>Denominador (B):</b><br>Número de pacientes en hemodiálisis prevalentes en el mismo periodo. |

|                                                                                                                                                                                    |                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Código: 40</b>                                                                                                                                                                  | <b>Nombre:</b><br>Porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga                               |
| <b>Definición:</b><br>El porcentaje de pacientes prevalentes con FAV autóloga equivale al número de pacientes con FAV autóloga del total de pacientes prevalentes a final del año. |                                                                                                      |
| <b>Fórmula:</b> $(A/B)*100$                                                                                                                                                        |                                                                                                      |
| <b>Numerador (A):</b><br>Número de pacientes prevalentes con FAV autóloga.                                                                                                         | <b>Denominador (B):</b><br>Número de pacientes en hemodiálisis prevalentes durante el mismo periodo. |

## 8.3. Especificaciones metodológicas

La información a suministrar se facilitó en el documento de Excel “Modelo Cuestionario IDIS RESA 2017”.

### 8.3.1. Aplicación de políticas estrictas de no trazabilidad de datos

La utilización de información asistencial está permitida en los estudios de investigación como es este caso. Aun así, algunos centros aplican una política estricta de no trazabilidad en los datos de pacientes que implica no suministrar datos que pudiesen permitir trazar al paciente como son la fecha de nacimiento, fechas de ingreso, consulta o altas y similares.

Para estos centros, se identificaron en el cuestionario los ítems afectados por esta política. Al final de cada tabla se incluyeron (en

fondo amarillo) las columnas de información que substituyen a los ítems afectados.

Se han mantenido, en estos centros en blanco los ítems afectados por la política de no trazabilidad (marcados con un \* en el formulario de recogida de datos) y se cumplimentaron los ítems en fondo amarillo marcados con dos asteriscos.

Las pestañas de información a cumplimentar se muestran a continuación.

### 8.3.2. CMBD

Dentro del fichero Excel se solicitó la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos del último año (2016). Ésta pudo ser enviada tanto dentro del mismo fichero Excel o en formato Access, asegurándose de que se hubieran cumplimentado todos los campos solicitados.

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

**IMPORTANTE:** Este año se ha producido el paso a la clasificación CIE-10, aunque en alguna comunidad autónoma la administración no lo exige así.

#### INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA:

Este año, la información adicional para calcular los indicadores quirúrgicos se ha entregado integrada con la pestaña del CMBD. Los campos añadidos fueron el 21 (Fecha de solicitud de la consulta pre-anestésica), 22 (Fecha de consulta pre-anestésica).

Se agregó en la base de datos del CMBD la siguiente información:

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

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



### CUMPLIMENTACIÓN DEL ÍTEM DE IDENTIFICACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL CMBD Y EN EL RESTO DE LOS INDICADORES QUE LO REQUIERAN.

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

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

identificación personal del paciente). Era muy importante que el número de identificación del paciente fuera el mismo siempre, dado que se calculaban indicadores de reingresos del mismo paciente.

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

### 8.3.3. Actividad urgencias

Se ha incluido en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2016.

Se suministra la siguiente información:

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

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

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

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

### 8.3.4. Consultas externas

Se han incluido las siguientes consultas de especialista realizadas en 2016:

- Oftalmología
- Dermatología
- Traumatología
- Ginecología y Obstetricia

Se han incluido todas aquellas primeras consultas con fecha fijada (independientemente de que la consulta se haya realizado o no) dentro del año 2016 en las que se da cita al paciente en el primer hueco disponible en la agenda u otra fecha próxima a conveniencia del paciente.

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

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

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

### 8.3.5. Pruebas complementarias

Se han incluido las siguientes pruebas realizadas en 2016:

- Mamografía
- Tomografía Axial Computerizada (TAC)
- Resonancia Magnética (RM) osteomuscular

Se han incluido las pruebas con fecha fijada (independientemente de que se hayan realizado o no) dentro del año 2016 en las que se da cita en el primer hueco disponible en la agenda u otra fecha próxima a conveniencia del paciente.

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

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

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

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

### 8.3.6. Cáncer

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

Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio ha sido el 31 de enero del año siguiente (año 2016 hasta el 31 de enero de 2017).

