

i:

Informe
IDIS

INDICADORES DE RESULTADOS EN
SALUD DE LA SANIDAD PRIVADA

Estudio RESA

2012



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad

Índice de contenidos

Presentación

1. Objetivos del estudio	06
2. Ficha metodológica del trabajo de campo	09
2.1. Universo, muestra y participantes	10
2.2. Datos básicos de los centros participantes	11
2.3. Proceso de selección de los indicadores	12
2.4. Recopilación y procesamiento de los indicadores	13
3. Eficiencia	15
3.1. Estancia media ajustada por casuística.....	16
4. Accesibilidad en la atención sanitaria	19
4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	20
4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias	22
4.3. Tiempo medio de primera asistencia en urgencias	24
4.4. Espera media quirúrgica	26
4.5. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama	27
5. Resolución asistencial	29
5.1. Pacientes que retornan en las 72 horas de su alta en urgencias.....	30
5.2. Pacientes que reingresan a los 30 días de su alta	31
6. Calidad y seguridad del paciente	33
6.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	34
6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente	36
6.2.1. Protocolo de higiene de manos	37
6.2.2. Protocolo de cirugía segura ("Check list")	38
6.2.3. Protocolo de evaluación de úlceras por presión al ingreso	39
6.2.4. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación	40
6.2.5. Sistema de notificación anónima de eventos adversos.....	41

6.3.	Tasa de bacteriemias relacionadas con catéter central en UCI	42
6.4.	Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo	43
6.5.	Porcentaje de Cirugía de Prótesis de Cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario	44
7.	Conclusiones	47
8.	Anexos	50
8.1.	Proceso para la selección de indicadores	51
8.2.	Revisión de la definición de los indicadores	53
8.3.	Fichas de indicadores	55
8.4.	Especificaciones metodológicas	58
8.4.1.	Estancia media ajustada por casuística	58
8.4.2.	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	59
8.4.3.	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias	59
8.4.4.	Tiempo medio de asistencia en triaje de urgencias	60
8.4.5.	Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias	60
8.4.6.	Espera media quirúrgica	60
8.4.7.	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama	61
8.4.8.	Pacientes que retornan en las 72 horas de su alta en urgencias	61
8.4.9.	Tasa de reingreso a los 30 días	61
8.4.10.	Acreditación o certificación de unidades y servicios hospitalarios	62
8.4.11.	Políticas y procedimientos implantados, de seguridad del paciente	63
8.4.12.	Tasa de bacteriemias relacionadas con catéter central en UCI	64
8.4.13.	Tasa de mortalidad de pacientes ingresados por IAM	64
8.4.14.	Porcentaje de cirugía de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario	64
8.5.	Relación de participantes	66
8.5.1.	Centros hospitalarios y clínicas	66
8.5.2.	Comité de expertos	69
8.5.3.	Responsables (IDIS y Antares Consulting)	69

Presentación

El valor de la información de calidad

La medida de la satisfacción del usuario con los servicios de salud produce una cierta insatisfacción en muchos pacientes. Esta desazón tiene que ver, en gran parte, a las limitaciones que presenta la medida para reflejar los aspectos que más importan en la toma de decisiones de los pacientes: los resultados obtenidos en la práctica habitual de la medicina en un centro concreto. Esta limitación queda patente por el hecho de que, cualesquiera que sea la métrica utilizada, esta medida suele concentrar su distribución en los valores más altos de satisfacción, determinando lo que se conoce como "efecto techo". La ausencia de una distribución métrica entendible dificulta un proceso racional de toma de decisiones y deja éstas al albur de otro tipo de criterios. Y suele ocurrir que la satisfacción suele reflejar esos otros criterios que, siendo importantes, no son los más relevantes cuando se toman decisiones sobre dónde y con quién uno se quiere tratar.

A pesar de estas limitaciones, la medida de la satisfacción del usuario ha promovido una gran autocomplacencia en la obtención de una valoración más completa y precisa de la calidad de la atención sanitaria proporcionada. Esta evaluación no sólo debe recoger aspectos relativos al confort y a lo que los pacientes pueden percibir, sino también una medida objetiva y estandarizada de indicadores de estructura, proceso y resultados clínicos.

Sostiene Marty Makary, en su libro "Unaccountable: What hospitals won't tell you and how transparency can revolutionize health care", que el éxito de la evaluación de resultados clínicos tras la realización de cirugía coronaria llevada a cabo anualmente por más de 10 años en el Estado de Nueva York, ha demostrado que la mejor tecnología para promover la mejora de la calidad asistencial es la información pública. La misma Sociedad de Cirugía Torácica de los Estados Unidos ha avalado este proyecto, que ha situado a Nueva York como el Estado estadounidense con la menor mortalidad post bypass aortocoronario ajustada por complejidad clínica, con un comunicado en su web (www.sts.org) que dice "la población tiene el derecho a conocer la calidad de los resultados obtenidos tras cirugía y considera la información al público una responsabilidad ética de la especialidad". Este compromiso por la transparencia avala el hecho de que los centros y los profesionales que lo hacen bien son los que resultan más beneficiados de la misma. La inflación de fuentes de información y la espontaneidad con las que se están utilizando aconsejan a instituciones y profesionales formalizar mecanismos de transmisión de información relevante a la población.

Introducir la cultura de la evaluación y la consiguiente rendición pública de cuentas no es una tarea fácil, por lo que no se puede pretender promover un cambio de estas características de la noche a la mañana. De hecho, hay un dicho popular español: “para no sufrir, ni pesar ni medir”, que resume irónicamente las complejidades asociadas al actuar de forma transparente. Sin embargo, la medición de resultados clínicos es una responsabilidad ética de profesionales e instituciones, porque constituye la única manera de saber si la actividad que realizan es mejorable. Y dado que el mejorar está en el ethos de las organizaciones de servicios basadas en el conocimiento, sólo midiendo y comparando resultados clínicos se puede aprender a hacerlo mejor y completar el círculo virtuoso de la calidad. A ello se une el saber utilizar esta información para facilitar a los pacientes un verdadero proceso de toma de decisiones informadas que incluya, además de la valoración de la calidad percibida, la consideración de los resultados clínicos medidos y reportados de forma estandarizada. Sin esta información, difícilmente se puede ejercer de forma autónoma la elección de médico o centro.

