

INFORME IDIS

INFORME RESA 2014

INDICADORES
DE RESULTADOS EN SALUD
DE LA SANIDAD PRIVADA



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad



Índice de contenidos

Presentación	04
Resumen Ejecutivo: la transparencia genera transparencia	06
1. Objetivos del estudio	10
2. Ficha metodológica	14
2.1. Aumento de los participantes	16
2.2. Crecimiento de la participación	17
2.3. Datos básicos de los centros participantes	17
2.4. Proceso de selección de los indicadores	18
2.5. Recopilación y procesamiento de los indicadores	19
3. Eficiencia	20
3.1. Estancia media ajustada por casuística	22
4. Accesibilidad en la atención sanitaria	24
4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	26
4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias	28
4.3. Tiempo medio de citación para consultas de especialista	29
4.4. Tiempo medio en urgencias	30
4.5. Espera media quirúrgica	31
4.6. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en procesos oncológicos	32
5. Resolución asistencial	34
5.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico	36
5.2. Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta	37
6. Calidad y seguridad del paciente	38
6.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	40
6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente	41
6.2.1. Protocolo de higiene de manos	42
6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión al ingreso	43
6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación	44
6.2.4. Sistema de notificación anónima de eventos adversos	46
6.2.5. Protocolo de cirugía segura ("Check list")	47
6.2.6. Ratio de intervenciones de cirugía segura (<i>check-list</i> quirúrgico)	48
6.3. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo	49
6.4. Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario	50
6.5. Ratios de colonoscopias y gastroscopias realizadas con sedación	51
6.6. Tasa de reingresos posteriores a cirugía ambulatoria a 30 días	52
7. Nuevos indicadores	54
7.1. Estancia media pre-quirúrgica	56
7.2. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	57
7.3. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas	58
7.4. Tasa de recién nacido vivo único a término por ciclo iniciado	60
7.5. Ratio de ciclos resultantes en embarazo	61

8. Conclusiones.	62
9. Anexos.	64
9.1. Proceso para la selección de indicadores	66
9.2. Revisión de la definición de indicadores	67
9.3. Fichas de los indicadores	68
9.4. Especificaciones metodológicas	76
9.4.1. CMBD	76
9.4.2. Estancia media ajustada por casuística	76
9.4.3. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	77
9.4.4. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias	77
9.4.5. Tiempo medio de espera de citación primera consulta especialista	78
9.4.6. Tiempo medio de asistencia en <i>triage</i> en urgencias	78
9.4.7. Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias	79
9.4.8. Espera media quirúrgica	79
9.4.9. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama	80
9.4.10. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de colon	80
9.4.11. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de pulmón	81
9.4.12. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico	81
9.4.13. Tasa de reingreso en hospitalización a 30 días del alta	82
9.4.14. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	82
9.4.15. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente	83
9.4.16. Ratio de intervenciones de cirugía segura (check list quirúrgico)	84
9.4.17. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo	84
9.4.18. Ratio de cirugías de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso	84
9.4.19. Ratio de colonoscopias realizadas con sedación	85
9.4.20. Ratio de gastroscopias realizadas con sedación	85
9.4.21. Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días	85
9.4.22. Estancia media pre-quirúrgica	86
9.4.23. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	86
9.4.24. Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas	86
9.4.25. Tasa de recién nacido vivo único a término por ciclo iniciado	87
9.4.26. Ratio de ciclos resultantes en embarazo	87
9.5. Relación de participantes	88
9.5.1. Centros hospitalarios y clínicas	88
9.5.2. Centros ambulatorios	92
9.5.3. Comité de expertos	94
9.5.4. Responsables (IDIS y Antares Consulting)	94
9.6. Entidades que forman parte del IDIS	95

PRESENTACIÓN

El tercer estudio RESA (Resultados de Salud) que presentamos supone la consolidación de un ejercicio de evaluación y transparencia por parte de la sanidad privada que atiende a cerca de una quinta parte de la población española: 7 millones de personas que mantienen voluntariamente un doble aseguramiento unidos a los cerca de 2 millones de mutualistas y otras formas de colaboración como concesiones o conciertos.

Mantenemos así una línea de información en la que hemos sido pioneros, que se practica en otros países europeos como Suecia, Alemania, Francia o Reino Unido, y a la que recientemente se ha sumado el sector público en España, con ejemplos como los indicadores públicos del Servicio Madrileño de Salud o el Balance de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya.

En cualquier ámbito de actividad es conveniente establecer parámetros que ayuden a conocer la situación en la que se encuentra, identificar oportunidades de futuro y establecer un ciclo de mejora continua. Desde IDIS consideramos que esta realidad es aún más necesaria en nuestro sector ya que estamos tratando de uno de los temas más importantes para las personas: su salud.

Esta iniciativa se enmarca dentro de la apuesta de IDIS por la excelencia y por hacer de la calidad una seña de identidad de los operadores privados, ya que creemos que es la mejor forma de contribuir a la mejora de la calidad de vida de nuestra sociedad y de garantizar el desarrollo e integración de la sanidad en su conjunto.

Por eso hace tres años decidimos iniciar esta línea de estudio que diera una visión objetiva e integral de resultados asistenciales de la sanidad privada y que permitiera medir todos los factores relevantes de cara a la satisfacción de nuestros pacientes. En total el estudio se basa en 25 indicadores, algunos de ellos incorporados por vez primera a esta nueva edición del estudio, como los relacionados con la oftalmología y la reproducción asistida, debido al volumen de actividad que representan.

Los resultados de este estudio son muy satisfactorios. En primer lugar, porque en esta edición ha aumentado un 47,6% el número de centros que han participado en el estudio, lo que ha permitido ampliar el perfil de los mismos. También por el hecho de que ha aumentado más que significativamente la aportación de información por cada participante.

Otro dato que contribuye a justificar esta afirmación es que el 78% de los indicadores cuantitativos mejoran, o como mínimo mantienen, sus posiciones. En todos los casos nuestros centros se encuentran dentro de los rangos habituales en países europeos y muestran unos estándares excelentes, comparables a los de los sistemas sanitarios más desarrollados de todo el mundo.

Por último me gustaría destacar la consolidación de la existencia de certificaciones de calidad en todas las áreas hospitalarias y de la implantación de políticas y procedimientos de mejora continua.

Este estudio pone de manifiesto que tenemos una sanidad privada fuerte, con capacidad y vocación de servicio, que cuenta con unos excelentes estándares de calidad, lo que redundará en un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios. En este sentido, según el Barómetro IDIS de la sanidad privada que hemos publicado recientemente, 9 de cada 10 asegurados recomendaría su uso.

Por tanto, estamos convencidos de que la participación de la sanidad privada de igual a igual en el diseño de nuestro sistema sanitario beneficiaría al paciente y a sus familiares y por extensión a todos los ciudadanos, que son nuestra razón de ser.

Javier Murillo

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

RESUMEN EJECUTIVO:

LA TRANSPARENCIA GENERA TRANSPARENCIA

El tercer estudio RESA de resultados en la sanidad privada coincide con el inicio de una tendencia a la presentación pública de resultados del sistemas sanitario. En España disponemos ya de los indicadores de calidad hospitalaria del Servicio Madrileño de Salud con la disponibilidad de 14 indicadores de satisfacción y cinco de proceso, y la publicación, por segundo año, del Balance de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya, con un conjunto amplio de indicadores. El movimiento de transparencia que ya incluye numerosos países en Europa como Suecia, Alemania Francia o el Reino Unido parece que empieza a implantarse también en España. IDIS se siente orgulloso de haber contribuido y sido pionero en este movimiento.

El análisis del Estudio RESA 2014, ya con la perspectiva de disponer de información de cuatro y hasta cinco años para muchos de los indicadores, nos hace valorar muy satisfactoriamente los resultados de este año que presentan cuatro dimensiones clave:

- Un ejercicio de transparencia consolidado.
- Un esfuerzo sostenido por la calidad.
- Unos resultados comparables a los mejores de Europa.
- Una mejora continua de los resultados.

Un ejercicio de transparencia consolidado

Este tercer año del Estudio RESA ya implica una buena noticia: **la consolidación de la transparencia a través de una iniciativa de la sanidad privada**, que ya es una cita anual con la información sanitaria.

La base de datos que se ha generado en estos tres años de Estudio RESA constituye una excelente fuente de información. Si hasta el momento hemos hecho unos análisis puramente descriptivos y de corte de la información, la existencia de estos datos nos permite también abordar su análisis ya desde una perspectiva temporal y con aproximaciones más analíticas: transformar la información en conocimiento es nuestro reto.

El ejercicio ha tenido una consecuencia inmediata, que se traduce en que cada año del estudio se ha producido un incremento muy significativo de participación:

- El segundo año **de participación de centros** el incremento se situó por encima del 20%.
- El tercer año, aún se han sumado más centros pero, sobre todo, ha aumentado más que significativamente **la aportación de información** por cada participante. Los centros son más y han participado en más indicadores.

Esta evolución nos confirma la pertinencia de esta iniciativa que mejora de año en año.



Un esfuerzo sostenido por la calidad

Los centros participantes continúan presentando un perfil claro de apuesta por las políticas de calidad:

- Aumenta el número de centros que aportan sus logros en la certificación y acreditación de sus servicios y unidades. La certificación cubre ya prácticamente más del 80% de todas las áreas asistenciales y más del 85% de las más relevantes de los hospitales.
- La valoración de la implantación de políticas para la seguridad del paciente muestra cómo los centros disponen de éstas, estando implantadas en la mayoría de los centros. La evolución desde años anteriores confirma la mejora en los centros que ya participaron en el anterior Estudio RESA, así como que los centros nuevos también han avanzado en el proceso de formalización e implantación.

En conjunto, los datos reflejan la situación de unos centros altamente comprometidos con la calidad.

Unos resultados comparables a los mejores en Europa

La **ACCESIBILIDAD** es una característica típica de la sanidad privada. Pero más allá del tópico, el estudio demuestra cómo **los centros privados ponen a disposición del usuario recursos para resolver sus problemas de salud de forma muy inmediata:**

- Tiempos de espera para la realización de mamografías de menos de dos semanas e incluso cerca de una semana para Resonancia Magnética y TAC. Esto se complementa con unos tiempos de espera para la entrega de informe de menos de cuatro días en todos los casos, y menos de 3 para las mamografías.
- Tiempos de espera en urgencias por debajo de los 7 minutos para la atención en "triage" de urgencias y apenas superando los 15 minutos para la primera atención de facultativo.
- Entre 10 y 14 días de espera en las primeras consultas de especialidades.
- Los tiempos de intervención para el cáncer de colon y el cáncer de pulmón nos confirman los buenos resultados que ya habíamos tenido, el año anterior, con tiempos inferiores a las dos o tres semanas, muy por debajo de las recomendaciones clínicas.

Los indicadores de **CALIDAD** obtenidos de las bases de datos de pacientes vuelven repetidamente a ser comparables o superiores a los de cualquier otra institución:

- Se mantienen estables con oscilaciones mínimas durante cinco años las tasas de supervivencia de los pacientes con síndrome coronario agudo.
- La proporción de ingresos tras cirugía ambulatoria continúa entre los mejores valores de la literatura nacional e internacional.

- La intervención precoz de la fractura de fémur continúa también figurando entre los mejores datos conocidos.

La **EFICIENCIA** de la sanidad privada es otra de las valoraciones positivas tradicionales. Los resultados del Estudio RESA vuelven a poner números a esta percepción:

- Unas estancias medias que consideramos constituyen un "benchmark" indiscutible para nuestro país.
- Una estancia preoperatoria excelente que implica que la mayoría de los pacientes ingresan el mismo día de la intervención.
- Una tasa de ambulatorización importante, contando con la práctica habitual de realización de intervenciones por las tardes que obligan a pernoctar y causar estancia.

Una mejora continua de los resultados

De los 27 indicadores cuantitativos con información disponible de tres años:

- En todos los casos, los valores obtenidos se encuentran dentro de los rangos habituales en los centros hospitalarios europeos.
- 21 indicadores (el 78%) mejoran todos los años o mantienen sus posiciones.

En los indicadores cualitativos (los dedicados a conocer las políticas de calidad y seguridad del paciente):

- La existencia de certificaciones de calidad en todas las áreas hospitalarias se consolida aumentando el número de centros que disponen de las mismas.
- La implantación de políticas y procedimientos ha continuado su ritmo de mejora en los centros que participaron en el Estudio RESA 2013,

Otra valoración que podemos considerar como muy positiva es la tendencia de los resultados a concentrarse (disminución de la variabilidad entre centros). El análisis de las desviaciones estándar de los indicadores revela que de 19 indicadores en los que se realiza este análisis por tener evolución suficiente, en 11 mejora y en 5 se mantiene igual, incrementándose la variabilidad sólo en 3 de los indicadores. Este hecho tiene especial interés dado que cada año se incrementa tanto el número de centros como de indicadores en que participa cada centro. Por tanto, era de esperar que el incremento de la "n" aportase mayor variabilidad. Sin duda, el que el efecto que se produce sea la reducción de la misma, es consecuencia de los esfuerzos específicos por mejorar los indicadores.

En conjunto, podemos volver a constatar un año más, cómo los indicadores estudiados muestran un perfil de nuestros centros de sanidad privada con unos estándares excelentes, comparables a los de los sistemas sanitarios más desarrollados.

Con este tercer estudio RESA 2014 la sanidad privada puede, por tanto, mostrar los resultados de su esfuerzo por la mejora de la salud de los pacientes y por su contribución a la mejora de la calidad del sistema sanitario.





2014



OBJETIVOS DEL ESTUDIO

ESTUDIO DE RESULTADOS EN SALUD RESA 2014

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La publicación del tercer estudio consecutivo de indicadores de resultado de la sanidad privada tiene como objetivo consolidar y ampliar un ejercicio de transparencia ante la sociedad, de acuerdo a la misión del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) de dar a conocer, promover y fomentar la representación institucional del sector sanitario privado español de forma acorde con su peso económico y social, poniendo en valor su realidad y profesionalidad y evidenciando las importantes aportaciones que puede realizar al sistema sanitario nacional.

Como tal, este año el Estudio RESA 2014 tenía como objetivos:

- Volver a presentar, ya con la perspectiva de tres años, un conjunto de indicadores representativos del sector de la sanidad privada y su aportación a la calidad de la atención sanitaria.
- Avanzar aún más, después del importante éxito del año anterior, en la representatividad de los datos, ampliando:
 - › El número de centros participantes
 - › La aportación de información de cada uno de ellos.
 - › Nuevos indicadores que contribuyan a arrojar luz sobre distintas facetas de la sanidad privada.





2014

FICHA METODOLÓGICA

FICHA METODOLÓGICA

2.1. Aumento de los participantes

De nuevo este año, el sector privado amplía significativamente su participación en este estudio con 186 centros participantes (120 centros de grupos hospitalarios y 66 de centros de grupos ambulatorios) que suponen un 47,6% de incremento.

Representación del número de centros sanitarios participantes en el Estudio RESA 2014

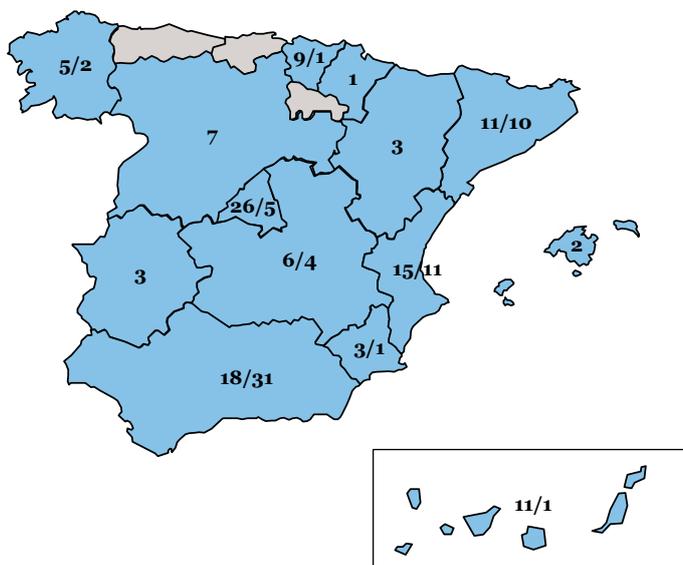
		2013	2014	Diferencia participantes	Variación participación (%)
Estudio RESA	Centros Grupos Hospitalarios	116	120	+ 4	+ 3,5%
	Centros Grupos Ambulatorios	10	66	+ 56	+ 560,0%

La participación del Estudio RESA 2014 ha aumentado tanto en su número de centros hospitalarios como ambulatorios, siendo estos últimos los que presentan un incremento más espectacular con la incorporación de 3 grupos que centran su actividad sanitaria en el tratamiento de la diálisis, del cáncer mediante técnicas de radioterapia y de realización de pruebas diagnósticas como mamografías, resonancias magnéticas y TAC.