Se ha suministrado la información siguiente:

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

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

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

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

### 8.3.7. Auditorías y certificaciones

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

- ISO
- European Federation of Quality Management
- Joint Commission of Hospital Accreditation

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

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

Los grupos o centros hospitalarios que participaron en los Estudios RESA 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016 sólo han enviado los documentos acreditativos que se hayan obtenido durante 2016 y han informado de si alguno de los documentos vigentes en el estudio anterior no es válido para el año 2016.

### 8.3.8. Seguridad del paciente

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

**a) Higiene de manos.** Implica al menos la realización de un plan de formación sistemático de al menos el personal sanitario, la revisión y dotación de puntos de lavado de manos con solución hidroalcohólica, la existencia de una práctica de supervisión de la realización del lavado de manos y la realización de varias actividades de comunicación. Debe existir documentación formalizada que contenga el plan de higiene de manos.

**b) Protocolo de evaluación de úlceras por presión.** Implica la existencia de un protocolo formal aprobado por los órganos de gobierno, la definición de los criterios de riesgo de UPP en los pacientes, la realización en los pacientes en riesgo de una evaluación preventiva de úlceras con al menos la identificación de pacientes de riesgo y la aplicación de una clasificación estandarizada para todo el centro, y la realización del cálculo con una periodicidad al menos trimestral de un indicador de UPP cuya información se suministre sistemáticamente a la dirección.

**c) Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación.** Implica la existencia de la revisión por el farmacéutico o farmacólogo clínico del análisis de la medicación prescrita durante la estancia en el hospital, el análisis de potenciales problemas relacionados con la medicación y la comunicación al clínico responsable de estos problemas. El protocolo debe estar escrito.

**d) Sistema de notificación anónima de eventos adversos.** Implica la existencia de un sistema mecanizado de notificación de la aparición de eventos adversos en los pacientes atendidos, que respete el anonimato del notificante, la realización de un análisis del evento adverso (diagrama de Ishikawa, causa-raíz, u otros instrumentos de análisis de causas) y la difusión de las conclusiones a la

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

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

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

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

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

### Ratio de intervenciones de cirugía segura (*checklist* quirúrgico):

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

La muestra que han recogido los centros de salud es un corte mensual posterior al 31 de agosto de 2016, libremente escogido por el hospital en el que se reflejen días consecutivos.

Se ha considerado que la cumplimentación del *checklist* es válida siempre que:

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

- Esta hoja esté firmada por el/los responsables.

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

La información que se solicitó:

- **Numerador:** Número total de intervenciones quirúrgicas programadas con anestesia general realizadas en el mes seleccionado (con o sin ingreso del paciente) en que consta la realización de un *checklist* 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).

## 8.3.9. Reproducción asistida

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

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

Fuente: Información suministrada a la Sociedad Española de Fertilidad.

## 8.3.10. Hemodiálisis

El período de referencia es el año 2016, desde 1 de enero a 31 de diciembre. Se han incluido sólo los pacientes que han sido atendidos durante más de 9 meses para evitar el sesgo de pacientes con pocos meses de atención.

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

- Fecha de nacimiento, para permitir estandarizar por edad las tasas de mortalidad.
- Éxito del paciente. 1: Se ha producido éxito del paciente en el período de referencia ó 2: No se ha producido éxito.

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

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

## 8.4. Relación de participantes

Listado de centros hospitalarios y clínicas participantes en el Estudio RESA 2017

### 8.4.1. Centros hospitalarios y clínicas

#### ASISA (HLA Grupo Hospitalario)

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

#### Clínicas Igualatorio Médico Quirúrgico

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

#### Grupo GEHOSUR

- HOSPITAL INFANTA LUISA (Sevilla)

#### Grupo HM Hospitales

- HOSPITAL HM MODELO Y MATERNIDAD HM BELÉN (A Coruña)
- HOSPITAL HM VALLÉS (Alcalá de Henares, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM MADRID (Madrid)

- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM MONTEPRÍNCIPE (Boadilla del Monte, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM NUEVO BELÉN (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM PUERTA DEL SUR (Móstoles, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM SANCHINARRO (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO HM TORRELODONES (Torrelodones, Madrid)

#### Grupo Hospitalario Quirónsalud

- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD A CORUÑA (A Coruña)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD ALAMEDA (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD ALJARAFA (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD BILBAO (Bilbao)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD CLIDEBA MÉRIDA (Mérida, Badajoz)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD CONDES DE BUSTILLO (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD ESPARTINAS (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD FERROL (A Coruña)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD FUENGIROLA (Málaga)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD LOS REMEDIOS (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD MAIRENA (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD MÁLAGA (Málaga)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD MANUEL SIUROT (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD MÉRIDA (Mérida, Badajoz)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD NERVIÓN (Sevilla)