La gestión de este proceso de cambio que implica la introducción de la cultura de la evaluación no está exenta de riesgos y precisa de un liderazgo institucional firme y decidido. Es por ello digno de mención el esfuerzo que han hecho las instituciones del IDIS por desarrollar un sistema de información de resultados clínicos propio que facilite la toma de decisiones a los pacientes. Lo más importante de este esfuerzo es que no tiene vuelta atrás y que, a partir de ahora, sólo queda que los centros que aún no han entrado en esta cultura de la evaluación, públicos y privados, se incorporen lo más pronto posible a la misma. Los pacientes sabrán apreciar la diferencia.

Albert J. Jovell

Presidente, Foro Español de Pacientes
Director, Instituto Global de Salud Pública y Política Sanitaria.
Universitat Internacional de Catalunya

1. Objetivos del estudio

El Estudio RESA 2012 es una iniciativa de la sanidad privada promovida por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) que, en aras de la transparencia, quiere trasladar al ciudadano los resultados y niveles de calidad asistencial del conjunto de los hospitales privados.

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

Dentro de la búsqueda de la consecución de dichos objetivos, el Patronato del IDIS ha promovido la realización del Estudio RESA 2012 que a través de una selección de indicadores de resultados quiere exponer al ciudadano no sólo sus resultados de salud, sino además la calidad del sector de la sanidad privada, aportando:

Un conjunto de indicadores representativos de la sanidad privada.

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





2. Ficha metodológica del trabajo de campo



2.1. Universo, muestra y participantes

El Estudio RESA 2012 cuenta con una representación **significativa del ámbito sanitario privado español**. Los 87 centros participantes en el estudio incluyen los hospitales y grupos privados más grandes por oferta de Cartera de Servicios, número de pacientes atendidos, número de camas (8.729) y actividad: con datos del año 2011 representaron alrededor del 41% de las altas de hospitalización y el 67% de las urgencias hospitalarias privadas.

Cabe destacar la participación de los principales hospitales en este primer estudio, tanto hospitales independientes como los mayores grupos hospitalarios privados en España con una representación de provincias muy elevada (el apartado 8.5.1 contiene el listado de todos los centros hospitalarios participantes en el estudio).

Los 87 centros participantes en el estudio incluyen los hospitales y grupos privados más grandes por oferta de Cartera de Servicios y actividad

Todos los hospitales que han participado en el estudio han presentado datos del año 2011, pues este era el objeto de análisis. Además, en la mayor parte de los indicadores, los centros participantes han presentado también datos del 2009 y 2010, lo que permite observar la evolución temporal de los indicadores.

Representación del número de centros hospitalarios participantes en el Estudio RESA 2012 por provincia



2.2. Datos básicos de los centros participantes

El conjunto de centros hospitalarios que participan en el Estudio RESA 2012 tienen las siguientes cifras de actividad y recursos en 2011:

- 586.587 altas hospitalarias anuales.
- 8.729 camas de hospitalización.
- 495 quirófanos.
- 240.639 intervenciones quirúrgicas con anestesia general.
- 111 salas de partos.
- 3.263.959 de urgencias atendidas.

La figura 1 muestra los datos básicos de actividad y recursos asistenciales de todos los centros hospitalarios que participan en el Estudio RESA 2012:



Figura 1
Datos básicos de los centros hospitalarios que participan en el Estudio RESA 2012

Actividad asistencial	
Altas hospitalarias	586.587
Intervenciones quirúrgicas con anestesia general	240.639
Urgencias asistidas	3.263.959
Recursos hospitalarios	
Nº camas hospitalización convencional	8.729
Camas de UCI adultos	507
Camas neonatos y pediatría	274
Quirófanos de cirugía mayor	495
Salas de parto	111

2.3. Proceso de selección de los indicadores

Para la selección de los indicadores del estudio se creó un Comité del Estudio RESA dirigido por Albert Jovell que incluía 13 expertos de los principales grupos hospitalarios / aseguradoras privadas y 5 responsables del trabajo de campo.

El Comité del Estudio RESA 2012 definió los criterios para seleccionar los indicadores. Se estableció como objetivo conseguir un buen equilibrio entre indicadores representativos de la sanidad hospitalaria, comprensibles por los ciudadanos, y que los datos estuviesen disponibles en los sistemas de información del mayor número de hospitales.

La figura 2 muestra la selección final de los indicadores del estudio:

Los indicadores seleccionados, son representativos y visualizan el papel y los principales logros de calidad de la sanidad privada

Figura 2
Listado de indicadores seleccionados

Dimensión	Código	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Observaciones
Eficiencia	1	Estancia media ajustada por casuística	Resultado	
Accesibilidad: tiempo de respuesta	2	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	Proceso	Mamografía TAC RMN
	3	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias	Proceso	Mamografía TAC RMN
	4	Tiempo medio de asistencia en "triaje" en urgencias	Proceso	
	5	Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias	Proceso	
	6	Demora media quirúrgica	Proceso	
	7	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama	Proceso	
	Resolución asistencial	8	Pacientes que retornan en las 72 horas de su alta en urgencias	Resultado
9		Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días	Resultado	
Calidad y seguridad del paciente	10	Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	Proceso	
	11	Políticas y procedimientos de seguridad del paciente implantados	Proceso	
	12	Tasa de bacteriemias relacionadas con catéter central en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	Resultado	
	13	Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo	Resultado	
	14	Cirugía de prótesis de cadera dentro de las 48 horas del ingreso	Resultado	

2.4. Recopilación y procesamiento de los indicadores



Todos los datos se refieren al año 2011, contándose en algunos casos con la información de los años 2009 y 2010. Fueron recopilados entre los meses de Julio y Septiembre mediante bases de datos estandarizadas solicitadas a los centros.

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

La fuente de la mayoría de 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.

Los indicadores cuantitativos fueron siempre recopilados con bases de datos a nivel de paciente y se consideraron sólo aquellos que cumplían todos los requisitos prefijados, condición altamente exigente que genera que en algunos indicadores existan denominadores diferentes.

En los gráficos se presenta siempre el número total de casos con el que se ha trabajado. Para todos los indicadores se presentan datos del año 2011: valor del conjunto y la desviación estándar de los valores de los centros. Cuando el reporte de información lo ha permitido, se presenta 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).





3. Eficiencia



3.1. Estancia media ajustada por casuística

De los indicadores de eficiencia hospitalaria, el más utilizado con toda seguridad es el de la "Estancia Media" que mide el número de días promedio que los pacientes se encuentran hospitalizados (eliminados los casos extremos o "outliers").

El ajuste de este indicador denominado "Estancia Media Ajustada por Casuística" se realiza para asegurarse de que las diferencias no se deben a que el tipo de pacientes que trata cada hospital es diferente. Es decir, se calcula la estancia media que resultaría si todos los centros tuviesen una composición idéntica de pacientes. Para este cálculo se necesita tener a los pacientes clasificados en una clasificación denominada GRD (Grupos Relacionados con el Diagnóstico). Los resultados de este indicador se presentan para el 66% de la muestra de centros participantes, pues algunos centros todavía no disponen de la clasificación GRD.