Los centros participantes tienen también una amplia distribución geográfica:

EL ESTUDIO RESA 2014 HA INCREMENTADO ESTE AÑO UN 47,6% EL NÚMERO DE CENTROS PARTICIPANTES

Representación del número de centros sanitarios participantes en el Estudio RESA 2014 por Comunidad Autónoma (centros hospitalarios/centros ambulatorios)



2.2. Crecimiento de la participación

Quizás más importante aún que el aumento de centros participantes, sea el **significativo incremento en la aportación de datos para cada indicador**.

Figura 1. Aumento de la participación en los indicadores del Estudio RESA 2014

Área	Indicador	RESA 2013	RESA 2014	% incremento
Altas	EMAC	285.697	432.894	+ 51,6%
Pruebas	Demora TAC	110.969	255.022	+ 130,0%
CCEE	Demora oftalmología	154.007	214.835	+ 39,5%
Urgencias	Demora en triaje	1.657.445	1.840.125	+11,0%
Cáncer	Demora c. colon	646	979	+51,5%

Estos datos nos reafirman en la iniciativa de transparencia que supone el Estudio RESA: El notable incremento de la participación conseguido lo interpretamos como un excelente indicador de confianza e interés en el estudio. La transparencia genera más transparencia, atrayendo cada vez a más centros a participar.

LA APORTACIÓN DE INFORMACIÓN POR CADA PARTICIPANTE, SE HA INCREMENTADO DE FORMA SOBRESALIENTE

2.3. Datos básicos de los centros participantes

Los centros participantes en el estudio reúnen a los mayores centros y grupos privados de España, como demuestran los datos de actividad y estructura de los mismos:

El conjunto de centros hospitalarios que participan en el Estudio RESA 2014 tienen las siguientes cifras de actividad y recursos en 2013:

Figura 2. Datos básicos de los centros hospitalarios que participan en el Estudio RESA 2014

Actividad asistencial	2011	2012	2013	% Variación 2013/2012
Altas hospitalarias	586.587	706.086	843.864	+19,5%
Intervenciones quirúrgicas con anestesia general	240.639	245.764	268.664	+9,3%
Urgencias asistidas	3.263.959	3.581.312	3.672.205	+2,5%
Recursos hospitalarios	2011	2012	2013	% Variación 2013/2012
Nº camas hospitalización convencional	8.729	10.548	11.071	+5,0%
Camas de UCI adultos	507	684	696	+1,8%
Camas neonatos y pediatría	274	376	372	-1,1%
Quirófanos de cirugía mayor	495	565	575	+1,8%
Salas de partos	111	137	146	+6,6%

2.4. Proceso de selección de los indicadores

El Comité del Estudio RESA acordó mantener los indicadores del año anterior y ampliar el contenido a:

- Algunos indicadores de temas ya estudiados en años anteriores (incorporando la estancia media pre-quirúrgica y el ratio de cirugía ambulatoria).
- Indicadores de las áreas de Oftalmología y Reproducción Asistida.

Como en anteriores ediciones los criterios de selección se fundamentan en que se trate de indicadores significativos de la atención sanitaria privada, fácilmente comprensibles para el usuario y que se encuentren disponibles en la mayoría de los centros.

Los 25 indicadores identificados por el grupo de trabajo del IDIS que mejor refleja estos criterios de selección, son los listados en la siguiente tabla:

Indicadores Estudio RESA 2014		
Cód	Nombre del indicador	Tipo de indicador
1	Estancia media ajustada por casuística	Resultado
2	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (Mamografía, RM y TAC)	Proceso
3	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (Mamografía, RM y TAC)	Proceso
4	Tiempo medio de espera de citación primera consulta especialista (Oftalmología, Dermatología, Traumatología, Ginecología y Obstetricia)	Proceso
5	Tiempo medio de asistencia en <i>triage</i> en urgencias	Proceso
6	Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias	Proceso
7	Espera media quirúrgica	Proceso
8	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama	Proceso
9	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de colon	Proceso
10	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de pulmón	Proceso
11	Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico	Resultado
12	Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta	Resultado
13	Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	Proceso
14	Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente	Proceso
15	Ratio de intervenciones de cirugía segura ("check list" quirúrgico)	Proceso
16	Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo	Resultado
17	Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso	Resultado
18	Ratio de colonoscopias realizadas con sedación	Proceso
19	Ratio de gastroscopias realizadas con sedación	Proceso
20	Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días	Resultado
21	Estancia media pre-quirúrgica	Resultado
22	Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	Resultado
23	Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas	Resultado
24	Tasa de recién nacido vivo único a término por ciclo iniciado	Resultado
25	Ratio de ciclos resultantes en embarazo	Resultado

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

- 30 indicadores cuantitativos que son elaborados sobre bases de datos individualizadas por paciente.
- 16 indicadores cualitativos en base al análisis de la documentación suministrada por el centro (indicadores de acreditación y autorización y de implantación de políticas de calidad).

LA SELECCIÓN DE INDICADORES REALIZADA, INCLUYENDO NUEVAS INCORPORACIONES, PERMITEN VISUALIZAR CLARAMENTE LOS PRINCIPALES LOGROS DE CALIDAD DE LA SANIDAD PRIVADA



2.5. Recopilación y procesamiento de los indicadores

Todos los datos expuestos se refieren al año 2013, a excepción de los indicadores 24 y 25 relativos a reproducción asistida, en los que el año de referencia de la información aportada ha sido 2012, para incluir los ciclos iniciados en 2012 con nacimiento en el 2013.

Los datos han sido recopilados entre los meses de Marzo y Abril de 2014 mediante bases de datos estandarizadas solicitadas a los centros. Los indicadores cuantitativos fueron siempre recopilados con bases de datos a nivel de paciente y se consideraron sólo aquellos que cumplieran todos los requisitos prefijados, condición altamente exigente que genera que en algunos indicadores existan denominadores diferentes.

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

La fuente de una buena parte de los indicadores la constituye el denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización que se recoge y codifica al alta del paciente hospitalizado en todos los centros, y que tiene

la obligación de enviarse a la administración sanitaria correspondiente con valor de declaración formal de la actividad de los centros.

En los gráficos se presenta siempre el número total de casos con el que se ha trabajado. Para todos los indicadores se recogen datos del año 2013: valor del conjunto y la desviación estándar de los valores de los centros. Cuando el reporte de información lo ha permitido, se especifica la evolución desde 2009.

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

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



2014

EFICIENCIA

EFICIENCIA

3.1. Estancia media ajustada por casuística

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

El indicador de estancia media ajustada por casuística continúa mostrando unos parámetros de probada eficiencia, **especialmente en esta nueva edición del Informe RESA en el que se ha incrementado el número de casos evaluados en un 51,5%.**

La EMAC de los centros participantes no sólo es excepcionalmente ajustada sino que además ha bajado 67 centésimas de día desde 2010. Se aprecia por lo tanto que un indicador, que ya se encontraba en parámetros de excelencia, ha continuado mejorando.

Esta mejoría no se ha visto alterada por la mayor participación de centros en el indicador (que casi ha duplicado el número de altas estudiado), por lo que podemos concluir que la participación de más centros no sólo no empeora el resultado sino que lo mejora.

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

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

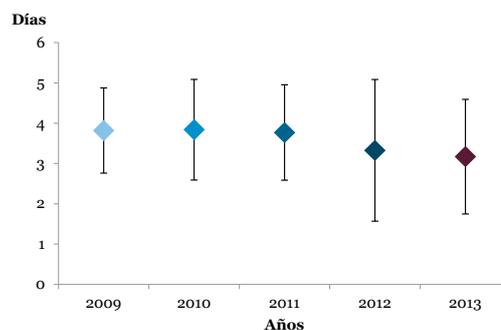
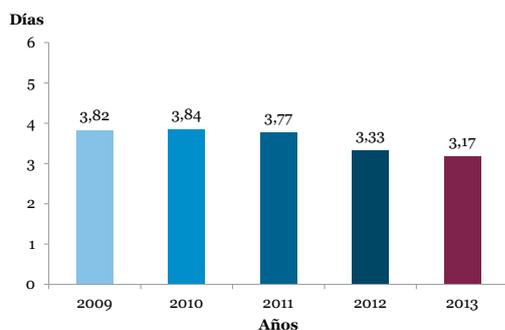
ESTE INDICADOR ALCANZA NIVELES DE EXCELENCIA, SITUANDO A LOS CENTROS PARTICIPANTES ENTRE LOS QUE OBTIENEN MEJORES RESULTADOS A NIVEL INTERNACIONAL

INDICADOR 1

Estancia media ajustada por casuística (2009-2013, medido en días)

Número de ingresos hospitalarios 2009: 115.725, 2010: 118.763, 2011: 133.279; 2012: 285.697 y 2013: 432.984

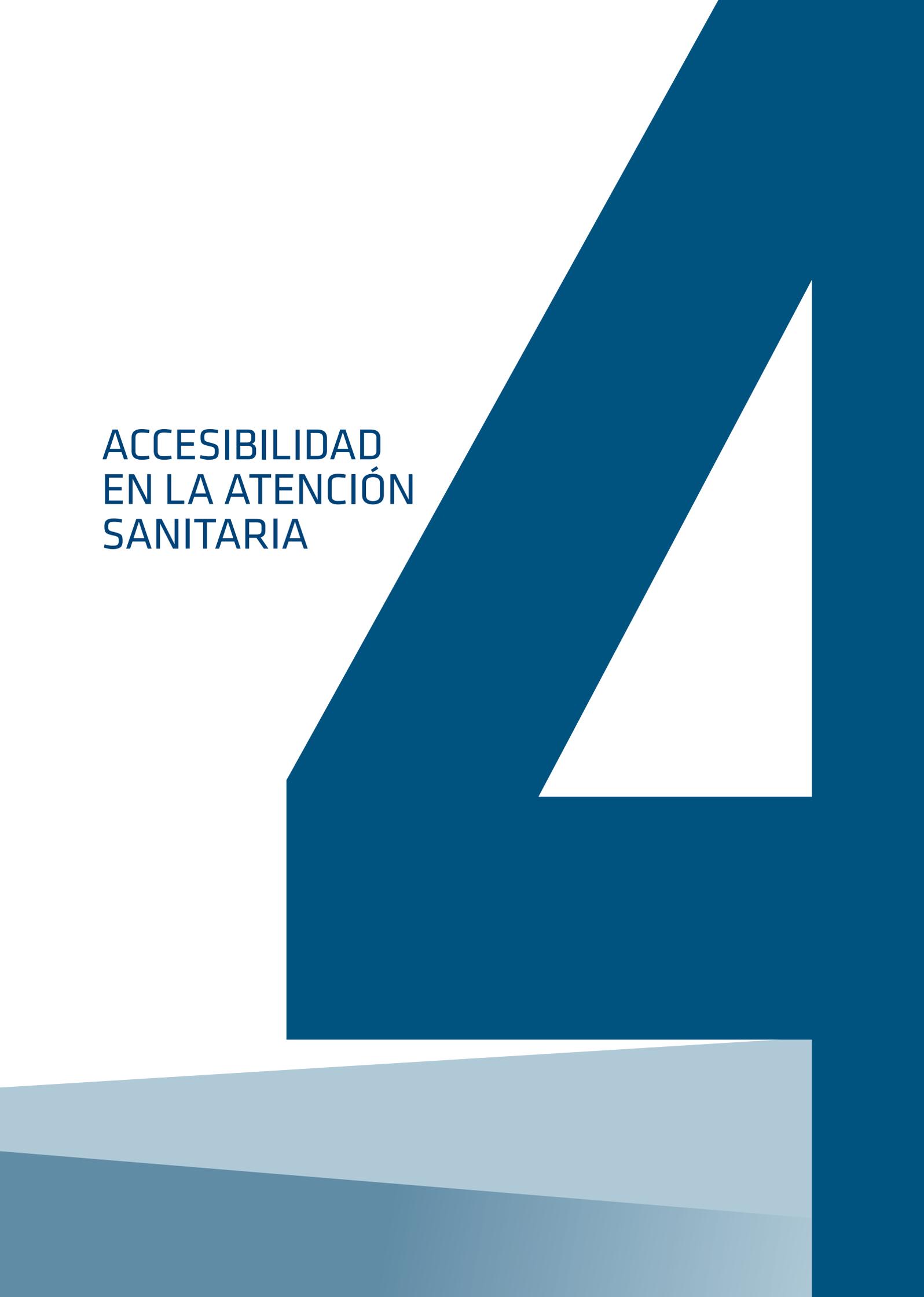
Incremento 2013/2012: +51,5%







2014



ACCESIBILIDAD
EN LA ATENCIÓN
SANITARIA

ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Nuevamente abordamos en este Estudio RESA 2014 los tiempos de acceso del paciente a los servicios más importantes y los tiempos posteriores para la realización de informes de pruebas.

Cabe destacar el gran incremento de participación en estos indicadores pasando de analizar 95.000 a 130.000 pruebas para la mamografía, de 191.000 a 340.000 pruebas para la resonancia magnética y de 140.000 a 241.000 para el TAC.

4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

Los tiempos medios de espera de citación para Mamografía, Resonancia Magnética (RM) y Tomografía Axial Computarizada (TAC) se han medido también este año para todas las

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

INDICADOR 2

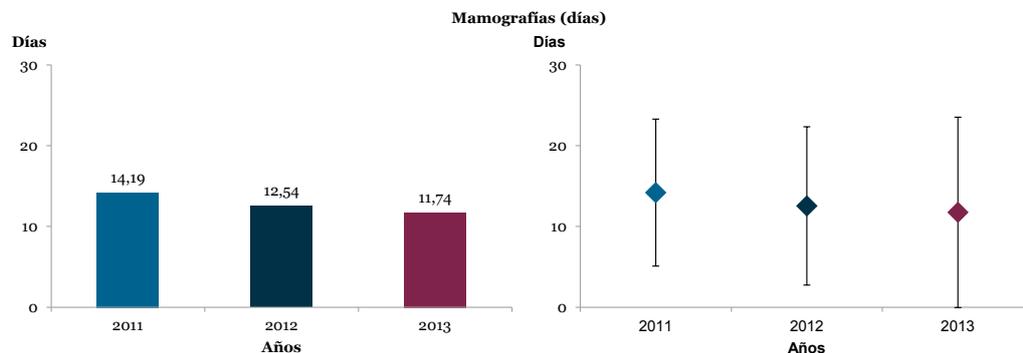
Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

INDICADOR 2.1

Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2011-2013, tiempo en días)

Número mamografías 2011: 71.996; 2012: 96.140 y 2013: 139.294

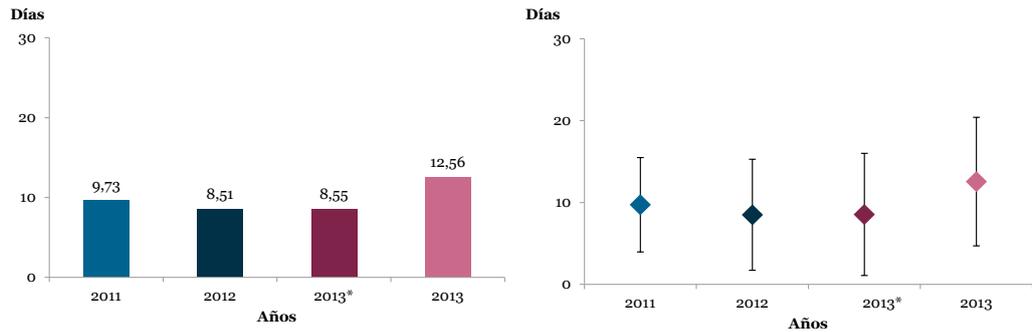
Incremento 2013/2012: +44,8%



INDICADOR 2.2

Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2011 -2013, tiempo en días)
 Número resonancias magnéticas 2011: 179.604; 2012: 183.501 y 2013*: 233.735 y 2013: 369.046
 Incremento 2013/2012: +117,4%

Resonancia magnética osteomuscular (días)

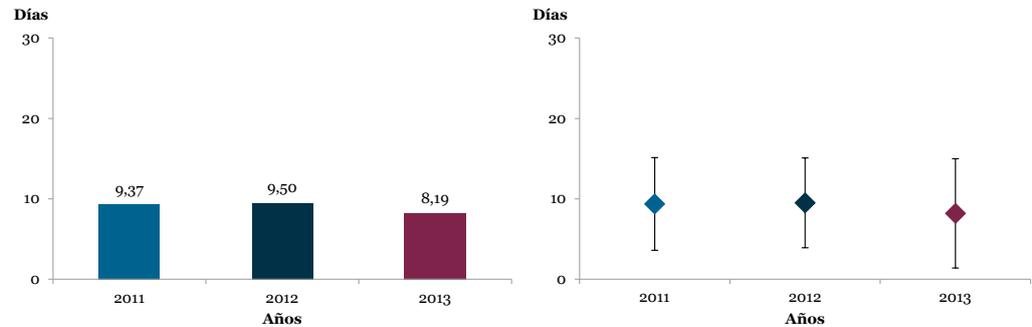


*Indicador calculado con la misma base de centros que participaron en el Estudio Resa 2013, datos 2012.