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



- CENTRO MÉDICO QUIRÓN SALUD ORIHUELA (Alicante)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD PUERTOLLANO (Ciudad Real)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD SANTA POLA (Alicante)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD SA POBLA (Islas Baleares)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD SEVILLA ESTE (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD TRES CANTOS (Madrid)
- CENTRO MÉDICO TEKNON (Barcelona)
- CLÍNICA QUIRÓNSALUD ALCÁZAR (Ciudad Real)
- CLÍNICA LA MERCED (Poio, Pontevedra)
- CLÍNICA ROTGER (Palma de Mallorca)
- HOSPITAL EL PILAR – CENTRE CARDIOVASCULAR SANT JORDI (Barcelona)
- HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA (Collado Villalba, Madrid)
- HOSPITAL LA LUZ (Madrid)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD A CORUÑA (A Coruña)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD ALBACETE (Albacete)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD BARCELONA (Barcelona)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD BIZKAIA (Erandio, Vizcaya)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD CÁCERES (Cáceres)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD CAMPO DE GIBRALTAR (Cádiz)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD CIUDAD REAL (Ciudad Real)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD CLIDEBA (Badajoz)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD COSTA ADEJE (Santa Cruz de Tenerife)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD DEL VALLÉS (Sabadell, Barcelona)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD INFANTA LUISA (Sevilla)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA (Málaga)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MARBELLA (Marbella, Málaga)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MIGUEL DOMÍNGUEZ (Pontevedra)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD MURCIA (Murcia)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD PALMAPLANAS (Palma de Mallorca)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD PONTEVEDRA (Pontevedra)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAGRADO CORAZÓN (Sevilla)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAN JOSÉ (Madrid)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD SANTA JUSTA (Villanueva de la Serena, Badajoz)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD SUR (Alcorcón, Madrid)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD TENERIFE (Santa Cruz de Tenerife)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD TOLEDO (Toledo)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD TORREVIEJA (Torrevieja, Alicante)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD VALENCIA (Valencia)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD VITORIA (Vitoria)
- HOSPITAL QUIRÓNSALUD ZARAGOZA (Zaragoza)
- HOSPITAL RUBER INTERNACIONAL (Madrid)
- HOSPITAL SAN AGUSTÍN (Dos Hermanas, Sevilla)
- HOSPITAL UNIVERSITARI DEXEUS (Barcelona)
- HOSPITAL UNIVERSITARI GENERAL DE CATALUNYA (Sant Cugat del Vallés, Barcelona)
- HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR (Barcelona)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (Valdemoro, Madrid)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRÓNSALUD MADRID (Pozuelo de Alarcón, Madrid)

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

#### Grupo Hospitalario San Roque

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

#### Grupo Hospiten

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

#### Grupo Recoletas

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

#### Grupo Vithas

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

#### Hospitales Católicos de Madrid

- CLÍNICA SANTA ELENA  
(Madrid)
- HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS  
(Madrid)

### Ribera Salud

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

### Sanitas Hospitales

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

### Viamed

- HOSPITAL VIAMED NUESTRA SEÑORA VIRGEN DEL CARMEN (Calahorra, La Rioja)
- HOSPITAL VIAMED BAHÍA DE CÁDIZ (Cádiz)
- HOSPITAL VIAMED LOS MANZANOS (Langreo, La Rioja)

- HOSPITAL VIAMED SANTA ÁNGELA DE LA CRUZ (Sevilla)
- HOSPITAL VIAMED SANTIAGO (Huesca)
- HOSPITAL VIAMED SAN JOSÉ (Murcia)
- HOSPITAL VIAMED MONEGAL (Tarragona)
- HOSPITAL VIAMED MONTECANAL (Zaragoza)
- HOSPITAL VIAMED VALVANERA (Logroño, La Rioja)
- HOSPITAL VIAMED LOS JAZMINES CENTRO DE CONVALECENCIA (Haro, La Rioja)

### Otros

- CENTRO MÉDICO ASTURIAS (Oviedo)
- HOSPITAL SANTÍSIMA TRINIDAD (Salamanca)
- HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS TENERIFE (Tenerife)
- POLICLÍNICA COMARCAL EL VENDRELL (Santa Oliva, Tarragona)
- HOSPITAL PERPÉTUO SOCORRO (Las Palmas)