Además de ser un indicador de eficiencia, una estancia hospitalaria ajustada a los días necesarios es para el paciente un factor de confort (poder volver a casa lo antes posible).

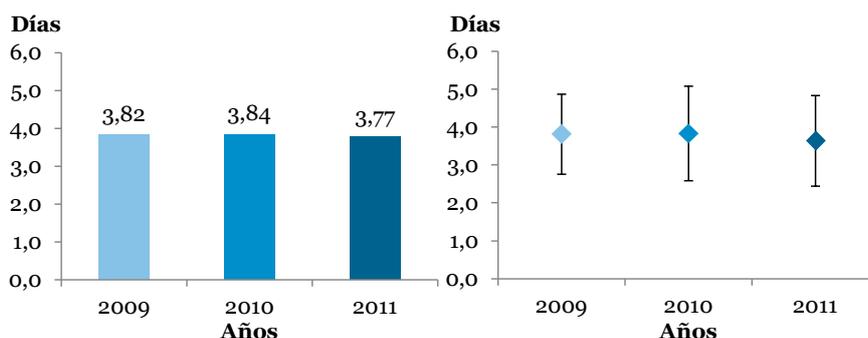
Los resultados de este indicador sitúan a los centros participantes entre los mejores resultados encontrados a nivel internacional

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

Indicador 1

Estancia media ajustada por casuística (2009-2011, medido en días)

Número de ingresos hospitalarios 2009: 115.725; 2010: 118.763 y 2011: 158.343







4. Accesibilidad en la atención sanitaria



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

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

4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

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

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

Se seleccionaron tres técnicas relativamente complejas: Mamografía, Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Resonancia Magnética (RM).

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

La ausencia de demora en la citación de las pruebas es el patrón mayoritario

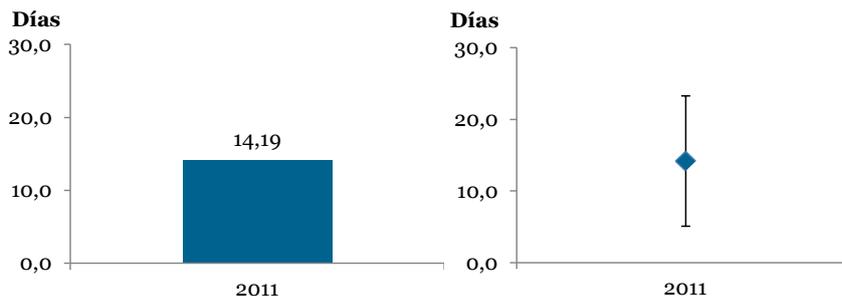
Indicador 2

Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

Indicador 2.1

Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2011, tiempo en días)
Número de mamografías 2011: 95.397

Mamografías (días)

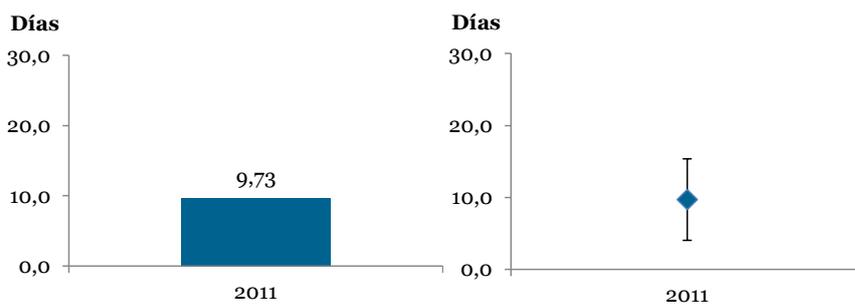




Indicador 2.2

Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2011, tiempo en días)
 Número de resonancias magnéticas osteomusculares 2011: 223.678

Resonancia magnética osteomuscular (días)



Indicador 2.3

Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (2011, tiempo en días)
 Número de tomografías axiales computarizadas 2011: 120.251

Tomografía axial computarizada (días)



Como observamos, los tiempos medios de las tres pruebas analizadas (incluyendo, como decíamos, las revisiones programadas) están por debajo de las dos semanas y apenas superan las tres semanas en los

casos de mayor demora. Ello indica, con toda seguridad, que el patrón mayoritario es la ausencia de demora en la citación de estas pruebas.

4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

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

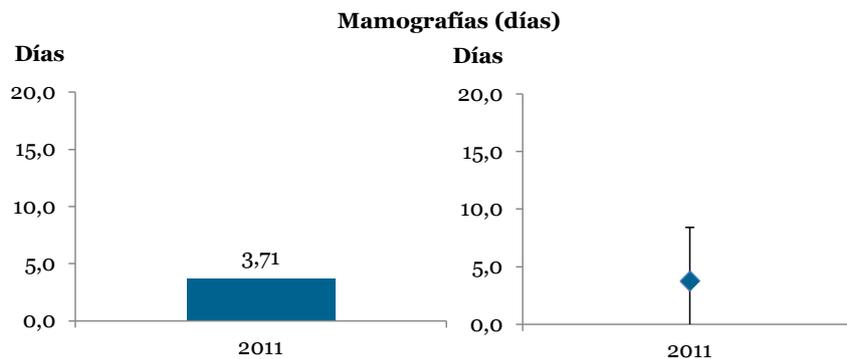
En este caso se ha medido el tiempo transcurrido desde que se realiza la prueba hasta que se ha realizado el informe con los resultados y se encuentra disponible para su recogida por el paciente o su facultativo.