INDICADOR 2.3

Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2011-2013, tiempo en días)
 Número tomografías axiales computerizadas 2011: 96.682; 2012: 110.969 y 2013: 255.022
 Incremento 2013/2012: +129,8%

Tomografía axial computerizada (días)



Los tiempos de espera para citación de mamografías y TAC , incluyendo las revisiones programadas, continúan encontrándose en una situación excepcional con tiempos que no llegan a las 2 semanas en el caso de las mamografías o a los 9 días en el caso del TAC. Además, en ambos casos los resultados mejoran este año.

En el caso de la Resonancia Magnética, aun manteniéndose un excelente resultado (menos de dos semanas), la espera media ha aumentado respecto al año anterior. Ello es debido al incremento significativo de la participación del número de centros con un importante volumen de casos.

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

SE CONSOLIDA EL PATRÓN DE AUSENCIA DE DEMORA EN LA CITACIÓN DE PRUEBAS EN LA GRAN MAYORÍA DE LOS CENTROS

4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

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

En este caso se ha medido el tiempo transcurrido desde que se realiza la prueba hasta que se ha realizado el informe con los resultados y se encuentra disponible para su recogida por el paciente o su facultativo.

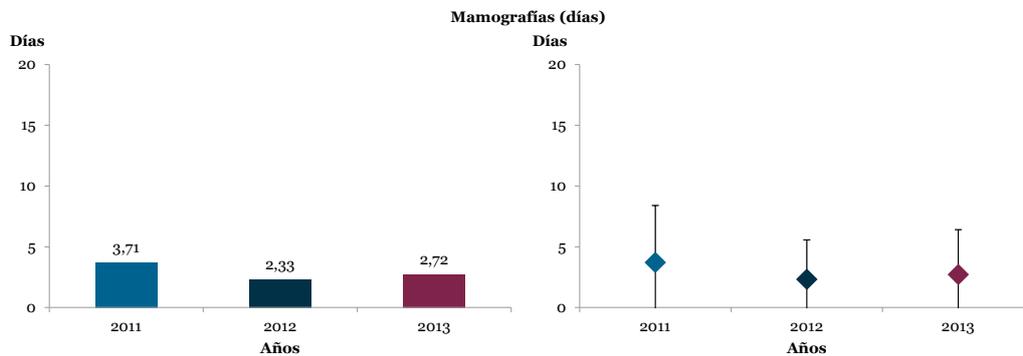
INDICADOR 3

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

INDICADOR 3.1

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2011-2013, tiempo en días)

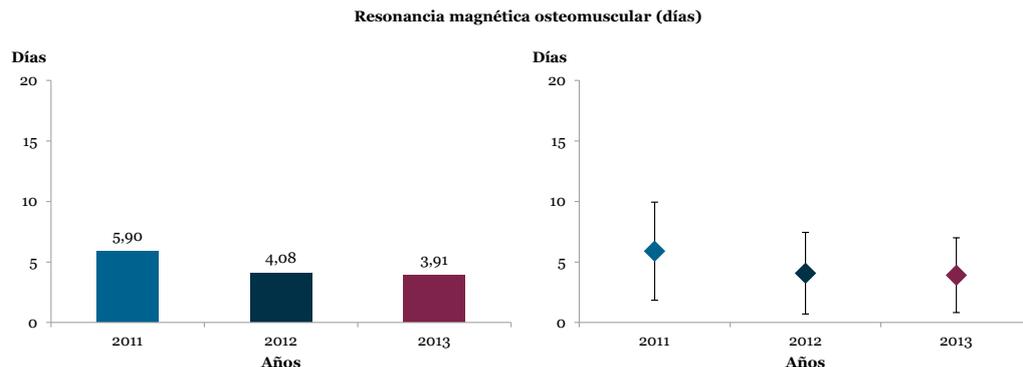
Número mamografías 2011: 70.255; 2012: 95.665 y 2013: 130.766
Incremento 2013/2012: +36,7%



INDICADOR 3.2

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2011-2013, tiempo en días)

Número resonancias magnéticas 2011: 168.906; 2012: 191.290 y 2013: 345.172
Incremento 2013/2012: +80,4%



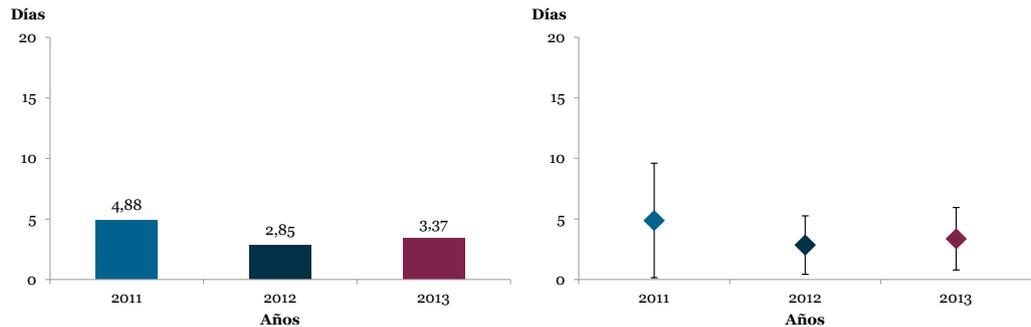
INDICADOR 3.3

Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2011 -2013, tiempo en días)

Número tomografía axial computerizada 2011: 98.630; 2012: 140.495 y 2013: 241.354

Incremento 2013/2012: +71,7%

Tomografía axial computerizada (días)



Como vemos en las gráficas, los tiempos de entrega de las pruebas de diagnóstico por la imagen continúan manteniendo unos excelentes

resultados, con menos de 3 días para las mamografías, y menos de cuatro para la RM y el TAC.

4.3. Tiempo medio de citación para consultas de especialista

El tiempo de citación para consultas de algunas especialidades de gran volumen, no sólo obtiene unos valores excelentes, sino que ha mejorado discretamente desde el año anterior.

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

LA ATENCIÓN A LA DEMANDA DE CONSULTA DEL ESPECIALISTA HA MEJORADO AÚN MÁS, SUS YA EXCELENTES RESULTADOS, CON UNA MEDIA DE 12 DÍAS

INDICADOR 4

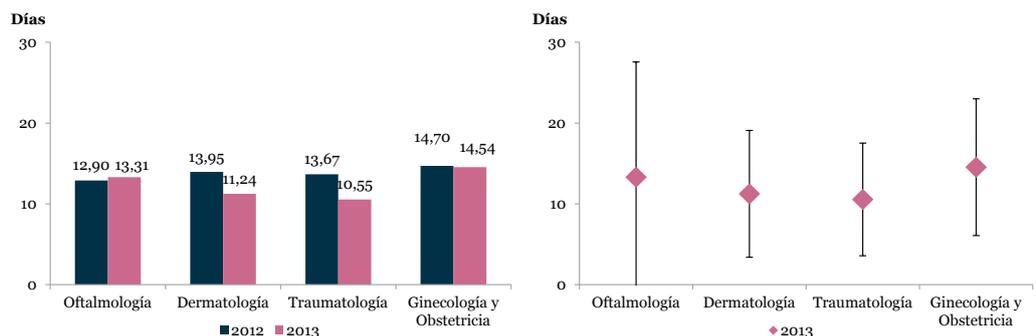
Tiempo medio de espera de citación para consultas de especialista (2012-2013, tiempo en días)

Número de consultas Oftalmología 2012: 153.998 y 2013: 214.835 . Incremento 2013/2012: +39,5%

Número de consultas Dermatología 2012: 186.158 y 2013: 265.584 . Incremento 2013/2012: +42,6%

Número de consultas Traumatología 2012: 305.520 y 2013: 391.637 . Incremento 2013/2012: +28,2%

Número de consultas Ginecología y Obstetricia 2012: 182.490 y 2013: 220.446. Incremento 2013/2012: +20,7%



4.4. Tiempo medio en urgencias

Como siempre, separamos la espera en urgencias en dos fases:

función de la prioridad/gravedad del caso para su atención (fase denominada *triage*).

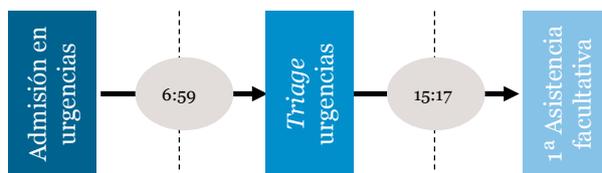
- Valoración del paciente en el momento de llegar a urgencias y clasificación del mismo en
- Tiempo transcurrido entre el *triage* y la atención médica efectiva por el facultativo indicado.

INDICADORES 5 y 6

Tiempo medio de asistencia en urgencias (2011-2013, tiempo en minutos)

Número de urgencias 2009: 891.659, 2010: 897.765, 2011: 1.298.027; 2012: 1.621.722 y 2013: 1.840.125

Incremento 2013/2012: +13,5%

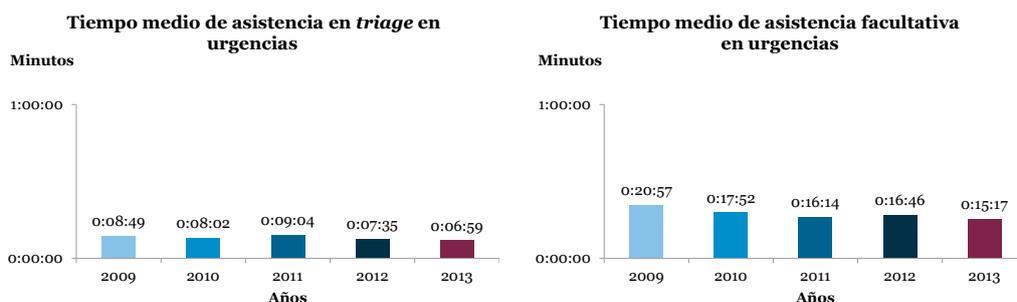


INDICADORES 5 y 6

Tiempo medio de asistencia en urgencias (2011-2013, tiempo en minutos)

Número de urgencias 2009: 891.659, 2010: 897.765, 2011: 1.298.027; 2012: 1.621.722 y 2013: 1.840.125

Incremento 2013/2012: +13,5%



CONTINÚA LA TENDENCIA A REDUCIR, AÚN MÁS, EL TIEMPO MEDIO ENTRE EL *TRIAGE* Y LA ASISTENCIA FACULTATIVA EN CASI 2 MILLONES DE URGENCIAS EVALUADAS

Los tiempos medios obtenidos, tanto para el *triage* como para la asistencia facultativa, pueden considerarse de excepcional agilidad en la atención a la urgencia con una media de espera que **no supera los 23 minutos en total**, en cerca de 2 millones de urgencias analizadas en el año 2013.

Continúa un año más por lo tanto, la tendencia a reducir el tiempo medio de espera en urgencias.

Ello es así tanto para el tiempo de espera para *triage*, que se ha visto reducido en cerca

de un minuto, como para el tiempo de espera para primera asistencia de facultativo que ha disminuido en más de un minuto.

Por otra parte cabe destacar el esfuerzo realizado por los nuevos centros hospitalarios que han incorporado a sus sistemas de gestión el análisis de los tiempos de espera de los pacientes en sus servicios de urgencias y que posibilitan realizar iniciativas de mejora continua sobre los procesos asistenciales de forma que se incremente la satisfacción de los pacientes.

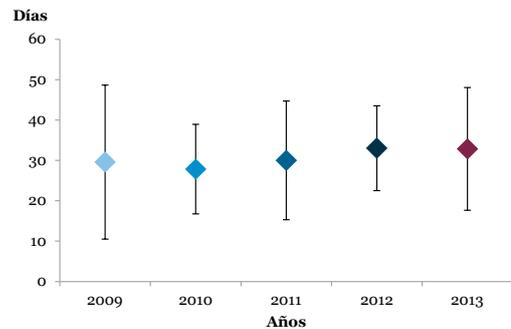
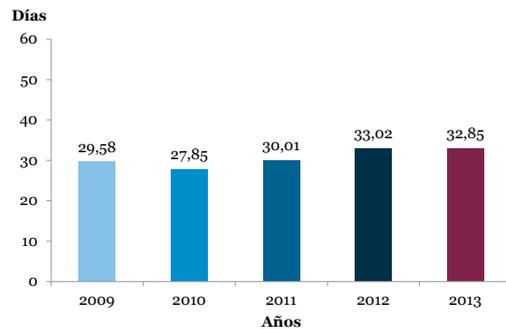
4.5. Espera media quirúrgica

Medimos aquí la espera para intervenciones programadas desde la realización de la consulta de pre-anestesia hasta la realización de la intervención.

INDICADOR 7

Espera media quirúrgica (2009-2013, tiempo en días)

Número intervenciones quirúrgicas 2009: 34.761, 2010: 40.325, 2011: 45.915; 2012: 50.022 y 2013: 75.189
Incremento 2013/2012: +50,3%



El indicador sigue estando en el entorno de los 30 días, lo que constituye una excelente muestra de la disponibilidad de los recursos quirúrgicos en los centros privados.

Se ha producido una pequeña mejoría de un día respecto al año anterior, pero observando el conjunto de la serie, parece que se trata de un valor estabilizado en torno a los 30 días con pequeñas oscilaciones anuales.

En este caso, el importante incremento de casos incluidos en el análisis si que ha supuesto una mayor variabilidad entre los centros.

EXCELENTE DISPONIBILIDAD DE RECURSOS QUIRÚRGICOS, CON UNA ESPERA MEDIA ENTORNO A 30 DÍAS

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

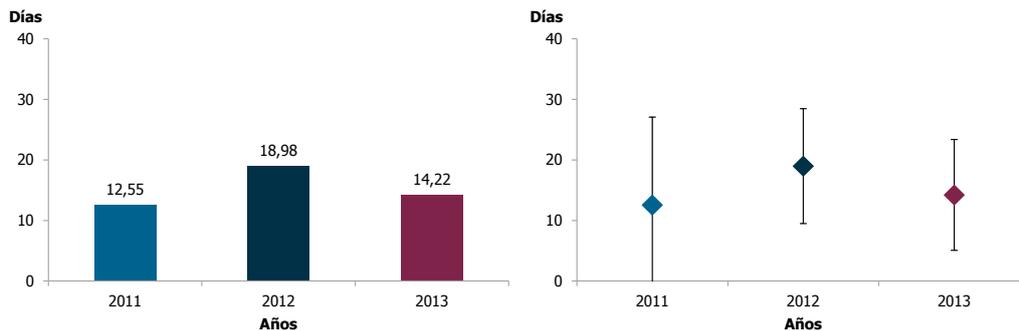
De entre los indicadores que más interés han despertado en estudios anteriores RESA, se encuentran los de tiempo medio entre el diagnóstico y el tratamiento en procesos oncológicos.

Estos indicadores miden la demora media entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento indicado en cada caso (sea éste quirúrgico, radioterápico o farmacológico) en los centros participantes en el estudio.

INDICADOR 8

Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama (2011-2013, tiempo en días)

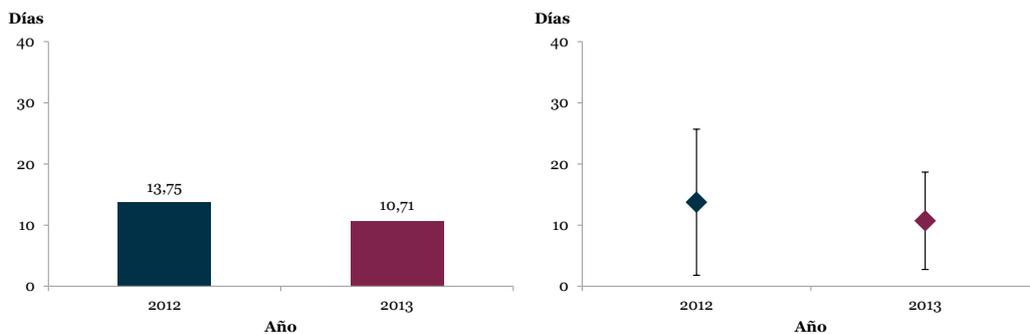
Número de pacientes 2011: 1.993; 2012: 2.168 y 2013: 2.165
Evolución 2013/2012: -0,1%



INDICADOR 9

Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de colon (2012-2013, tiempo en días)

Número de pacientes 2012: 646 y 2013: 979
Incremento 2013/2012: +51,5%

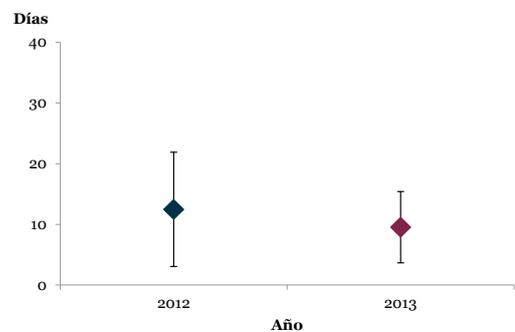
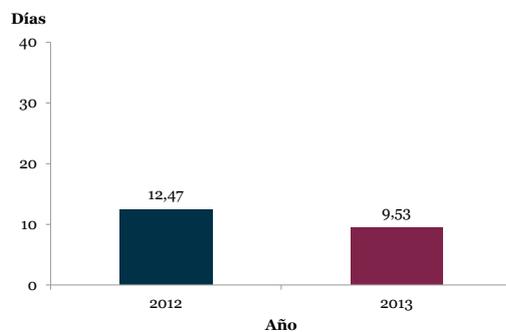




INDICADOR 10

Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de pulmón (2012-2013, tiempo en días)

Número de pacientes 2012: 611 y 2013: 791
Incremento 2013/2012: +29,5%



En los tres tipos de cáncer, el tiempo transcurrido para el inicio del tratamiento se continúa manteniendo un año más en promedios inferiores a las dos semanas, y con intervalos de confianza que no superan las tres semanas. Esto es un excelente dato de agilidad en el tratamiento, dado que las recomendaciones internacionales suelen centrarse en períodos de hasta 8 semanas para el tratamiento del cáncer.