## 8.4.2. Centros ambulatorios

### Diaverum

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

- CENTRO DE DIÁLISIS ISLA DE LA CARTUJA (Santiponce, Sevilla)
- CENTRO DE DIÁLISIS LOLA PALOMAR (Villareal, Castellón)
- CENTRO DE DIÁLISIS MÁLAGA (Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS MARESME (Pineda de Mar, Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS MATARÓ (Mataró, Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS NEFROCLUB (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS NEFROPLANA (Castellón)
- CENTRO DE DIÁLISIS NEPHROS (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS NTRA. SRA. DE LA CABEZA (Motril, Granada)

- CENTRO DE DIÁLISIS OROPESA  
(Oropesa de Mar, Castellón)
- CENTRO DE DIÁLISIS PALAU  
(Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS PLAYAS DE CARTAYA  
(Cartaya, Huelva)
- CENTRO DE DIÁLISIS PONTEVEDRA  
(Pontevedra)
- CENTRO DE DIÁLISIS RIOTINTO  
(Minas de Riotinto, Huelva)
- CENTRO DE DIÁLISIS SANTA CATALINA  
(Jaén)
- CENTRO DE DIÁLISIS TORREMOLINOS  
(Torremolinos, Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS VILLAGARCÍA  
(Vilagarcía de Arousa, Pontevedra)
- CENTRO DE DIÁLISIS VINAROS  
(Vinaros, Castellón)
- CENTRO DE DIÁLISIS VIRGEN DE MONTSERRAT  
(Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS BURJASSOT  
(Burjassot, Valencia)
- INSTITUTO DE HEMODIÁLISIS BARCELONA  
(Barcelona)
- INSTITUTO MÉDICO DE BADALONA  
(Badalona, Barcelona)

#### Grupo ERESA

- ERESA BEATA  
(Madrid)
- ERESA CAMPANAR  
(Valencia)
- ERESA CLÍNICA MONCLOA  
(Madrid)
- ERESA CENTRO DE MEDICINA DEPORTIVA  
Y SALUD INTEGRAL  
(Madrid)

#### Grupo IMO

- IMONCOLOGY ALCÁZAR DE SAN JUAN  
(Alcázar de San Juan, Ciudad Real)
- IMONCOLOGY ALICANTE  
(Alicante)
- IMONCOLOGY ARAVACA  
(Madrid)
- IMONCOLOGY ARTURO SORIA  
(Madrid)

- IMONCOLOGY GUADALAJARA  
(Guadalajara)
- IMONCOLOGY LA MILAGROSA  
(Madrid)
- IMONCOLOGY MESA DEL CASTILLO  
(Murcia)
- IMONCOLOGY MURCIA  
(Murcia)
- IMONCOLOGY SAN FRANCISCO DE ASÍS  
(Madrid)
- IMONCOLOGY SEVILLA  
(Sevilla)
- IMONCOLOGY TALAVERA DE LA REINA  
(Talavera de la Reina, Toledo)
- IMONCOLOGY TOLEDO  
(Toledo)

#### Grupo Innova Ocular

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

#### Grupo Health Time

- HEALTH TIME ALGECIRAS  
(Algeciras, Cádiz)
- HEALTH TIME ANDÚJAR  
(Jaén)
- HEALTH TIME CABRA  
(Cabra, Córdoba)