Indicador 3

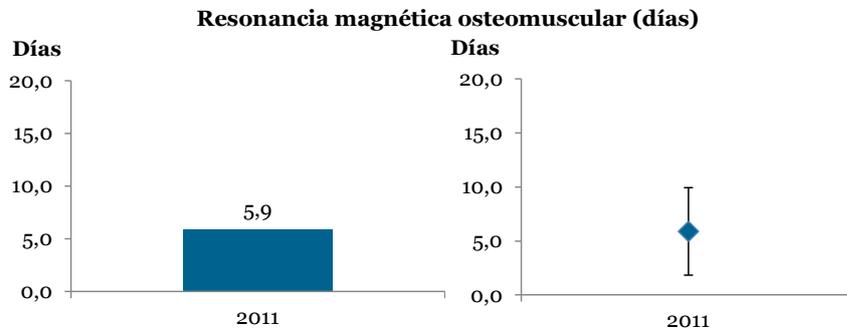
Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

Indicador 3.1

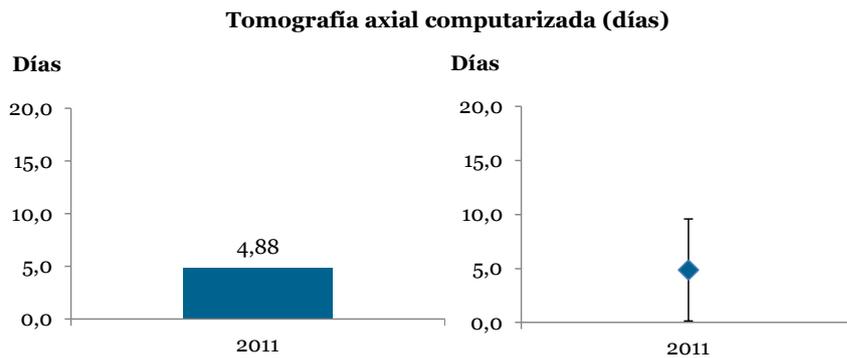
Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2011, tiempo en días)
Número de mamografías 2011: 97.084



Indicador 3.2
 Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2011, tiempo en días)
 Número de resonancias magnéticas osteomusculares 2011: 223.678



Indicador 3.3
 Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (2011, tiempo en días)
 Número de Tomografías axiales computerizadas (TAC) 2011: 134.839



Como vemos en las gráficas, el tiempo de entrega tiene una media inferior a los 4 días (Mamografías), 6 días (Resonancia Magnética osteomuscular) y 5 días (TAC).

La entrega de las pruebas es prácticamente inmediata en los casos más perentorios, como evidencian los límites inferiores de la desviación estándar que están en menos de un día, situándose la media en tan solo 5 días.

La entrega de las pruebas es prácticamente inmediata en los casos más perentorios, situándose la media en tan solo 5 días

4.3. Tiempo medio de primera asistencia en urgencias

La asistencia a urgencias se divide en dos etapas:

- ▶ Valoración del paciente en el momento de llegar a urgencias y clasificación del mismo en función de la prioridad/gravedad del caso para su atención (fase denominada "triaje").
- ▶ El tiempo entre el "triaje" y la atención médica por el facultativo indicado.

El Estudio RESA 2012 ha incluido los tiempos medios de asistencia en urgencias para la atención denominada de "triaje" y la asistencia por facultativo

En 1 millón de urgencias evaluadas en 2011, los tiempos medios para su atención no supera los 26 minutos

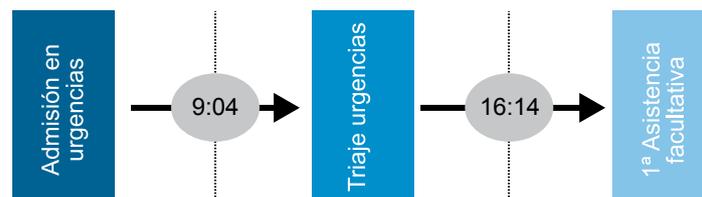
Indicador 4

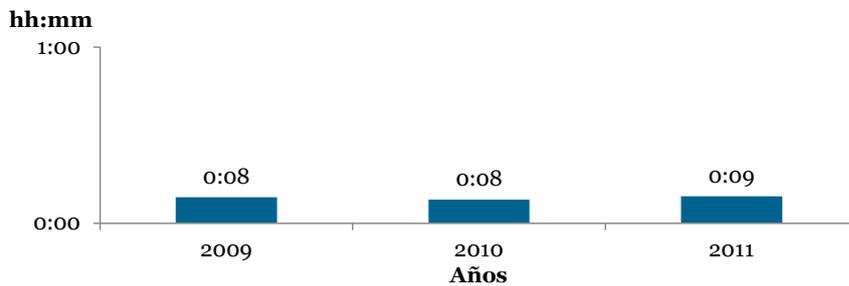
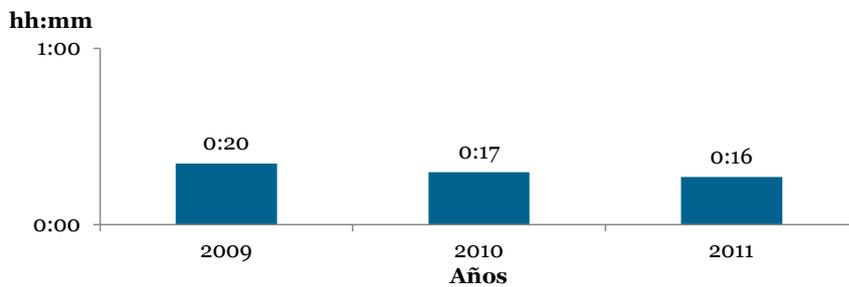
Tiempo medio de asistencia en "triaje" en urgencias

Indicador 5

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

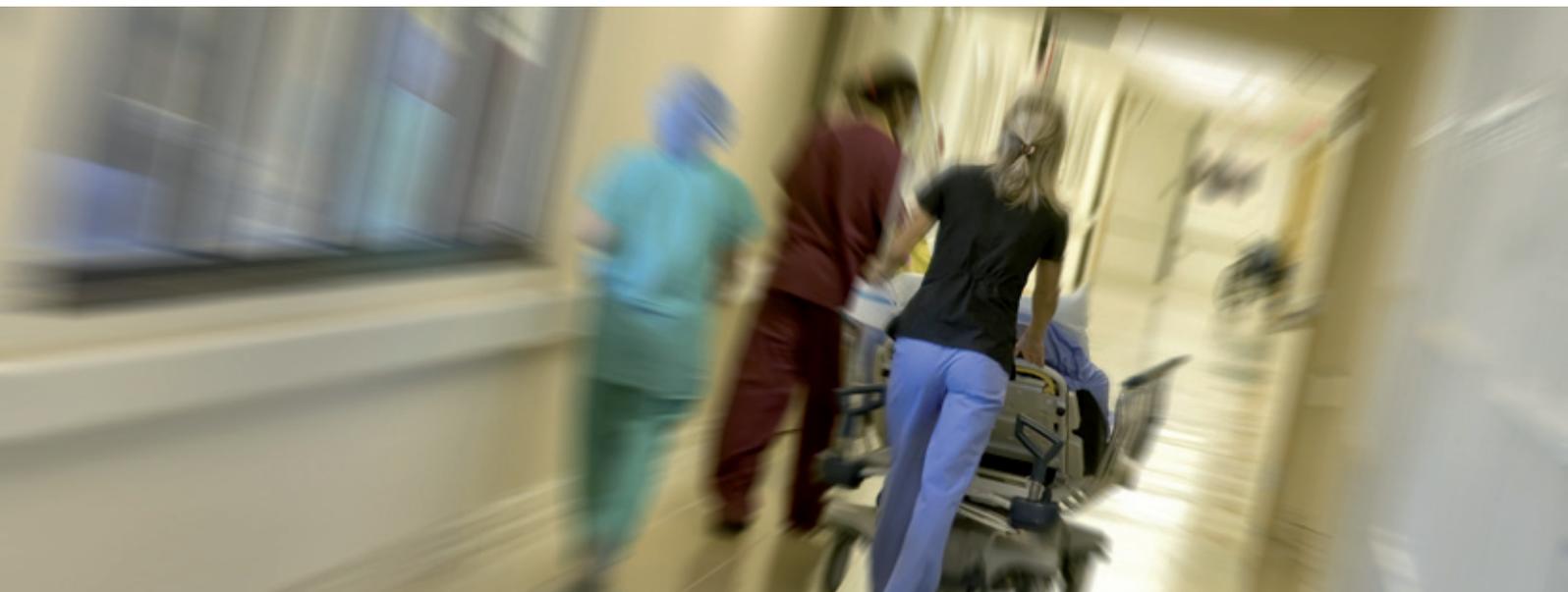
Nº urgencias 2009: 891.659; 2010: 897.765 y 2011: 1.298.027