En los tres casos, se produce además una mejoría en los tiempos que ya eran muy buenos. Como comentábamos, la salida a la luz de estos datos ha hecho que muchos centros revisen sus procesos

mejorándolos. Además, tanto en cáncer de colon como de pulmón, la mejoría se produce habiéndose incrementado notablemente el número de casos analizados (+52% y +29% respectivamente).

EL TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA EN CÁNCER DE COLON Y EN CÁNCER DE PULMÓN EN 2013 ES TAN SOLO DE 10 DÍAS, CON UNA CLARA TENDENCIA A LA MEJORA



2014

RESOLUCIÓN ASISTENCIAL

RESOLUCIÓN ASISTENCIAL

Volvemos a analizar los reingresos y retornos a urgencias como indicadores de resolución asistencial.

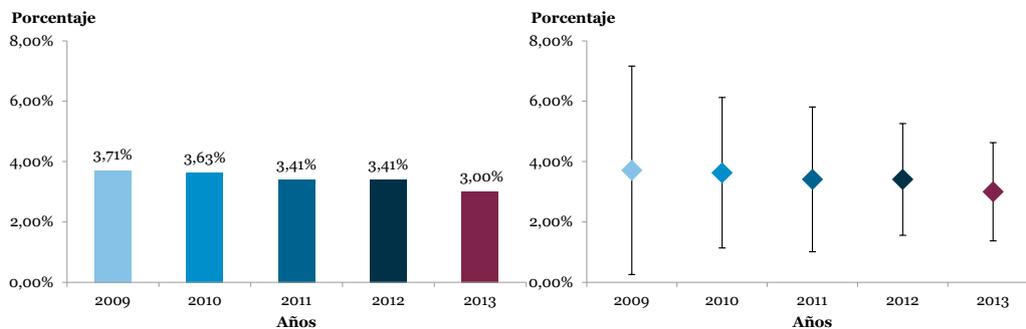
Estos indicadores, bastante utilizados en el entorno hospitalario, miden las tasas de retorno del paciente al servicio de urgencias y a hospitalización.

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

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

INDICADOR 11

Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico (2009-2013, en %)
Número urgencias 2009: 448.985, 2010: 557.906; 2011: 785.513; 2012: 764.569 y 2013: 892.634
Incremento 2013/2012: +16,8%



El indicador muestra una importante mejora en su evolución siguiendo una clara tendencia a la reducción del número de pacientes que retornan a urgencias a las 72 horas. Estos resultados demuestran que los centros sanitarios cada vez se encuentran más sensibilizados por poder realizar la trazabilidad de los pacientes atendidos en sus servicios de urgencias.

LA TASA OBTENIDA SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES, MOSTRANDO INCLUSO UNA CLARA TENDENCIA A LA MEJORA

Como se ha comentado en años anteriores la tasa obtenida se encuentra en un nivel similar a las conocidas.

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

La tasa de reingresos hospitalarios por el mismo diagnóstico dentro de los 30 días post alta es otro de los indicadores de mayor interés.

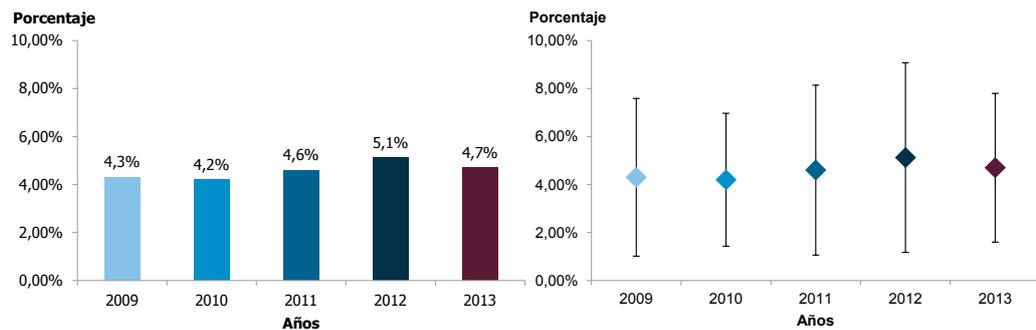
Actualmente se presta una especial atención a este indicador como marcador de problemas en el proceso tanto sea éste intrahospitalario cómo del proceso de seguimiento post hospitalización en los pacientes crónicos.

INDICADOR 12

Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta (2009-2013, en %)

Número ingresos 2009: 366.366; 2010: 399.823, 2011: 485.871; 2012: 699.762 y 2013: 687.819

Evolución 2013/2012: -1,7%



Los resultados obtenidos para este indicador rompen la tendencia creciente de los últimos años, volviendo a valores similares a los del año 2011. Además, esta reducción de la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados viene también acompañada por una reducción de la variabilidad

de los resultados obtenidos por centro, lo que demuestra que la cultura de evaluar los resultados conlleva a su vez el diseño de acciones de mejora continua con las que los centros hospitalarios mejoran su eficiencia y la calidad de la atención sanitaria prestada a los pacientes.





2014

CALIDAD
Y SEGURIDAD
DEL PACIENTE



CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los indicadores cuantitativos permiten valorar el resultado de las políticas de calidad y eficiencia en los centros, pero la información que suministran no permite conocer el esfuerzo que dedican los centros y los profesionales a implantar políticas de calidad y seguridad del paciente.

Es por ello que desde su inicio, en el estudio RESA se han incluido un conjunto de indicadores de implantación de políticas de calidad en base a una valoración cualitativa de la documentación que suministran los centros.

6.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

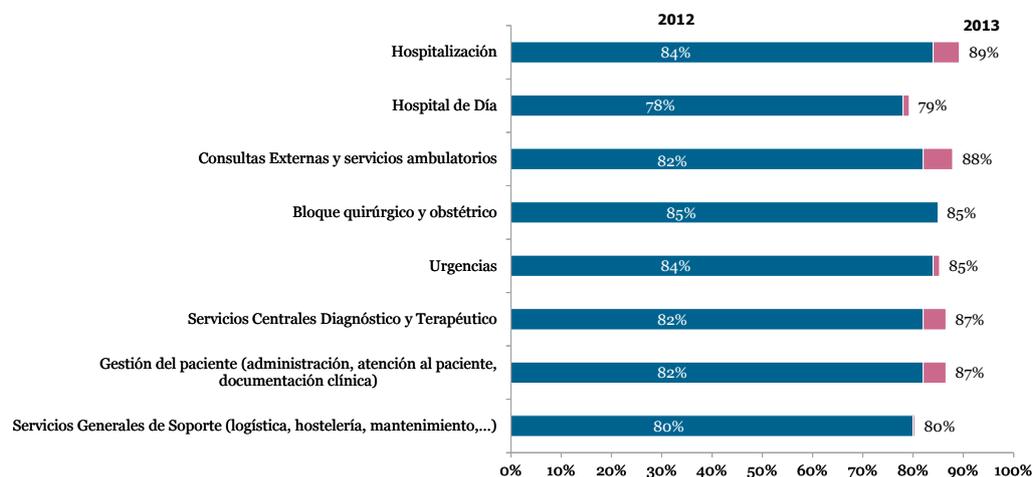
Se ha solicitado a los centros, el envío de copia de las certificaciones obtenidas. Se han considerado únicamente como aceptadas las certificaciones más habituales de organismos internacionales y/o de reconocida solvencia.

INDICADOR 13

Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

Número de centros hospitalarios: 2011: 59; 2012: 65 y 2013: 68

Incremento 2013/2012: +4,6%



El resultado es excelente y continúa mejorando la situación del año anterior, contando además con que se han incorporado a la información de este indicador tres hospitales más. De los centros participantes (y en este indicador participan más del 70% de los centros del estudio), más del 85% tienen certificaciones en las principales áreas del hospital. La certificación, como se demuestra año tras año, se ha convertido en la norma entre los participantes.

LA ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CALIDAD SE HA CONVERTIDO YA EN LA NORMA EN LA SANIDAD PRIVADA

6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente

El otro elemento que medimos en este capítulo es la implantación de políticas y procedimientos de mejora de la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente constituye también hoy día uno de los grandes campos de batalla de la calidad asistencial con el objetivo de prevenir los eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria.

Hemos valorado aquí la documentación sobre cinco de las buenas prácticas más recomendadas internacionalmente:

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

LA IMPLANTACIÓN DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD, RESALTA EL COMPROMISO DE LA SANIDAD PRIVADA POR OFRECER UNA ASISTENCIA DE CALIDAD AL PACIENTE

5. Protocolo de cirugía segura "Check list"

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

INDICADOR 14

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente

6.2.1. Protocolo de higiene de manos

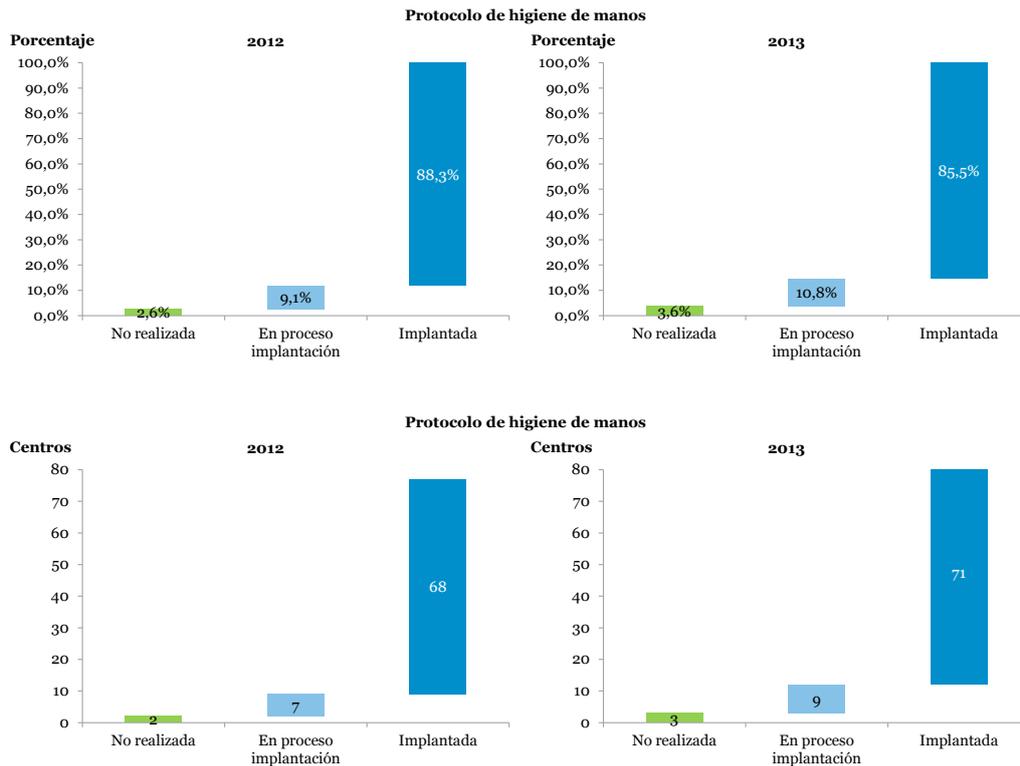
La higiene de manos constituye sin duda la práctica con mejor relación coste-beneficio entre las políticas de seguridad del paciente y constituye un elemento clave en la prevención de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS o infecciones nosocomiales).



INDICADOR 14.1

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente: Higiene de manos (2012-2013, protocolización en %)

Número de centros hospitalarios 2012: 77 y 2013: 83
Incremento 2013/2012: +7,8%



Si bien, la evolución en números absolutos de este indicador muestra cómo ha aumentado el número de centros con la política implantada, los porcentajes presentan un discreto decrecimiento respecto al año anterior debido a que en los nuevos centros que aportan información (3) el nivel de implantación es menor.

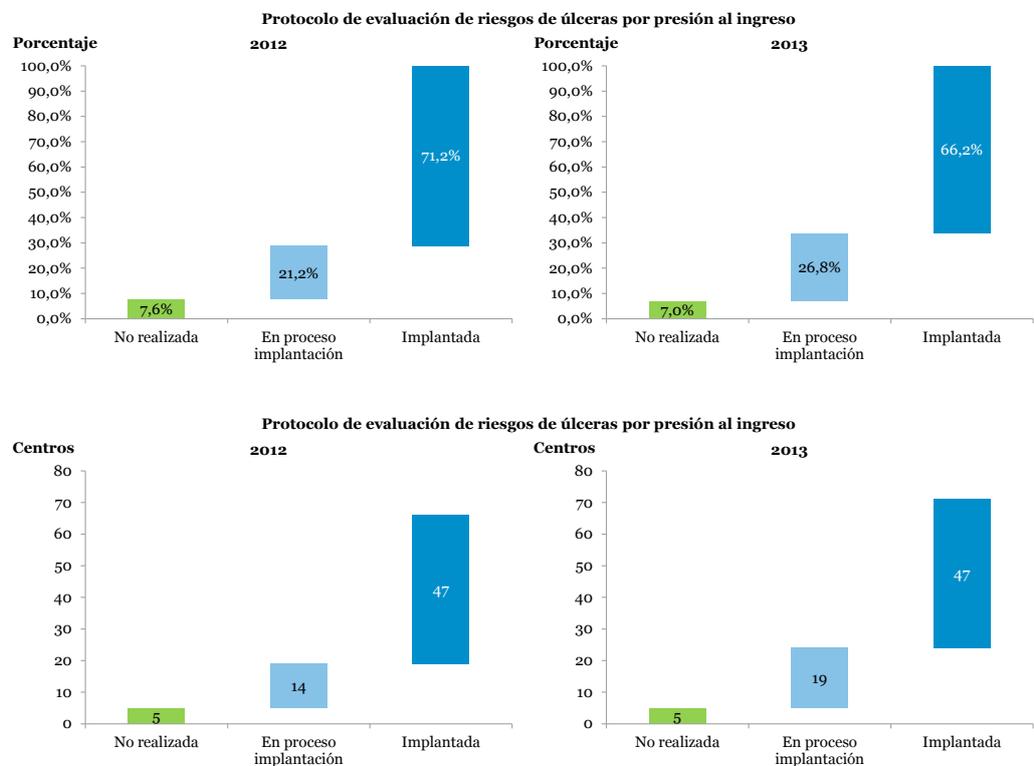
Podemos por tanto considerar como plenamente implantada y formalizada esta política en la gran mayoría de los centros participantes en el estudio.

6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión al ingreso

Las tasas de úlceras por presión (UPP), uno de los riesgos más importantes de la hospitalización sobre todo en pacientes mayores frágiles y dependientes, son monitorizadas en la mayoría de los centros hospitalarios. Sin embargo su utilización como indicador tiene el riesgo de que su uso pudiera incentivar el infra-registro, lo que originaría algunos problemas a la hora de obtener una información sistematizada.

Es por ello que en lugar de utilizar directamente estas tasas se optó por utilizar un indicador de la realización de programas de evaluación del riesgo de UPP. Consiste en valorar las políticas de aplicación de unas escalas normalizadas que miden el riesgo del paciente de desarrollar úlceras por presión y, en base a esta valoración, instaurar medidas preventivas.