- HEALTH TIME CÁDIZ  
(Cádiz)
- HEALTH TIME CÓRDOBA ASISA  
(Córdoba)
- HEALTH TIME CRISTO REY  
(Jaén)
- HEALTH TIME CRUZ ROJA  
(Córdoba)
- HEALTH TIME EL EJIDO  
(El Ejido, Almería)
- HEALTH TIME JEREZ DE LA FRONTERA  
(Jerez de la Frontera, Cádiz)
- HEALTH TIME LAS NIEVES  
(Jaén)
- HEALTH TIME LINARES  
(Linares, Jaén)
- HEALTH TIME MANZANARES  
(Manzanares, Ciudad Real)
- HEALTH TIME MONTILLA  
(Montilla, Córdoba)
- HEALTH TIME POZOBLANCO  
(Pozoblanco, Córdoba)
- HEALTH TIME SAN JUAN DE DIOS  
(Córdoba)
- HEALTH TIME SANLÚCAR DE BARRAMEDA  
(Sanlúcar de Barrameda, Cádiz)
- HEALTH TIME VALDEPEÑAS  
(Valdepeñas, Ciudad Real)
- CENTRO DE DIÁLISIS BARCELONA-ROSSELLÓ  
(Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS BILBAO  
(Bilbao)
- CENTRO DE DIÁLISIS CABRA  
(Córdoba)
- CENTRO DE DIÁLISIS CÁCERES  
(Cáceres)
- CENTRO DE DIÁLISIS CARAVACA  
(Caravaca, Murcia)
- CENTRO DE DIÁLISIS CARTAGENA  
(Cartagena, Murcia)
- CENTRO DE DIÁLISIS CIEZA  
(Cieza, Murcia)
- CENTRO DE DIÁLISIS CIUDAD REAL  
(Ciudad Real)
- CENTRO DE DIÁLISIS CÓRDOBA-PINTOR GARCÍA  
(Córdoba)
- CENTRO DE DIÁLISIS CÓRDOBA-SAN RAFAEL  
(Córdoba)
- CENTRO DE DIÁLISIS CORIA  
(Coria, Cáceres)
- CENTRO DE DIÁLISIS ELCHE  
(Elche, Alicante)
- CENTRO DE DIÁLISIS GANDÍA  
(Gandía, Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS GRANOLLERS  
(Granollers)

### Grupo Nephrocare

- CENTRO DE DIÁLISIS ALCAÑIZ  
(Alcañiz, Teruel)
- CENTRO DE DIÁLISIS ALCOBENDAS  
(Madrid)
- CENTRO DE DIÁLISIS ALMERÍA  
(Almería)
- CENTRO DE DIÁLISIS ANTEQUERA  
(Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS ARANDA DE DUERO  
(Burgos)
- CENTRO DE DIÁLISIS ASTORGA  
(Astorga)
- CENTRO DE DIÁLISIS BADAJOZ  
(Badajoz)
- CENTRO DE DIÁLISIS BARCELONA-DIAGONAL  
(Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS BARCELONA-GLORIES  
(Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS HUÉRCAL-OVERA  
(Huércal-Overa, Almería)
- CENTRO DE DIÁLISIS JEREZ  
(Jerez, Cádiz)
- CENTRO DE DIÁLISIS LEÓN  
(León)
- CENTRO DE DIÁLISIS LOGROÑO  
(Logroño)
- CENTRO DE DIÁLISIS MADRID
- CENTRO DE DIÁLISIS MADRID-DIALCENTRO
- CENTRO DE DIÁLISIS MADRID-EL PILAR
- CENTRO DE DIÁLISIS MADRID-MONCLOA
- CENTRO DE DIÁLISIS MADRID-SAN LUCIANO
- CENTRO DE DIÁLISIS MÁLAGA-CIUDAD JARDÍN
- CENTRO DE DIÁLISIS MÁLAGA-EL CÓNSUL
- CENTRO DE DIÁLISIS MÉRIDA  
(Mérida, Badajoz)

- CENTRO DE DIÁLISIS MOLINA DE SEGURA (Molina de Segura, Murcia)
  - CENTRO DE DIÁLISIS MURCIA-EL PALMAR (Murcia)
  - CENTRO DE DIÁLISIS NAVALMORAL (Cáceres)
  - CENTRO DE DIÁLISIS ORIHUELA (Alicante)
  - CENTRO DE DIÁLISIS OSUNA (Sevilla)
  - CENTRO DE DIÁLISIS PALMA DEL RÍO (Córdoba)
  - CENTRO DE DIÁLISIS PLASENCIA (Cáceres)
  - CENTRO DE DIÁLISIS REUS (Reus, Tarragona)
  - CENTRO DE DIÁLISIS SAGUNTO (Valencia)
  - CENTRO DE DIÁLISIS SAN PEDRO DEL PINATAR (Murcia)
  - CENTRO DE DIÁLISIS SANLUCAR (Cádiz)
  - CENTRO DE DIÁLISIS SANT JOAN DESPÍ (Barcelona)
  - CENTRO DE DIÁLISIS SANTANDER
  - CENTRO DE DIÁLISIS SEVILLA SAN CARLOS
  - CENTRO DE DIÁLISIS SEVILLA BELLAVISTA
  - CENTRO DE DIÁLISIS TARRAGONA
  - CENTRO DE DIÁLISIS TENERIFE
  - CENTRO DE DIÁLISIS TERRASSA (Barcelona)
  - CENTRO DE DIÁLISIS VACACIONAL JANDÍA (Jandía, Fuerteventura)
  - CENTRO DE DIÁLISIS VACACIONAL LANZAROTE (Lanzarote)
  - CENTRO DE DIÁLISIS VACACIONAL MASPALOMAS (Maspalomas)
  - CENTRO DE DIÁLISIS VALENCIA (Valencia)
  - CENTRO DE DIÁLISIS VALLADOLID (Valladolid)
  - CENTRO DE DIÁLISIS VILLANUEVA (Villanueva)
  - CENTRO DE DIÁLISIS YECLA (Yecla, Murcia)
- Grupo SCANNER**
- CENTRO SCANNER VIZCAYA (RMN) (Bilbao)
  - CENTRO SCANNER VIZCAYA (TAC) (Bilbao)
  - CLÍNICA VICENTE SAN SEBASTIÁN TC 64 (San Sebastián)