Tiempo medio de asistencia en "triaje" en urgencias**Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias**

Los tiempos medios obtenidos, tanto para el "triaje" como para la asistencia facultativa, pueden considerarse de excepcional agilidad en la atención de urgencias; con una media que no supera los 26 minutos hasta la atención en más de un millón de urgencias en el año 2011. Además, se observa que el tiempo medio entre el "triaje" y la realización de la asistencia por parte del facultativo se ha reducido en más de 4 minutos entre 2009 y 2011.

El tiempo medio entre el triaje y la asistencia del facultativo se ha reducido en más de 4 minutos entre 2009 y 2011



4.4. Espera media quirúrgica

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

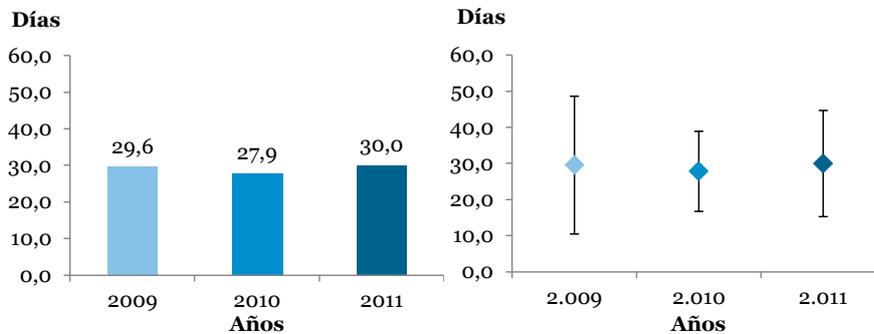
La organización de los centros privados hace difícil obtener un indicador de espera del proceso quirúrgico desde el inicio del proceso (la prescripción de la intervención por el facultativo), dado que ésta se produce en la mayoría de ocasiones por profesionales externos al centro. Es por ello que se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

Este indicador muestra una excelente disponibilidad de los recursos quirúrgicos, con una espera media entorno a 30 días y con un límite inferior a dos semanas

Indicador 6

Espera media quirúrgica (2009-2011, tiempo en días)

Nº intervenciones quirúrgicas 2009: 34.761; 2010: 40.325 y 2011: 45.915



Las esperas medias se encuentran en torno a los 30 días con un límite inferior de menos de dos semanas. Este indicador muestra una excelente disponibilidad de los recursos quirúrgicos, especialmente si consideramos que también incluye las intervenciones

electivas en que la cita se realiza a conveniencia del paciente y no solo en función de la disponibilidad más inmediata de quirófano.

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

Este indicador mide la demora media entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento terapéutico indicado en cada caso en los centros privados. Evidentemente, las demoras medias entre el diagnóstico y el tratamiento esconden una gran variedad de tipos de procesos, desde las intervenciones electivas de problemas que no causan riesgo para la supervivencia ni molestias importantes, hasta los procesos graves en que, sin tener carácter de urgencia, requieren una intervención programable pero sin demoras.

Es por ello que el estudio ha iniciado la diferenciación de estos indicadores incluyendo la medida entre el diagnóstico y la intervención (sea intervención quirúrgica o médica) de un proceso frecuente y grave como es el cáncer de mama.

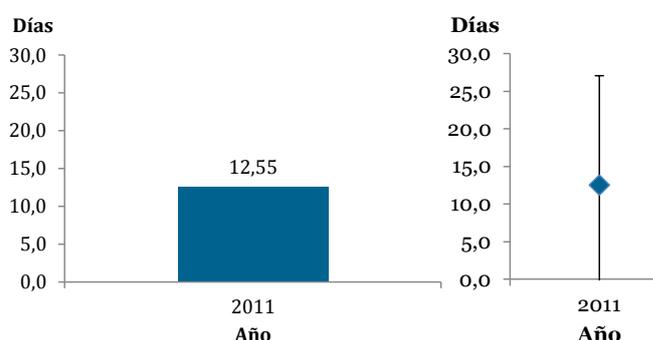
En este caso, las recomendaciones de los programas sanitarios suelen cifrar como estándar adecuado, tiempos de demora entre las 8-10 semanas para la atención del cáncer de mama. Podemos observar en nuestro estudio que los tiempos de respuesta se encuentran muy por debajo de este estándar, siendo la media de apenas dos semanas. Incluso en el límite superior la atención se produce en cuatro semanas, todavía muy por debajo de las mejores recomendaciones internacionales.