INDICADOR 14.2
 Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente : Evaluación de riesgo de úlceras por presión (2012-2013, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios 2012: 66 y 2013: 71
 Incremento 2013/2012: +7%



También como en el caso anterior, la evolución nos muestra cómo el total de centros que tienen esta política implantada y formalizada

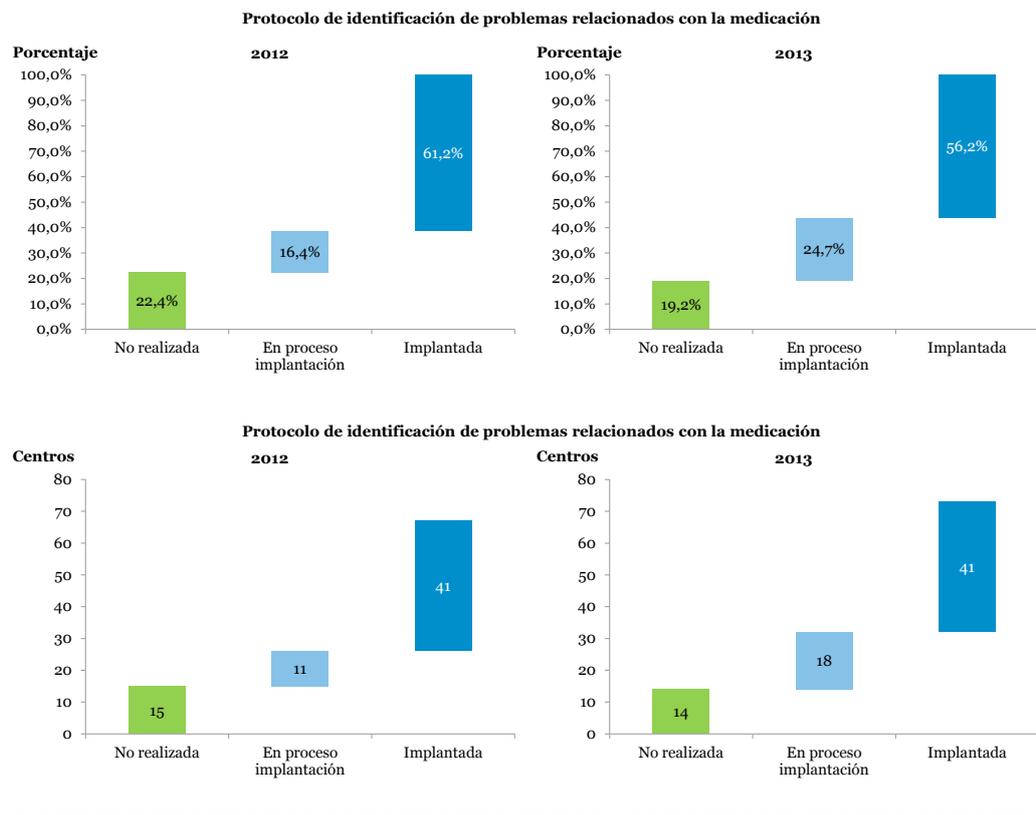
ha ido aumentando aunque el porcentaje de los mismos haya disminuido como consecuencia de la introducción de más centros.



6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación

Seguramente los programas más complejos de implantar en este capítulo son los de identificación de problemas relacionados con la medicación.

INDICADOR 14.3
 Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente : Problemas relacionados con la medicación (2012-2013, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios 2012: 67 y 2013: 73
 Incremento 2013/2012: +8,9%



Por esta complejidad, se debe considerar como un dato muy positivo el aumento de centros que han pasado a tener implantados estos programas.

6.2.4. Sistema de notificación anónima de eventos adversos

Los sistemas de notificación de eventos adversos son otra de las buenas prácticas recomendadas. Consiste en disponer de un sistema en el que los profesionales pueden notificar, de forma anónima, que se ha producido un evento adverso o una

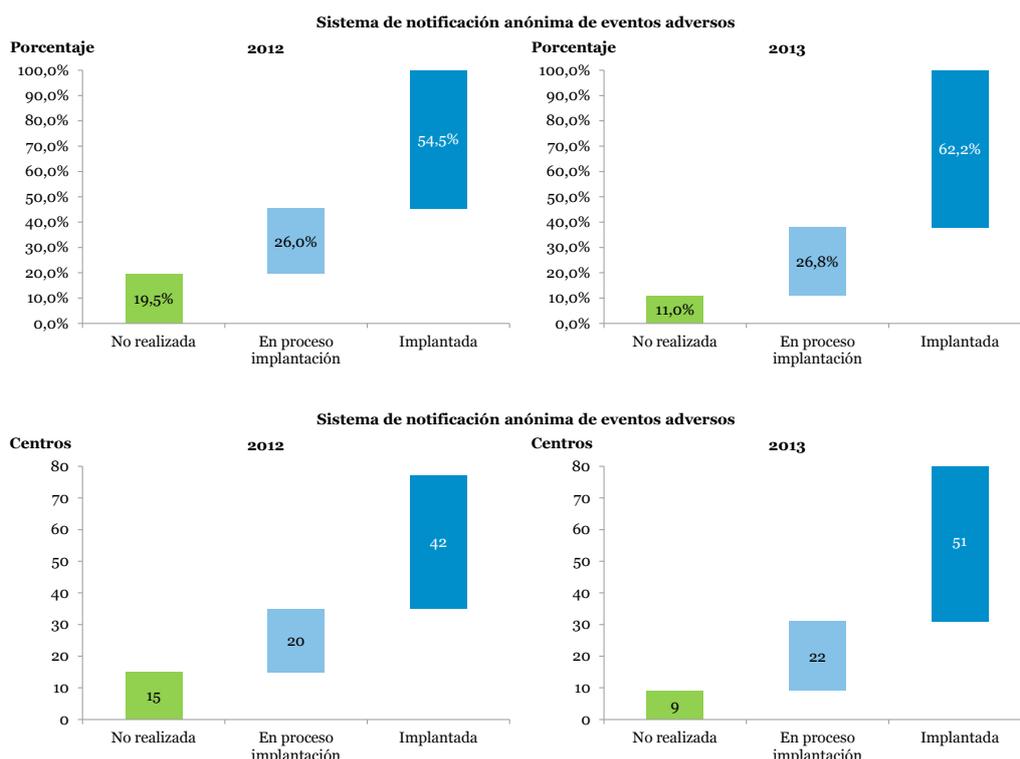
situación de riesgo alto del mismo. En base a esta notificación el centro realiza un análisis de las causas con el fin de evitar que esta situación vuelva a producirse.

INDICADOR 14.4

Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente : Notificación de eventos adversos (2012-2013, protocolización en %)

Número de centros hospitalarios 2012: 77 y 2013: 83

Incremento 2013/2012: +7,8%



En este caso como en los anteriores comprobamos una **evolución muy positiva con un importante incremento de los centros que ya la tienen implantada**. En este caso la ampliación a nuevos centros no genera una proporción de centros con menor implantación. El hecho de que sólo el 11% no tenga esta política implantada, es un excelente dato.

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

- **El interés y el compromiso por la calidad y la seguridad del paciente están ampliamente extendidos** entre los centros que han participado y lo está en todos los indicadores revisados.

■ Estas iniciativas **han aumentado notablemente respecto al año anterior**. La incorporación de más centros ha mantenido y mejorado el estado de implantación de las políticas de seguridad del paciente.

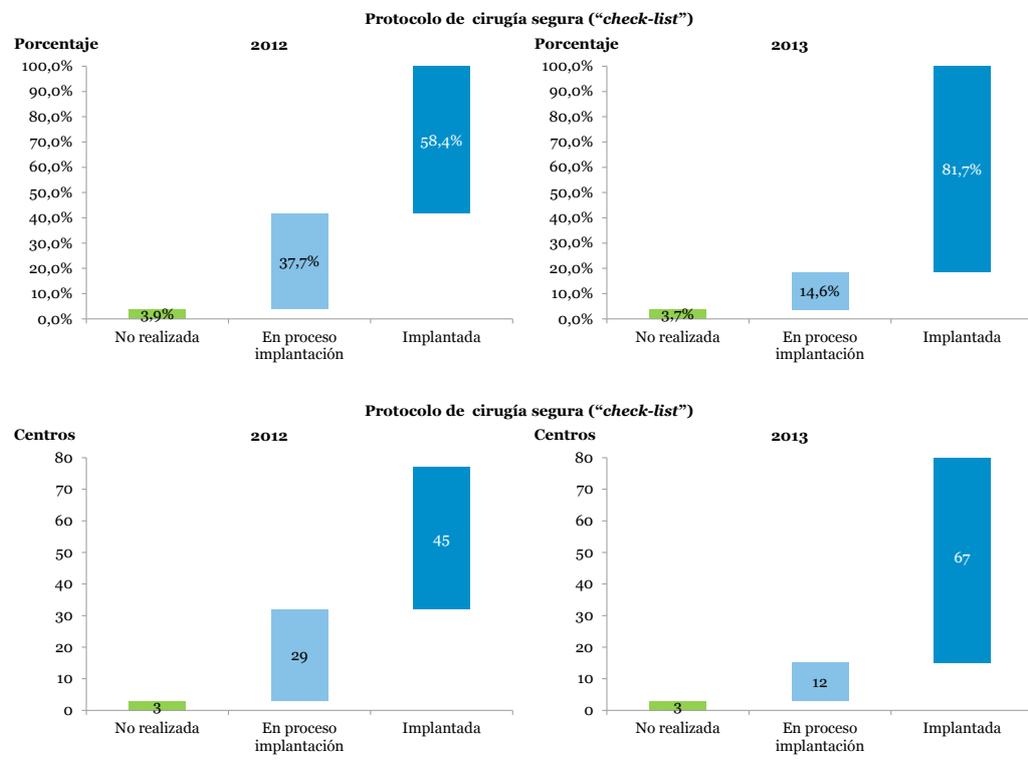
■ La aplicación efectiva de los procedimientos a los pacientes **es ampliamente mayoritaria** como hemos podido comprobar en el grupo de centros que ha informatizado ya la práctica de cirugía segura, obteniéndose unos resultados muy buenos y alentadores.

6.2.5. Protocolo de cirugía segura (“Check list”)

El protocolo de cirugía segura (check-list), consiste en la verificación sistemática de una serie de parámetros que se realizan por fases: cuando el paciente está consciente, una vez ya ha sido anestesiado y después de la cirugía. Este control se realiza, entre otras cosas, para asegurar

cuestiones como que la identificación del paciente y el tipo de cirugía a realizar, son correctas. Continúan apareciendo nuevas publicaciones que demuestran que es altamente efectiva para evitar riesgos

INDICADOR 14.5
Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente : Protocolo de cirugía segura (Check-list) (2012-2013, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios 2012: 77 y 2013: 82
 Incremento 2013/2012: +6,5%



Si la evolución del año anterior ya fue buena, este año lo es aún mejor, lo que supone una excelente noticia. En 2012 este indicador lo tenían implantados el 58,4% de los centros, en

tanto que en 2013 este porcentaje asciende al 81,7%. Por lo tanto, es ya significativamente mayoritaria la presencia de centros con esta política plenamente implantada.

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

La verificación de que esta política es realmente aplicada nos la da este indicador, con el que además de saber si el centro tiene el procedimiento formalizado, valoramos a qué proporción de pacientes quirúrgicos les ha sido aplicado en la práctica. Se trata por lo tanto, no sólo de medir si el centro tiene o no implantado el protocolo, sino también de conocer su implantación operativa.

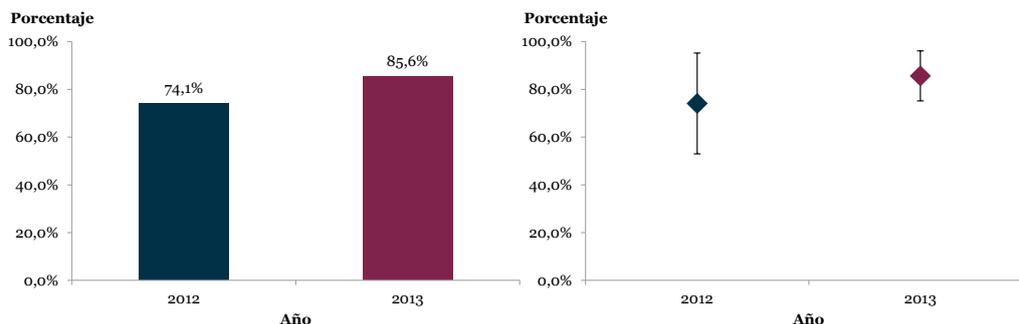
Medir este aspecto implica, necesariamente, que el centro tiene integrado en su sistema informático (para poder efectuar la comprobación verídica) la valoración de cumplimiento del procedimiento para cada paciente que se interviene quirúrgicamente.

INDICADOR 15

Ratio de intervenciones de cirugía segura ("Check list" quirúrgico) (2012-2013, en %)

Número intervenciones quirúrgicas 2012: 77.788 y 2013: 79.689

Incremento 2013/2012: +2,4%



Es importante ver cómo el número de centros que disponen de esta información en su sistema ha aumentado y además que la aplicación del protocolo se va generalizando afectando ya a más del 85% de los pacientes, respecto al 74% del año pasado.



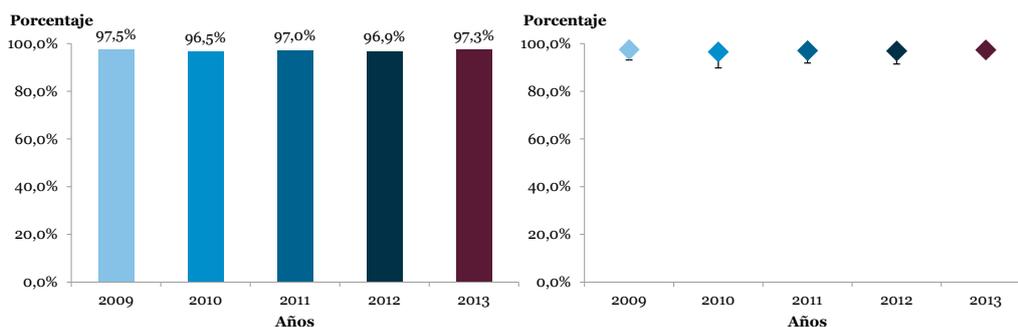


6.3. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo

La mortalidad por causas coronarias es uno de los indicadores clásicos que se pueden obtener del CMBD hospitalario y tiene una amplia utilización internacional.

INDICADOR 16

Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (2009-2013, tasa en%)
 Número pacientes ingresados por IAM 2009: 987, 2010: 909; 2011: 1.711; 2012: 4.137 y 2013: 3.721
 Evolución 2013/2012: -10,1%



Observamos en la serie cómo la supervivencia se mantiene con oscilaciones anuales entre el 96,5% y el 97,5% lo que se puede considerar una situación estable y que coincide con el rango habitual encontrado en hospitales europeos.

LA TASA DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES INGRESADOS POR IAM, SE MANTIENE ESTABLE, Y COINCIDE CON EL RANGO HABITUAL ENCONTRADO EN HOSPITALES EUROPEOS

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

La literatura internacional recoge que la intervención quirúrgica precoz tras una fractura de cadera disminuye la mortalidad y facilita el inicio inmediato de las sesiones de rehabilitación por parte del paciente.

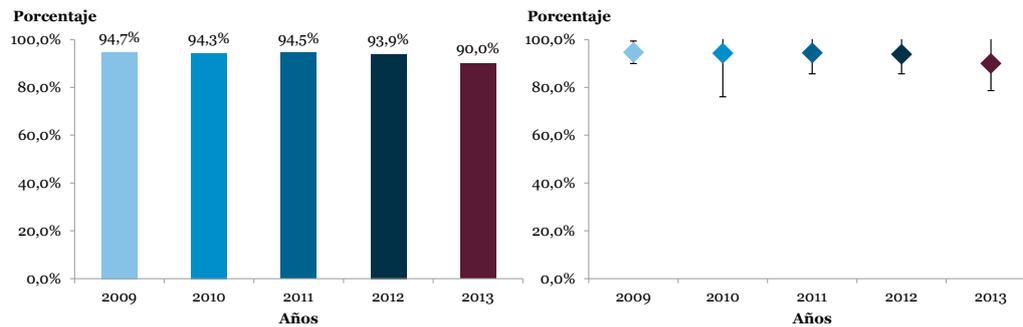
Aplicar esta buena práctica tiene importantes dificultades operativas, siendo frecuentes en muchos hospitales proporciones por debajo del 60%.

INDICADOR 17

Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso (2009-2013, en %)

Número de pacientes 2009: 1.396, 2010: 1.550, 2011: 2.205, 2012: 2.664 y 2013: 5.394

Incremento 2013/2012: +102,5%



Aun manteniéndose dentro de unos estándares muy buenos, se ha producido una discreta disminución en este indicador que en el análisis se observa que es debido, a que tres centros presentan ratios bastante inferiores al resto. Se mantiene por encima del 90% incluso

incrementando más del cien por cien el número de cirugías analizadas por el indicador.