### 8.4.3. Comité de Expertos

El comité de expertos del Estudio RESA 2017 se encuentra formado por:

- Alejandro Jiménez, HLA
- Anabel Fernández Castelló, Sanitas
- Fernando Sánchez Martín, Ginemed
- Ignacio Conde, Innova Ocular
- Isabel Bule, HM Hospitales
- José Francisco Tomás, Sanitas
- Leticia Moral, Quirónsalud
- Manuel Almazán, Ginemed
- Manuel Vilches, Vithas
- Mapi Henríquez, Quirónsalud
- Miguel Ortegón, Hospitales Católicos de Madrid
- Nicolás Guerra, IMQ
- Patricia Usón, Fresenius
- Rosa Ramos, Fresenius

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

El equipo responsable del trabajo de campo del Estudio RESA 2017 se encuentra formado por profesionales de IDIS y de Antares Consulting:

**Coordinación:** Manuel Vilches, Director General del IDIS

- Carmen Ruiz, IDIS
- Victoria Ramírez, IDIS
- Esteban Carrillo, Antares Consulting
- Joan Barrubés, Antares Consulting
- Víctor Cañellas, Antares Consulting



## Entidades que forman parte del IDIS

### PATRONOS

- ACES
- ADESLAS
- ANALIZA
- ASISA
- AXA
- CASER
- DIAVERUM
- DKV
- ERESA
- Fresenius Medical Care
- Ginemed
- Grupo Hospitalario Recoletas
- HCM. Hospitales Católicos de Madrid
- HM Hospitales
- Hospital Perpetuo Socorro
- Hospiten
- IMOnology
- IMQ
- Innova Ocular
- Grupo IHP Pediatría
- MAPFRE
- Quirónsalud
- Ribera Salud
- Sanitas
- Vithas

### PATRONOS DE LIBRE DESIGNACIÓN

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

### PATROCINADORES

- Accenture
- Amgen
- Boston Scientific
- GE Healthcare
- Indra
- Johnson & Johnson Medical Companies
- Medtronic
- MSD
- Pfizer
- Philips
- Roche
- Siemens
- Trialia (TBS)

### COLABORADORES

- Air Liquide Healthcare
- A.M.A.
- Aramark
- AstraZeneca
- Beckman Coulter
- Carbuos Medica
- Cardinal Health
- Chip-Card Salud
- DNV Business Assurance
- El Corte Inglés
- Elekta
- Emsor
- Esteve
- FBA Consulting
- Fresenius Kabi
- GFI
- GMV
- Grupo Cofares
- Hartmann
- IN2 Ingeniería de la Información, S.L.
- Mindray
- Novartis
- Palex
- Promede
- Sodexo
- Willis Iberia
- Wolters Kluwer – UpToDate
- 3M Health Care

### ASOCIADOS

- Asefa
- Ballesol
- Centro Médico de Asturias
- Fundación Tejerina
- Ginefiv
- Hospital General Santísima Trinidad
- Hospital San Agustín
- Hospitales San Roque
- Red Asistencial Juaneda
- Unilabs

LA  
SUMA DE TODOS  
APORTA VALOR  
A LA SANIDAD

---

2017



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](mailto:info@fundacionidis.com)

2017



[fundacionidis.com](http://fundacionidis.com)

somos activos en  
las redes sociales