Las recomendaciones de los programas sanitarios cifran como estándar tiempos de demora entre las 8 y 10 semanas para la atención del cáncer de mama

En el estudio RESA el tiempo medio de respuesta es muy inferior, con una media de apenas 2 semanas

Indicador 7

Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama (2011, tiempo en días)
Número de pacientes 2011: 1993





5. Resolución asistencial

i:

Informe
IDIS



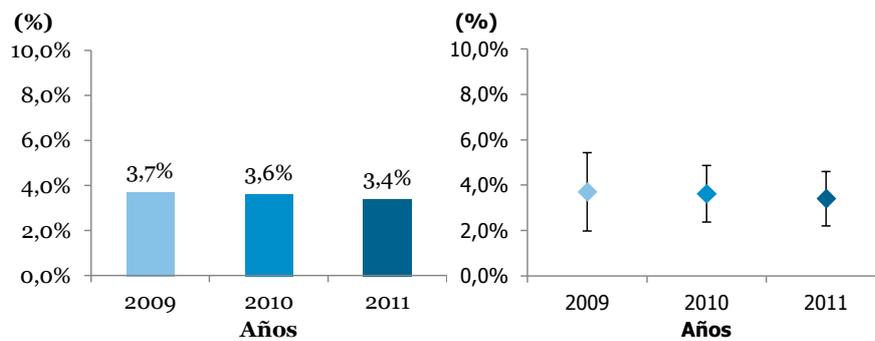
En el ámbito de la resolución asistencial se han seleccionado dos indicadores que representan la eficacia en la resolución en urgencias y hospitalización.

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

5.1. Pacientes que retornan en las 72 horas de su alta en urgencias

Indicador B

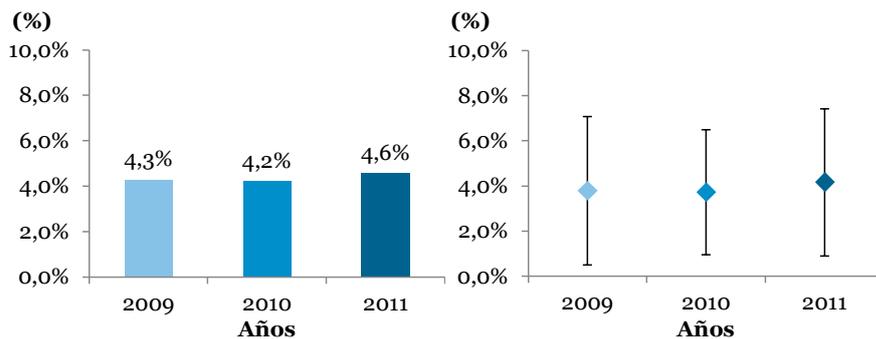
Pacientes que retornan a urgencias en las 72 horas por el mismo diagnóstico (2009-2011, %)
 N° urgencias 2009: 448.985; 2010: 557.906 y 2011: 785.513



5.2. Pacientes que reingresan a los 30 días de su alta

Indicador 9

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



Ambos indicadores muestran proporciones de retorno habituales en la asistencia hospitalaria, así como una baja variabilidad

entre los centros y una importante estabilidad en la evolución anual.

Los resultados de los indicadores de retorno a urgencias muestran proporciones habituales en la asistencia hospitalaria



6. Calidad y seguridad del paciente



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

Para valorar esta dimensión se han combinado en el estudio RESA 2012 dos enfoques:

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

6.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

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

obtenidas. Se han considerado únicamente como aceptadas las certificaciones de organismos internacionales de reconocida solvencia: ISO, European Federation of Quality Management y Joint Commission of Hospital Accreditation.

En el estudio se ha solicitado a los centros, el envío de copia de las certificaciones

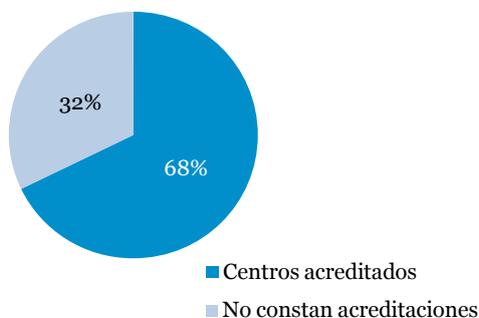
Indicador 10

Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

Indicador 10.1

Proporción de centros con alguna acreditación o certificación

Número de centros hospitalarios: 87

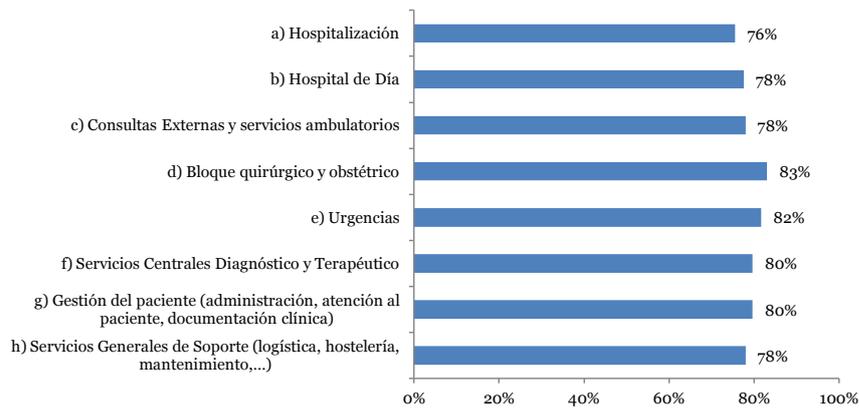


Una amplia mayoría de centros (68%) dispone de certificaciones y acreditaciones a pesar de ser un proceso largo y costoso (tanto en términos de dedicación por el personal del hospital como por la necesidad de apoyo externo).

En las siguientes gráficas se analiza en más detalle las áreas del hospital que disponen de acreditación (excluidos, en cada caso, del cálculo para algunas de las áreas, los centros que carecen de las mismas, como por ejemplo, los centros ambulatorios que no tienen hospitalización).

Indicador 10.2
Accreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios por tipo de proceso en centros con acreditaciones
 Número de centros hospitalarios: 59

% de centros sanitarios que disponen de alguna acreditación o certificación de sus unidades o servicios (ISO, EFQM o Joint Commission)



En esta gráfica vemos como los centros que disponen de acreditaciones o certificaciones no sólo tienen alguna de éstas, sino que disponen de las mismas para la mayoría de procesos hospitalarios asistenciales y no asistenciales.

El análisis de las acreditaciones por procesos muestra cómo, de los centros que disponen de alguna acreditación, la tienen en más de las tres cuartas partes para todas las áreas del hospital estudiadas.



6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente

Desde mediados de la década del 2000 la preocupación por la seguridad del paciente en los centros hospitalarios ha llevado a las organizaciones internacionales a proponer una serie de políticas destinadas a evitar o minimizar aquellos efectos adversos de la asistencia hospitalaria que pueden ser prevenibles. Estas políticas constituyen una tendencia bastante novedosa en los hospitales.