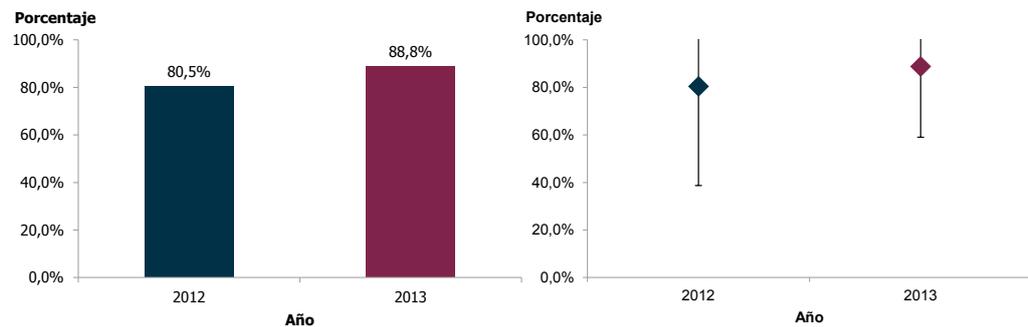
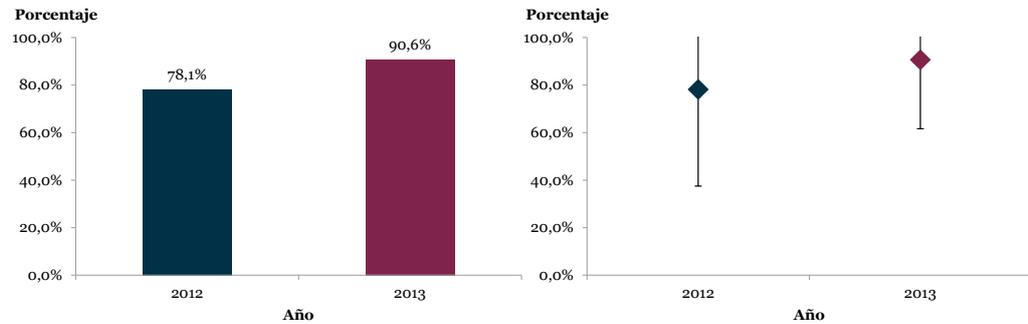
EL RATIO DE CIRUGÍAS DE PRÓTESIS DE CADERA A LAS 48 HORAS SE MANTIENE DENTRO DE LOS ESTÁNDARES ENCONTRADOS EN LA LITERATURA



6.5. Ratios de colonoscopias y gastroscopias realizadas con sedación

La aportación de datos es significativamente superior en el caso de las colonoscopias, circunstancia que refleja la recomendación de

realización periódica de esta prueba preventiva a personas con riesgo de cáncer de colon.



En el informe RESA del año pasado decíamos que la variabilidad sugería que había aún margen de mejora en estos indicadores. Esto es lo que parece que ha sucedido, con una evolución muy

positiva en los dos indicadores (sobre todo en el caso de la colonoscopia que pasa del 78% a más del 90% con sedación) y una muy significativa reducción de la variabilidad entre centros.

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

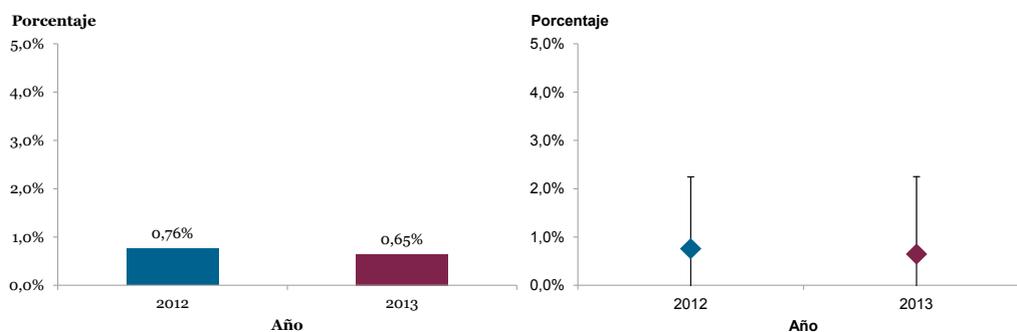
Este indicador es bastante conocido y mide la seguridad de las intervenciones con cirugía ambulatoria.

INDICADOR 20

Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días (2012-2013, %)

Número de intervenciones ambulatorias 2012: 141.030 y 2013: 288.150

Incremento 2013/2012: +104,3%



En este segundo año en que valoramos este indicador, observamos que el número de casos analizados se ha duplicado y el indicador se mantiene en niveles inferiores al del año pasado. Probablemente ello indica más la estabilidad que la mejoría, dado que el intervalo de confianza de esta tasa es muy similar al del año pasado.

En resumen, experimentando un importante incremento en el volumen de centros que suministran la información, el resultado del indicador mejora, posicionándose dentro de los resultados óptimos citados en la literatura que en las revisiones suelen situarse por encima del 1%.





2014

The background features a large, dark blue geometric shape in the top right corner, a white triangular shape pointing downwards from its bottom edge, and several overlapping, semi-transparent light blue shapes at the bottom. The text is positioned in the white triangular area.

NUEVOS INDICADORES 2014

NUEVOS INDICADORES 2014

7.1. Estancia media pre-quirúrgica

Este indicador, de nueva incorporación, mide la eficiencia en el proceso de hospitalización previo a una cirugía con ingreso. Al igual que el de estancia media ajustada por casuística, permite comparaciones con otros sistemas al ser un indicador de uso frecuente.

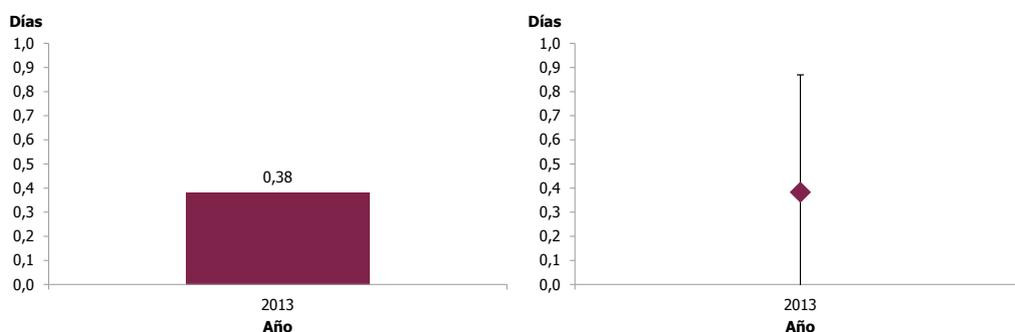
Para su cálculo no se han tenido en cuenta las Cirugías Mayores Ambulatorias ya que en éstas por su definición los pacientes siempre ingresan el mismo día de la intervención quirúrgica.

El resultado es muy claro: la estancia media pre-quirúrgica es de 0,38 días, lo que implica que al menos casi la mitad de los pacientes ingresan sólo horas antes de la intervención. Ello supone que el paciente promedio ingresa 9 horas antes de la intervención, tiempo suficiente para garantizar la correcta preparación. El centro con una estancia pre-quirúrgica mayor, no llega a 1 día en promedio.

INDICADOR 21

Estancia media pre-quirúrgica (2013, %)

Número de intervenciones quirúrgicas 2013: 411.428





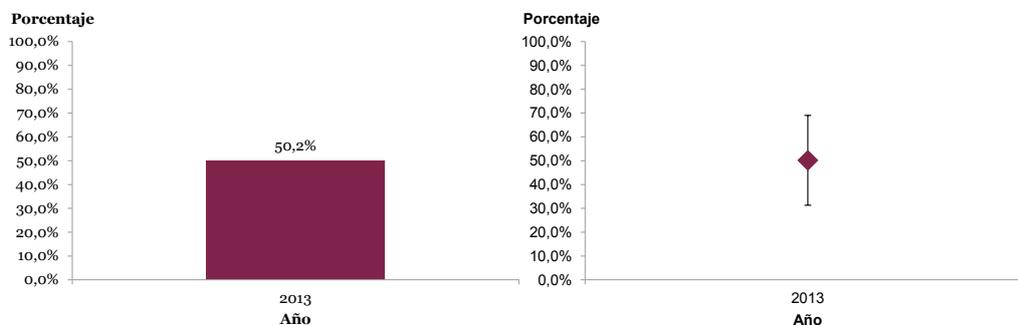
7.2. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias

Como indicador de interés general, se ha introducido este año la ratio de intervenciones ambulatorias sobre el número total de intervenciones quirúrgicas.

Esa ratio general es abundantemente usada y da una buena aproximación al nivel de ambulatorización existente en la cirugía.

INDICADOR 22

Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias (2013, %)
 Número de intervenciones quirúrgicas 2013: 443.890



En general, un nivel de ambulatorización por encima del 50% es considerado como un buen resultado y aún más si se tiene en cuenta que

un gran número de cirugías en la práctica privada se realizan por las tardes, lo que condiciona a pernoctar en el centro y causar estancia.

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

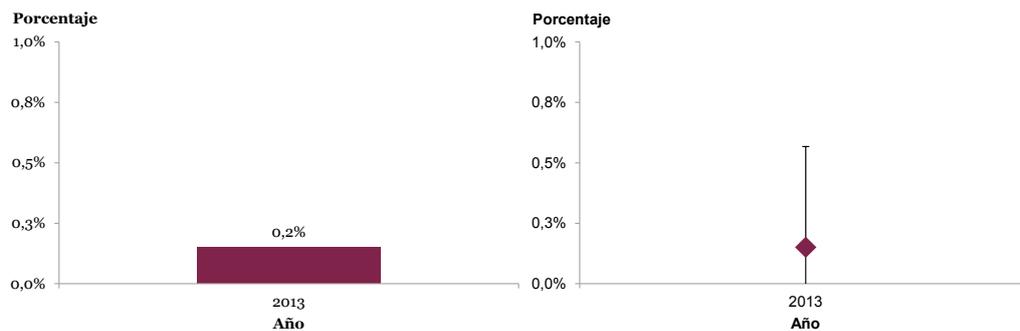
Introducimos en 2014 este nuevo indicador específico de la especialidad de oftalmología.

Se seleccionó este indicador en lugar del más habitual de reingresos a 30 días, dado que los

cortos intervalos entre la operación de ambos ojos no permiten diferenciar la intervención programada de cataratas del otro ojo, de los reingresos por complicaciones por lo que se optó por reducir el análisis al reingreso a los tres días.

INDICADOR 23

Complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas (2013, %)
 Número de intervenciones de cataratas 2013: 37.792



El indicador arroja un resultado de 2 casos por cada 1.000 pacientes intervenidos lo que constituye sin duda un excelente resultado.





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

Debido al importante auge de la actividad de reproducción asistida y a que ésta es mayoritariamente privada, se ha considerado oportuna la incorporación de dos indicadores de esta especialidad dentro del Estudio RESA 2014.

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

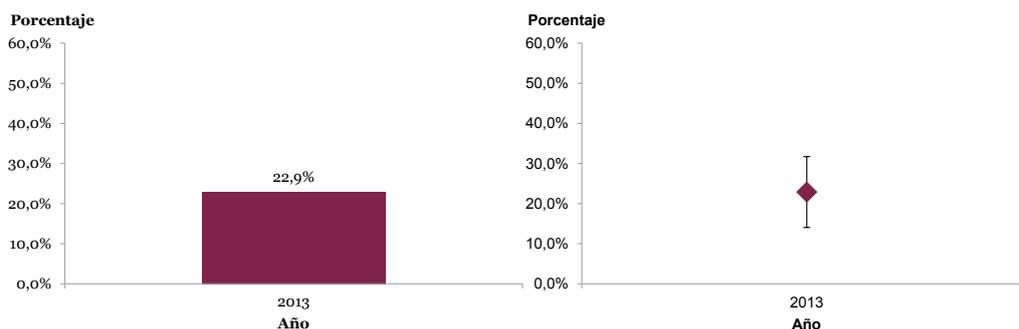
Este indicador, por tanto, mide la eficiencia de los tratamientos de fertilidad a través del número de recién nacidos únicos, resultado deseado por las pacientes que se someten a estos tratamientos y que muestra la calidad de la asistencia sanitaria prestada en los centros o servicios de reproducción asistida.

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

LA TASA DE RECIÉN NACIDOS ÚNICOS POR CICLO, ES DE 22,9%, LO QUE LA SITÚA DENTRO DE LOS ESTÁNDARES EUROPEOS

INDICADOR 24

Tasa de recién nacido vivo único a término por ciclo iniciado (2013, %)
Número de ciclos iniciados 2013: 2.167



Los resultados obtenidos se encuentran dentro de los estándares europeos que se sitúan entre el 20% y 30% de recién nacidos únicos por ciclo.

7.5. Ratio de ciclos resultantes en embarazo

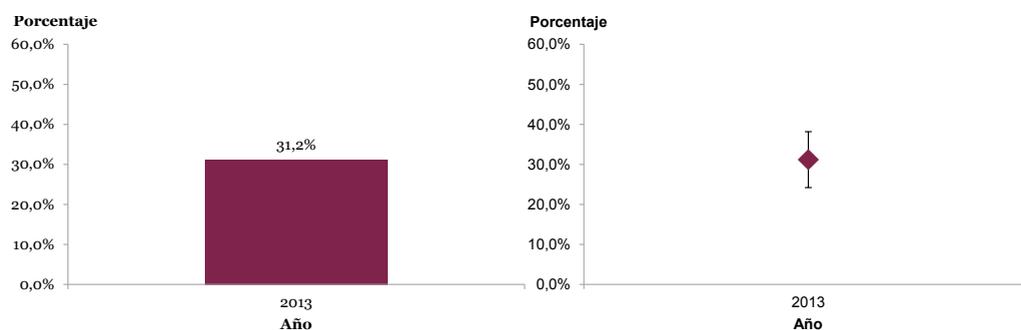
El segundo indicador de reproducción asistida escogido para evaluar sus resultados es el ratio de ciclos resultantes en embarazo. Este indicador mide la efectividad del tratamiento con respecto al número de embarazos clínicos (gestación en la que se observa embrión con latido cardiaco presente por ecografía) por ciclo iniciado.

También los resultados alcanzados para este indicador son comparables con los mejores estándares internacionales que sitúan por encima del 30% la efectividad de fecundación de los ciclos iniciados por las pacientes.

EL RATIO DE CICLOS RESULTANTES EN EMBARAZO ES COMPARABLE CON LOS MEJORES ESTÁNDARES INTERNACIONALES, QUE SE SITUAN POR ENCIMA DEL 30%

INDICADOR 25

Ratio de ciclos resultantes en embarazo (2013, %)
Número de ciclos iniciados 2013: 2.167



8 CONCLUSIONES

El Estudio RESA 2014 muestra unos datos excelentes y con tendencia a la mejora. En esta nueva edición, cabe destacar:

- Un importante aumento en la participación con nuevos centros incorporados al estudio y aumentos muy importantes de la aportación de datos por parte de los centros que ya participaban.
- Unos resultados excelentes comparables con los mejores datos de hospitales europeos.

■ Una tendencia clara y mayoritaria a la mejora de unos resultados que ya eran buenos.

- Una tendencia también mayoritaria a la disminución de la variabilidad en una gran parte de los indicadores, observándose en un buen número de ellos que el aumento de la participación de centros en cada indicador no genera un aumento de la variabilidad.

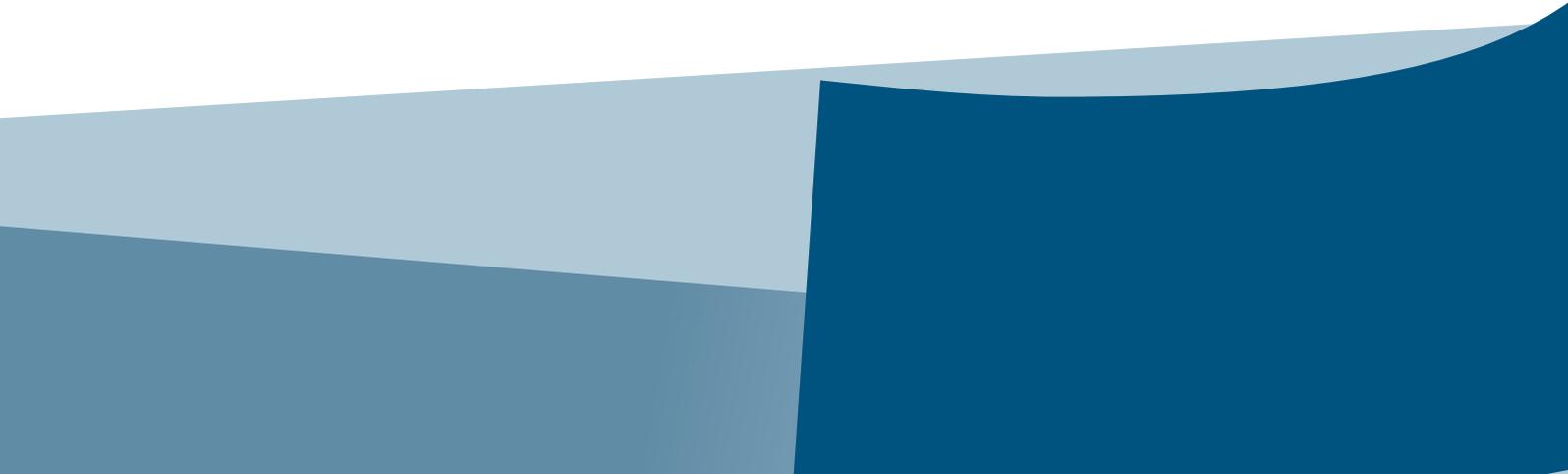
El Estudio RESA se consolida claramente y, en su tercer año, muestra un perfil de la sanidad privada compuesto por centros altamente comprometidos con la calidad y con resultados comparables a cualquier sistema sanitario europeo.





2014

ANEXOS



ANEXOS

9.1. Proceso para la selección de indicadores

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

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

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

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

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

El Comité planteó, además, completar la selección de indicadores en áreas de eficiencia ya incluidas anteriormente con dos indicadores que son de uso generalizado:

- Estancia media pre quirúrgica
- Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias

Se incorporaron este año además indicadores de dos nuevas áreas:

- Oftalmología, con el objetivo de analizar ese área de gran volumen de actividad en el sector privado. Se acordó incluir un indicador:
 - Ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas.
- El otro área incluida es la de Reproducción Asistida en que se acordó incluir dos de sus principales indicadores de resultados:
 - Tasa de recién nacido vivo único a término por ciclo iniciado
 - Ratio de ciclos resultantes en embarazo

En la exploración previa se descartó, por falta de registros adecuados, un indicador de resultado de la agudeza visual tras la intervención de catarata que también se había seleccionado inicialmente.

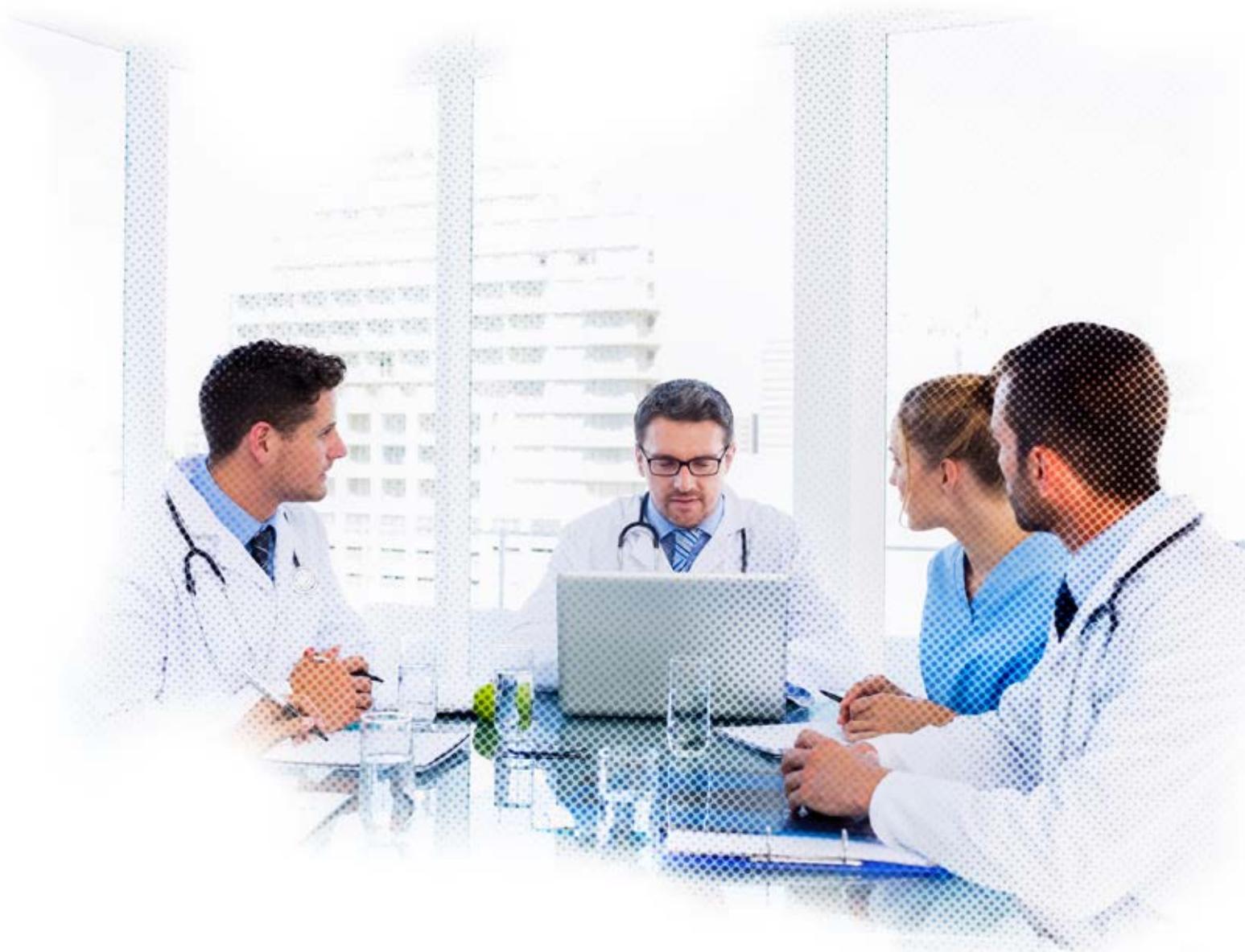
9.2. Revisión de la definición de indicadores

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

De este modo, el conjunto de indicadores validados por el Comité del Estudio RESA quedó fijado en 25.

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

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



9.3. Fichas de los indicadores

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

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

CÓDIGO: 2 (2.1, 2.2, 2.3)	NOMBRE Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias
Definición Promedio de días que los pacientes deben esperar desde la solicitud de una cita para realizar una prueba técnica complementaria (Mamografía general, Resonancia Magnética osteomuscular y TAC craneal) hasta la fecha de su realización (citación).	
Fórmula: $\sum (A-B)/C$	
Numerador (A y B): A: Fecha de citación del paciente. B: Fecha de solicitud de la prueba complementaria.	Denominador (C): Número de pacientes que han sido citados a una prueba complementaria.

CÓDIGO: 3 (3.1, 3.2, 3.3)	NOMBRE Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias
Definición Promedio de días de espera de los pacientes para la entrega del informe adjunto a las pruebas técnicas complementarias, tomando como fecha inicial el día de realización de la prueba y como fecha final la disponibilidad del informe por el facultativo. Las pruebas a considerar son: mamografía, resonancia magnética osteomuscular y extremidades y TAC.	
Fórmula: $\sum (A-B)/C$	
Numerador (A y B): A: Fecha en la que el facultativo dispone del informe de la prueba complementaria. B: Fecha en la que el paciente se realiza la prueba técnica.	Denominador (C): Número de pacientes a los que se les ha realizado una prueba complementaria objetivo.

CÓDIGO: 4 (4.1, 4.2, 4.3, 4.4)	NOMBRE Tiempo medio de espera en la citación para consultas de especialistas (Oftalmología, Dermatología, Traumatología y Ginecología-Obstetricia)
Definición Promedio de días que los pacientes deben esperar desde la fecha de solicitud de una cita para primera consulta con un especialista (Oftalmología, Dermatología, Traumatología y Ginecología-Obstetricia) hasta la fecha de su realización (citación).	
Fórmula: $\Sigma (A-B) / C$	
Numerador (A y B): A: Fecha de citación del paciente. B: Fecha de solicitud de consulta especialista.	Denominador (C): Número total de pacientes citados para la realización de una primera consulta con facultativo especialista.

CÓDIGO: 5	NOMBRE Tiempo medio de asistencia en <i>triage</i> en urgencias
Definición Tiempo medio de espera transcurrido desde el registro de entrada en urgencias hasta el <i>triage</i> en urgencias.	
Fórmula: $\Sigma (A-B) / C$	
Numerador (A y B): A: Fecha y hora del <i>triage</i> en urgencias médica. B: Fecha y hora de registro a la entrada en urgencias	Denominador (C): C: Número de pacientes registrados en urgencias.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CÓDIGO: 17	NOMBRE Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso
Definición Número de intervenciones realizadas dentro de las 48 horas después del ingreso urgente sobre el total de cirugías de prótesis de cadera realizadas durante el periodo de estudio.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de intervenciones de prótesis de cadera realizadas dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario urgente del paciente realizadas durante el periodo de estudio.	Denominador (B): Número total de intervenciones de prótesis de cadera realizadas durante el periodo de estudio a pacientes con ingreso hospitalario urgente.

CÓDIGO: 18	NOMBRE Ratio de colonoscopias realizadas con sedación
Definición Porcentaje de colonoscopias realizadas con sedación profunda sobre el total de colonoscopias realizadas en el centro hospitalario.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una colonoscopia con sedación profunda.	Denominador (B): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una colonoscopia en el centro hospitalario.

CÓDIGO: 19	NOMBRE Ratio de gastroscopias realizadas con sedación
Definición Porcentaje de gastroscopias realizadas con sedación profunda sobre el total de gastroscopias realizadas en el centro hospitalario.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una gastroscopia con sedación profunda.	Denominador (B): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una gastroscopia en el centro hospitalario.

CÓDIGO: 20	NOMBRE Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a 30 días
Definición Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado un Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) que han sido ingresados en el mismo centro en el que se le realizó la CMA por complicaciones relativas a la intervención.	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de pacientes a los que se les ha realizado un CMA y han sido ingresados por una complicación relativa a la intervención antes de 30 días.	Denominador (B): Número total de pacientes a los que se les ha realizado una CMA tanto en centro hospitalario como ambulatorio.

CÓDIGO: 21	NOMBRE Estancia media pre-quirúrgica
Definición Número de estancias producidas desde la fecha de ingreso en el hospital hasta el día de la intervención quirúrgica en la totalidad de pacientes sometidos a intervenciones programadas.	
Fórmula: A/B	
Numerador (A): Sumatorio de la diferencia entre la fecha de intervención y la fecha de ingreso.	Denominador (B): Número total de altas hospitalarias con intervención quirúrgica.

CÓDIGO: 22	NOMBRE Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias
Definición Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias (CMA) sobre el número total de intervenciones quirúrgicas (hospitalarias + ambulatorias).	
Fórmula: (A/B)*100	
Numerador (A): Número total de intervenciones quirúrgicas sin ingreso hospitalario.	Denominador (B): Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas en el centro hospitalario.

CÓDIGO: 23	NOMBRE Complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas
Definición Porcentaje de pacientes con diagnóstico de catarata no complicada, que tuvo una cirugía de cataratas y debe ser intervenido nuevamente por la aparición de una complicación mayor en los 3 días posteriores a la cirugía.	
Fórmula: $(A/B) * 100$	
Numerador (A): Número total de pacientes reintervenidos quirúrgicamente de cataratas por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conservar fragmentos nucleares ▪ Endoftalmitis ▪ Dislocada o lente intraocular de energía incorrecta ▪ Desprendimiento de retina ▪ Dehiscencia de la herida 	Denominador (B): Número total de intervenciones de cirugía de cataratas realizados en el centro hospitalario.

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

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

9.4. Especificaciones metodológicas

La información a suministrar se facilitó en el formato Excel modelo Cuestionario IDIS RESA 2014.

9.4.1. CMBD

Dentro del fichero Excel se solicitó la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos del último año (2013). Ésta podía ser enviada tanto dentro del mismo fichero Excel o en formato Access, asegurándose que se cumplimentaban todos los campos solicitados.

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

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

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

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

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

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

9.4.2. Estancia media ajustada por casuística

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

9.4.3. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

Se incluyeron las siguientes pruebas realizadas en 2013:

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

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

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

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

9.4.4. Tiempo medio de espera de entrega de informe de pruebas complementarias

Incluyó únicamente las siguientes pruebas realizadas en 2013:

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

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

Se suministraron para cada tipo de prueba los siguientes datos:

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

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

9.4.5. Tiempo medio de espera de citación primera consulta especialista

Se incluyeron las siguientes consultas de especialista realizadas en 2013:

- Oftalmología
- Dermatología
- Traumatología
- Ginecología y Obstetricia

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

la consulta se haya realizado o no) dentro del año 2013 en las que se da cita al paciente en el primer hueco disponible en la agenda u otra fecha próxima a conveniencia del paciente.

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

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

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

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

Se incluyó en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2013.

Se suministró la siguiente información:

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de registro en admisión de urgencias (o fecha y hora de llegada al servicio

de urgencias si ésta es el registro existente). Se excluyó el centro si la admisión en urgencias no fue registrada a la llegada.

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

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

9.4.7. Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias

Se incluyó en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del año 2013.

Se suministró la siguiente información:

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de registro de inicio de la atención de *triage* por el personal de enfermería

o facultativo en urgencias. Se excluyó el centro si el *triage* en urgencias no es registrado.

- 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.

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

9.4.8. Espera media quirúrgica

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

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

Se remitió la siguiente información:

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



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

Incluyó todos los pacientes que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) habían sido realizados en el hospital en el período de estudio. Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio fue el 31 de enero del año siguiente (año 2013 hasta el 31 de enero de 2014).

Se suministró la información siguiente:

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

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

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

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

Incluyó todos los pacientes que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) habían sido realizados en el hospital en el período de estudio. Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio fue el 31 de enero del año siguiente (año 2013 hasta el 31 de enero de 2014).

Se suministró la información siguiente:

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

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

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

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

Incluyó todos los pacientes que tanto el diagnóstico como el primer tratamiento (quirúrgico o médico) habían sido realizados en el hospital en el período de estudio. Para los diagnósticos realizados a finales del año de referencia y tratados en los primeros meses del año siguiente la fecha tope para su inclusión en el estudio fue el 31 de enero del año siguiente (año 2013 hasta el 31 de enero de 2014).

Se suministró la información siguiente:

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

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

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

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

Se solicitó el último año (2013) en el formato Excel que se adjuntó. Incluyó dos explotaciones:

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

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

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

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

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

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

9.4.14. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

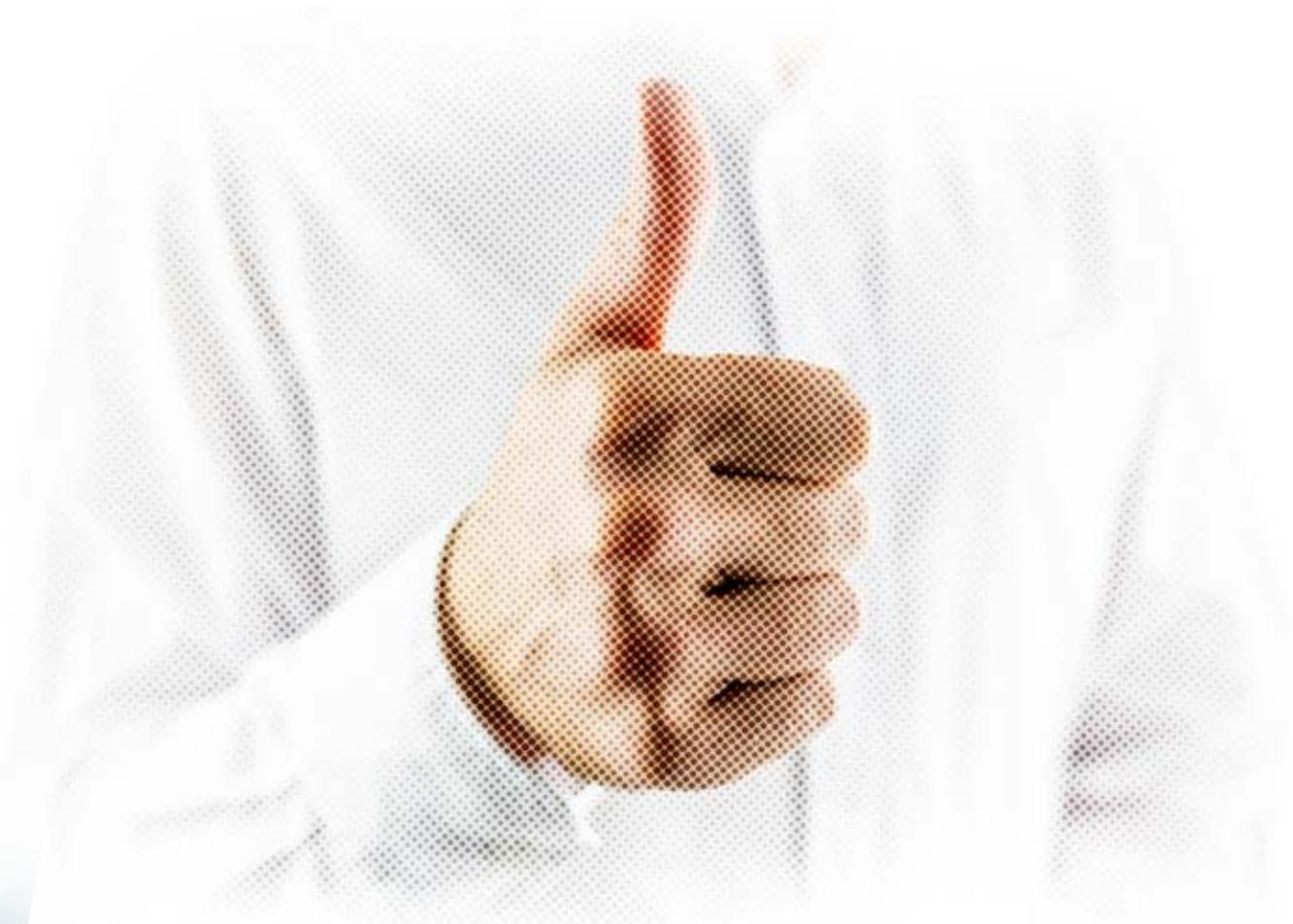
Se incluyó exclusivamente las certificaciones otorgadas por los principales organismos internacionales y/o de reconocida solvencia.