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

Para valorar la situación en el estudio RESA 2012, se ha pedido a los hospitales que suministrasen toda la documentación relacionada con cinco de las iniciativas más importantes de esta política:

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

Lo que hemos medido es si estas prácticas están normalizadas, documentadas y aprobadas oficialmente en los centros participantes. Disponer de estas políticas nos asegura que las direcciones promueven, facilitan y supervisan la realización de las buenas prácticas de calidad.

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

Dichos resultados se analizan para cada una de estas iniciativas:

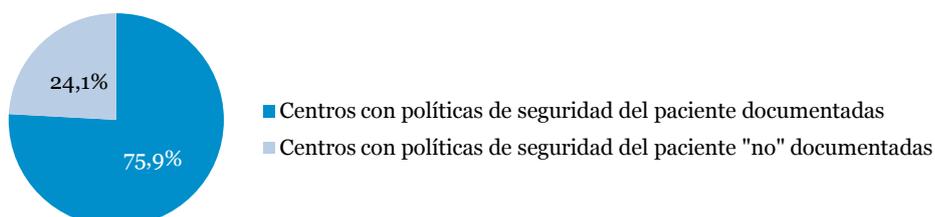
Indicador 11

Políticas y procedimientos implantados, de seguridad del paciente

Indicador 11.1

Políticas y procedimientos implantados, de seguridad (2011, proporción en %)

Número de centros hospitalarios: 87



El 76% de los centros ha podido documentar sus políticas y procedimientos de seguridad del paciente



Como vemos en el gráfico, la mayoría (75,9%) de los centros han podido documentar sus políticas cumpliendo éstas los requisitos exigidos.

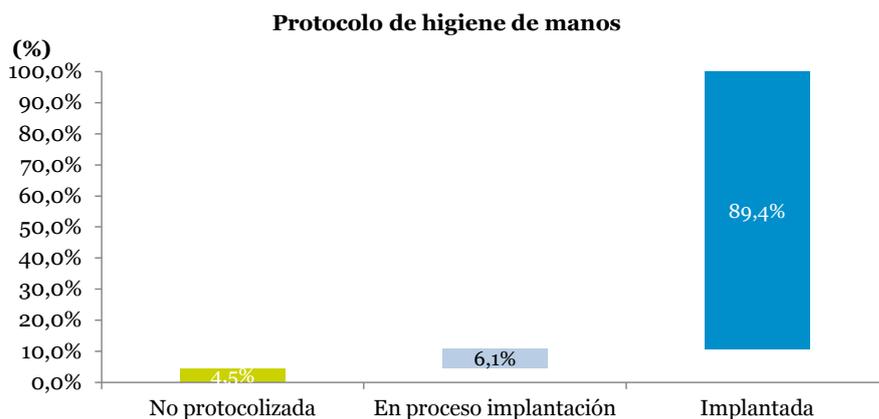
Entre los centros que han facilitado la documentación requerida, la situación de implantación de políticas de seguridad del paciente es la siguiente:

6.2.1. Protocolo de higiene de manos

Indicador 11.2

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

Número de centros hospitalarios: 66

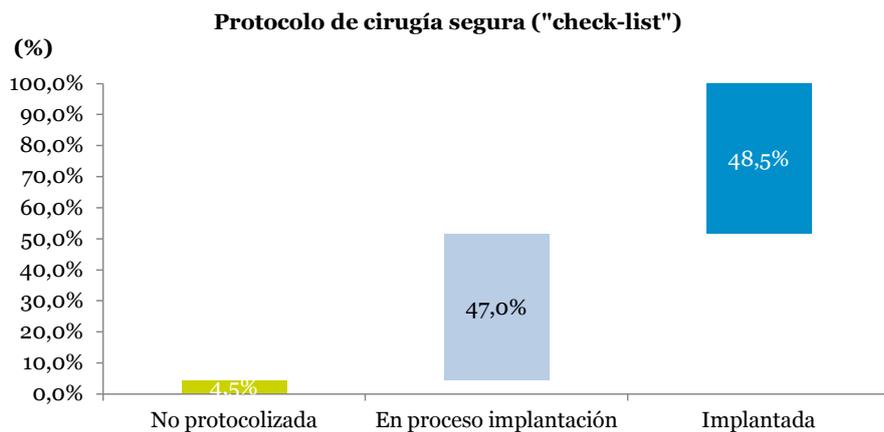


Las políticas de higiene de manos constituyen una de las prácticas más clásicas y de demostrada eficacia para evitar la infección del paciente producida en el hospital.

No es de extrañar por tanto que la práctica totalidad de los centros incluidos en el indicador tenga estas políticas debidamente formalizadas o en proceso de implantación.

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

Indicador 11.3
 Políticas y procedimientos implantados, de seguridad del paciente (2011, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios: 66



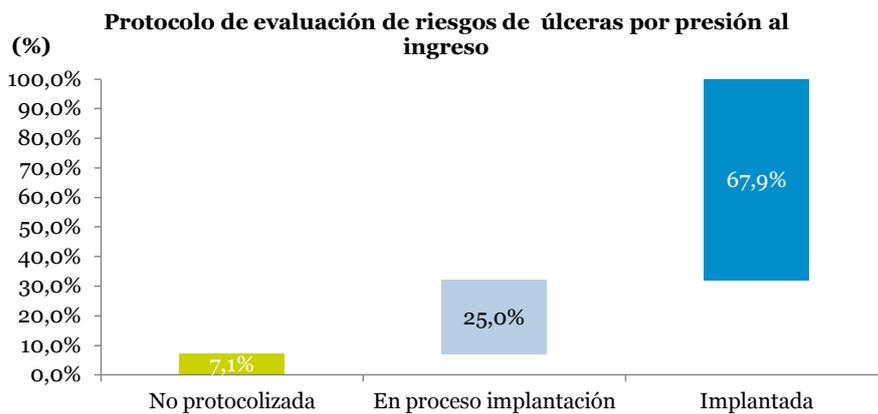
El protocolo de cirugía segura (check-list) consiste en la verificación sistemática, en los momentos previos a la intervención, de una serie de parámetros que aseguran temas como que la identificación del paciente y el tipo de cirugía a realizar, entre otras, es correcta. Esta práctica ha demostrado recientemente en repetidos estudios que es altamente efectiva para evitar los efectos adversos en los pacientes.

Su implantación en los hospitales, de todo tipo, está avanzando pero no es aún generalizada, dado el escaso tiempo –pocos años transcurridos– desde las recomendaciones efectuadas por la Organización Mundial de la Salud.

Por ello, sorprende gratamente ver como esta iniciativa está ya implantada en casi la mitad de los centros o en proceso de implantación en casi todos los demás.