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

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

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

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



9.4.15. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente

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

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

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

c) Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación. Implica la intervención de un profesional diferente del profesional asistencial habitual en la atención al paciente para la identificación de la medicación prescrita al paciente en el hospital al alta, la medicación que éste tiene prescrita o utiliza previamente al ingreso y la realización de al menos un análisis de duplicidades e incompatibilidades. El protocolo debe estar escrito (se remitía copia en formato electrónico).

d) Sistema de notificación anónima de eventos adversos. Implica la existencia de un sistema mecanizado de notificación de la aparición de eventos adversos en los pacientes atendidos, que respete el anonimato del notificante, la realización de un análisis del evento adverso (diagrama de Ishikawa, causa-raíz, u otros instrumentos de análisis de causas) y la difusión de las conclusiones a la unidad/es afectada/s. Se acompañaba en formato electrónico la información del funcionamiento del sistema que utilizado para que éste sea conocido por el personal.

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

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

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

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

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

La muestra que recogieron los centros fue un corte mensual posterior al 31 de agosto de 2013, libremente escogido por el hospital en el que se reflejen días consecutivos.

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

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

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

La información que se solicitó:

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

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

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

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

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

9.4.19. Ratio de colonoscopias realizadas con sedación

Se solicitaron las colonoscopias realizadas a pacientes con sedación profunda de un mes del año 2013. El mes de muestra podía ser seleccionado por el centro sanitario, teniendo en cuenta que debía alcanzar un número mínimo de

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

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

9.4.20. Ratio de gastroscopias realizadas con sedación

Se solicitaron las gastroscopias realizadas a pacientes con sedación profunda de un mes del año 2013. El mes de muestra podía ser seleccionado por el centro sanitario, teniendo en cuenta que debía alcanzar un número mínimo de

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

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

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

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

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

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

9.4.22. Estancia media pre-quirúrgica

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

9.4.23. Ratio de intervenciones quirúrgicas ambulatorias

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

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

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

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

El ratio de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas que requieren procedimientos quirúrgicos adicionales se calculó a partir de los datos requeridos en la explotación del CMBD.

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

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

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

El año de referencia de la información que se ha suministrado para este indicador ha sido el 2012 (ciclos iniciados entre el 1 de enero de 2012 y nacimientos del bebé en 2013).

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

9.4.26. Ratio de ciclos resultantes en embarazo

El año de referencia de la información que se ha suministrado para este indicador ha sido el 2012 (ciclos iniciados entre el 1 de enero de 2012 y nacimientos del bebé en 2013).

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



9.5. Relación de participantes

9.5.1. Centros hospitalarios y clínicas

Listado de centros hospitalarios y clínicas participantes en el Estudio RESA 2014:

Clínicas Asisa

- CLÍNICA MONTPELLIER (Zaragoza)
- CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO (Lleida)
- CLÍNICA VISTAHERMOSA (Alicante)
- HOSPITAL EL ÁNGEL (Málaga)
- HOSPITAL LA VEGA (Murcia)
- HOSPITAL MONCLOA (Madrid)

Clínicas Igualatorio Médico Quirúrgico

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

Grupo HM Hospitales

- HM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MADRID (Madrid)
- HM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MONTEPRÍNCIPE (Boadilla del Monte)
- HM NUEVO BELÉN (Madrid)
- HM UNIVERSITARIO SANCHINARRO (Madrid)

- HM UNIVERSITARIO TORRELODONES (Torrelodones)
- POLICLÍNICO DE ESPECIALIDADES Y GIMNASIO DE REHABILITACIÓN SUCHIL (Madrid)
- POLICLÍNICO HM ARAPILES (Madrid)
- POLICLÍNICO HM DISTRITO TELEFÓNICA (Madrid)
- POLICLÍNICO HM TORRELODONES (Torrelodones)
- POLICLÍNICO HM SANCHINARRO (Madrid)

Grupo Hospitalario Quirón

- CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA QUIRÓN AVE MARÍA (Sevilla)
- CENTRO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA QUIRÓN BILBAO (Bizcaia)
- CENTRO DE REPRODUCCIÓN QUIRÓN DEXEUS MURCIA (Murcia)
- CENTRO DE REPRODUCCIÓN QUIRÓN PAMPLONA (Pamplona)
- CENTRO DE REPRODUCCIÓN QUIRÓN TORRENTE (Torrente)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN A CORUÑA (A Coruña)

- CENTRO MÉDICO AMBULATORIO DEPORTIVO MEDIPLAN (Vitoria)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN ARABA SPORT CLINIC (Zurbano)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN ALJARAFE (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN FERROL (A Coruña)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN FUENGIROLA (Fuengirola)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN LA PALMERA (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN NERVIÓN (Sevilla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN ORIHUELA (Orihuela)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN SA POBLA (Sa Pobla)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN SANTA POLA (Santa Pola)
- CENTRO MÉDICO QUIRÓN SEVILLA ESTE (Sevilla)
- CENTRO MEDICO QUIRÓN TEKNON (Barcelona)
- CENTRO OFTALMOLÓGICO QUIRÓN A CORUÑA (A Coruña)
- HOSPITAL QUIRÓN A CORUÑA (La Coruña)
- HOSPITAL QUIRÓN BARCELONA (Barcelona)
- HOSPITAL QUIRÓN BIZCAIA (Erandio)
- HOSPITAL QUIRÓN CAMPO DE GIBRALTAR (Cádiz)
- HOSPITAL QUIRÓN COSTA ADEJE (Adeje)
- HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA (Málaga)
- HOSPITAL QUIRÓN MARBELLA (Marbella)
- HOSPITAL QUIRÓN MURCIA (Murcia)
- HOSPITAL QUIRÓN PALMAPLANAS (Palma de Mallorca)
- HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN (Sevilla)
- HOSPITAL QUIRÓN SAN CAMILO (Madrid)
- HOSPITAL QUIRÓN SAN JOSE (Madrid)
- HOSPITAL QUIRÓN SAN SEBASTIÁN (San Sebastián)
- HOSPITAL QUIRÓN TENERIFE (Santa Cruz)
- HOSPITAL QUIRÓN TORREVIEJA (Torrevieja)
- HOSPITAL QUIRÓN VALENCIA (Valencia)
- HOSPITAL QUIRÓN VITORIA (Vitoria)
- HOSPITAL QUIRÓN ZARAGOZA Y HOSPITAL DE DÍA QUIRÓN ZARAGOZA (Zaragoza)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRÓN MADRID (Pozuelo de Alarcón)
- INSTITUT UNIVERSITARI QUIRÓN DEXEUS (Barcelona)
- INSTITUTO OFTALMOLÓGICO QUIRÓN BARCELONA (Barcelona)

Grupo Hospitalario San Roque

- HOSPITAL SAN ROQUE LAS PALMAS
(Las Palmas)
- HOSPITAL SAN ROQUE MASPALOMAS
(San Bartolomé de Tirajana)

Grupo Hospitales NISA

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

Grupo Hospiten

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

Grupo IDC Salud

- CLINICA LA LUZ
(Madrid)
- HOSPITAL INFANTA ELENA
(Valdemoro)
- HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS
(Móstoles)
- IDC CLIDEBA
(Badajoz)
- IDC CLÍNICA ALBACETE
(Albacete)
- IDC CLÍNICA ALCALÁ DE HENARES
(Alcalá de Henares)
- IDC CLÍNICA ALCÁZAR
(Alcázar de San Juan)
- IDC CLÍNICA CIUDAD REAL
(Ciudad Real)
- IDC CLÍNICA DEL VALLÉS
(Sabadell)
- IDC CLÍNICA VIRGEN DE GUADALUPE
(Cáceres)
- IDC FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
(Madrid)
- IDC HOSPITAL DE DÍA DE TALAVERA
(Talavera de la Reina)
- IDC HOSPITAL GENERAL DE CATALUÑA
(Sant Cugat del Vallés)
- IDC HOSPITAL SANTA JUSTA
(Villanueva de la Serena)
- IDC HOSPITAL SUR
(Alcorcón)
- IDC HOSPITAL TRES CULTURAS
(Toledo)
- IDC HOSPITAL UNIVERSITARIO
SAGRADO CORAZÓN
(Barcelona)

Grupo Recoletas

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

Grupo Vithas

- HOSPITAL MONTSERRAT
(Lleida)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE AMÉRICA
(Madrid)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA
(Vigo)
- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
(Granada)
- HOSPITAL PARQUE SAN ANTONIO
(Málaga)
- HOSPITAL PERPETUO SOCORRO
(Alicante)
- HOSPITAL SAN JOSÉ
(Vitoria)
- HOSPITAL SANTA CATALINA
(Las Palmas)
- HOSPITAL SANTA CRUZ
(Tenerife)
- HOSPITAL VIRGEN DEL MAR
(Almería)

Ribera Salud

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

Sanitas Hospitales

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

Otros

- CLÍNICA ROTGER
(Palma de Mallorca)
- HOSPITAL INFANTA LUISA
(Sevilla)
- HOSPITAL SANTÍSIMA TRINIDAD
(Salamanca)
- POLICLÍNICA COMARCAL DEL VENDRELL, S.L.
(Santa Oliva)
- XANIT HOSPITAL INTERNACIONAL
(Benalmádena)

9.5.2. Centros ambulatorios

Diaverum

- CENTRO DE DIÁLISIS SANTA CATALINA (Jaén)
- CENTRO DE DIÁLISIS PLAYAS DE CARTAYA (Huelva)
- CENTRO DE DIÁLISIS COSTA DE LA LUZ (Huelva)
- CENTRO DE DIÁLISIS MINAS DE RIOTINTO (Huelva)
- CENTRO DE DIÁLISIS ISLA DE LA CARTUJA (Sevilla)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE TORREMOLINOS (Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE LA AXARQUÍA (Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE ESTEPONA (Málaga)
- CENTRO DE DIÁLISIS NTRA. SRA. DE LA CABEZA (Granada)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE VILLAGARCIA (Pontevedra)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE PONTEVEDRA (Pontevedra)
- CENTRO DE DIÁLISIS VIRGEN DE MONTSERRAT (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE MATARÓ (Mataró)
- CENTRO DE DIÁLISIS DEL BAIX LLOBREGAT (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS NEPHROS (Barcelona)
- INSTITUTO DE HEMODIÁLISIS BARCELONA (Barcelona)

- CENTRO DE DIÁLISIS PALAU (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS EMILIO ROTELLAR (Barcelona)
- INSTITUTO MÉDICO DE BADALONA (Badalona)
- CENTRO DE DIÁLISIS PINEDA (Barcelona)
- CENTRO DE DIÁLISIS GAMAPAL (Valencia)
- CENTRO DIÁLISIS DE BURJASSOT (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS NEFROCLUB (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE CASTELLÓN (Castellón)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE VINAROS (Vinaros)
- CENTRO DE DIÁLISIS NEFROPLANA (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS LOLA PALOMAR (Valencia)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE OROPESA (Oropesa)
- CENTRO DE DIÁLISIS DE MALAGA (Málaga)

Grupo IMO

- CENTRO DE RADIOTERAPIA Y RADIOCIRUGÍA CYBERKNIFE (Madrid)
- INSTITUTO ALICANTINO DE ONCOLOGÍA (Alicante)
- INSTITUTO ONCOLÓGICO DE CASTILLA LA MANCHA (Alcázar de San Juan)

- INSTITUTO ONCOLÓGICO DE CASTILLA LA MANCHA (Guadalajara)
- INSTITUTO ONCOLÓGICO DE CASTILLA LA MANCHA (Talavera)
- INSTITUTO ONCOLÓGICO DE CASTILLA LA MANCHA (Toledo)
- INSTITUTO ONCOLÓGICO DEL SURESTE (Murcia)
- INSTITUTO ONCOLÓGICO SEVILLA (Sevilla)
- UNIDAD DE TOMOTERAPIA Y RADIOTERAPIA LA MILAGROSA (Madrid)
- UNIDAD DE RADIOTERAPIA Y RADIOCIRUGÍA SAN FRANCISCO DE ASÍS (Madrid)

Grupo Innova Ocular

- INSTITUTO LLEIDA DE OFTALMOLOGIA (Lleida)
- CENTRO OFTALMOLOGICO MUIÑOS (Santa Cruz)
- CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CORDOBA (Córdoba)
- CLINICA DR. VILA (Valencia)
- CLINICA OFTALMOLOGICA DR. SOLER (Elche)
- CLÍNICA REMENTERIA (Madrid)
- CLINICA VIRGEN DE LUJAN (Sevilla)
- INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA AVANZADA (Madrid)
- BEGITEK CLINICA OFTALMOLOGICA (San Sebastián)

- OCULSUR (Cádiz)

Health Time

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

9.5.3. Comité de expertos

El comité de expertos del Estudio RESA 2014 se encuentra formado por:

- **Benito García-Legaz**, Clínicas Asisa.
- **Luis Delgado**, Sanitas Hospitales.
- **Celia Moar**, Grupo HM Hospitales.
- **Manuel Vilches**, Grupo Hospitales Nisa.
- **Cristina García**, Grupo IDC Salud.
- **Nicolás Guerra**, Grupo IMQ.
- **Ignacio Conde**, Grupo Innova Ocular.
- **Paloma Leis**, Grupo Hospitalario Quirón

9.5.4. Responsables (IDIS y Antares Consulting)

El equipo responsable del trabajo de campo del Estudio RESA 2014 se encuentra formado por profesionales de IDIS y de Antares Consulting:

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

9.6. Entidades que forman parte del IDIS

Patronos IDIS

- ACES
- Adeslas SegurCaixa
- Asisa
- Axa
- Caser
- DKV
- Eresa
- Gehosur Hospitalares
- Grupo IMO
- Grupo Hospitalario Quirón
- Grupo Innova Ocular
- Grupo Hospitalario Recoletas
- HM Hospitalares
- Hospitales Nisa
- Hospiten
- IDC Salud
- IMQ
- Instituto Hispalense de Pediatría
- MAPFRE
- Red Asistencial Juaneda
- Sanitas
- Unilabs
- Vithas

Patronos de libre designación

- Alianza General de Pacientes
- Asebio
- Consejo General de Colegios de Enfermería
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

- Facme
- Farmaindustria
- Fenin
- Foro español de pacientes
- Organización Médica Colegial

Patrocinadores

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

Colaboradores IDIS

- Aliad
- A.M.A.
- Amgen
- Carbueros Medica
- Covidien
- Dräger
- Elekta
- Emsor
- Esteve
- Future Health
- Grupo Cofares
- Hartmann
- InterSystems

- Kantar Health
- Mindray
- MSD
- Novartis
- Palex
- Pfizer
- Roche
- Sanofi
- Willis Iberia
- 3M Health Care

Asociados IDIS

- Abacid
- Asefa
- Centro de Patología de la Mama-Fundación Tejerina
- Cerba Internacional
- Clínica La Luz
- Clínica Rotger
- Clínica San Francisco
- Clínica San Roque
- Diaverum
- Ginefiv
- Grupo Hospitalario Modelo
- Grupo Previsión Sanitaria Nacional
- HealthTime
- Hospital General Santísima Trinidad
- Hospital Perpetuo Socorro
- Hospital San Francisco de Asís
- Policlínico La Rosaleda
- Sanyres
- Santalucía
- Xanit Hospital Internacional



SANIDAD PRIVADA APORTANDO VALOR

www.fundacionidis.com



CON EL PATROCINIO DE



PARA MÁS INFORMACIÓN

SÍGUENOS
TAMBIÉN A
TRAVÉS DE