6.2.3. Protocolo de evaluación de úlceras por presión al ingreso

Indicador 11.4
 Políticas y procedimientos implantados, de seguridad del paciente (2011, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios: 66



La evaluación del riesgo de que se desarrollen úlceras por presión es también un procedimiento que ha demostrado su eficacia en prevenir este problema en pacientes encamados, especialmente los de mayor edad. Consiste en valorar unas escalas normalizadas que miden el riesgo del paciente de desarrollar úlceras

por presión y, en base a esta valoración, instaurar medidas preventivas.

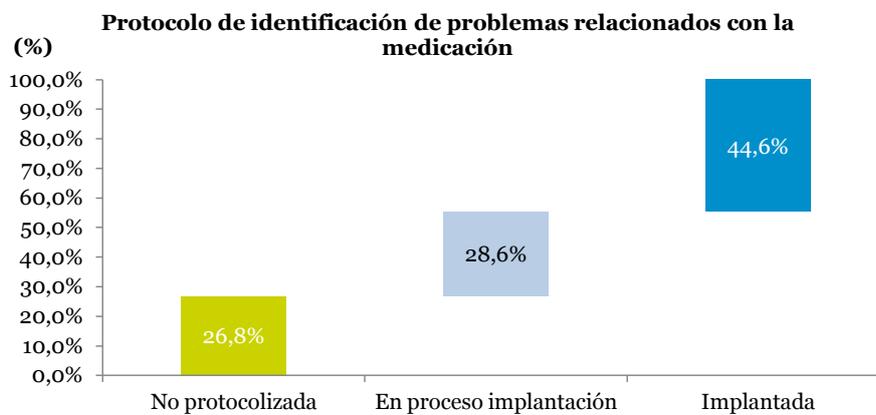
También en este caso, los centros participantes que tienen esta política implantada o implantándose alcanzan casi el 90% del total.



6.2.4. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación

Indicador 11.5

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



La identificación y prevención de los problemas relacionados con la medicación requiere de unos recursos específicos de farmacia hospitalaria y unos procedimientos complejos. Son políticas que, por su dificultad de implantación, están todavía

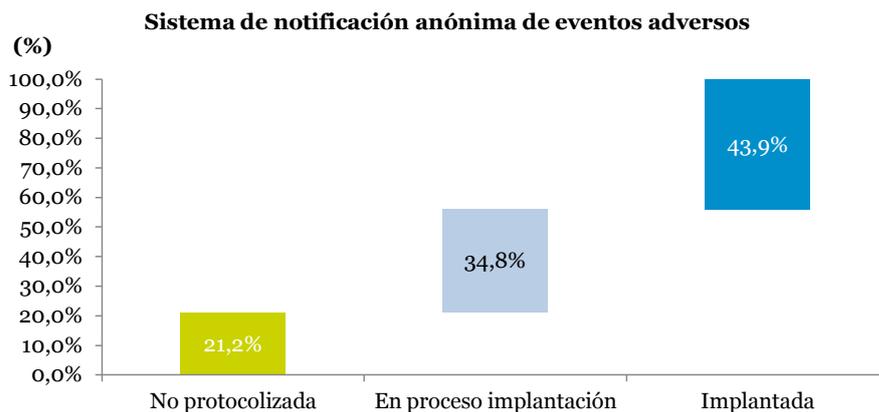
poco generalizadas en los centros hospitalarios.

Aquí por tanto, valoramos como dato muy positivo el hecho de que más del 73% dispongan de estas políticas o se encuentren en fase de implantación.



6.2.5. Sistema de notificación anónima de eventos adversos

Indicador 11.6
 Políticas y procedimientos implantados, de seguridad del paciente (2011, protocolización en %)
 Número de centros hospitalarios: 66



Los sistemas de notificación de eventos adversos son otra de las buenas prácticas recomendadas. Consiste en disponer de un sistema en 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.

El resultado del estudio muestra un grado de desarrollo muy importante en los centros que han remitido la documentación.

Evidentemente, la valoración de todos estos indicadores sobre políticas de seguridad del paciente se realiza sobre la

documentación remitida y por tanto podría haber diferencias, más o menos importantes, entre la documentación y la práctica real. Ello hace que estas valoraciones sean tan sólo indicativas. Pero en general, la documentación revisada nos indica **que la preocupación por la calidad y la seguridad del paciente está ampliamente extendida entre los centros que han participado en estos indicadores.**

La documentación revisada en este ámbito indica que la preocupación por la calidad y la seguridad del paciente está ampliamente extendida

6.3. Tasa de bacteriemias relacionadas con catéter central en UCI

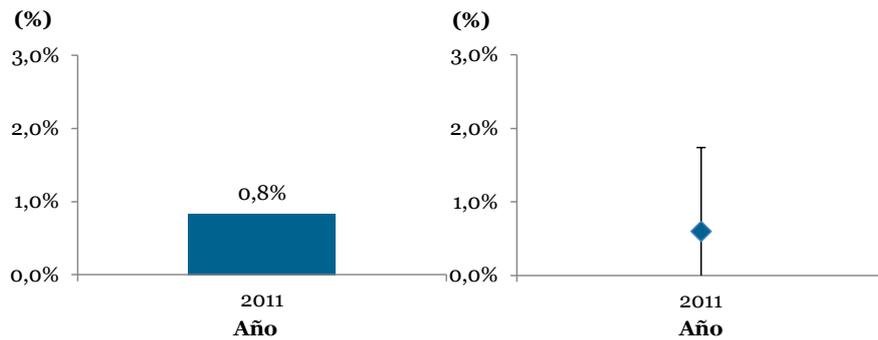
Para profundizar en los temas de calidad y seguridad del paciente se han introducido en el estudio algunos indicadores de calidad utilizados internacionalmente:

Uno de los problemas más frecuentes que se pueden derivar de la asistencia

hospitalaria es el de las infecciones nosocomiales. En este estudio hemos seleccionado un indicador que está sujeto a especial vigilancia en las políticas de calidad y seguridad del paciente, las infecciones relacionadas con la implantación y mantenimiento de catéteres centrales en las unidades de cuidados intensivos.

Indicador 12

Tasa de bacteriemias relacionadas con catéter central en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (2011, tasa en %)
 Número de pacientes ingresados en UCI con catéter central 2011: 6.982



Este indicador refleja una tasa bastante baja respecto a las que hemos encontrado en la literatura (entre el 0,5% y el 16%, con tendencia a situarse en promedio en alrededor del 3%). También es muy baja en

este estudio la variabilidad entre centros, moviéndose el intervalo de confianza (es decir el 90% de los centros) en tasas de entre cero y dos por ciento.





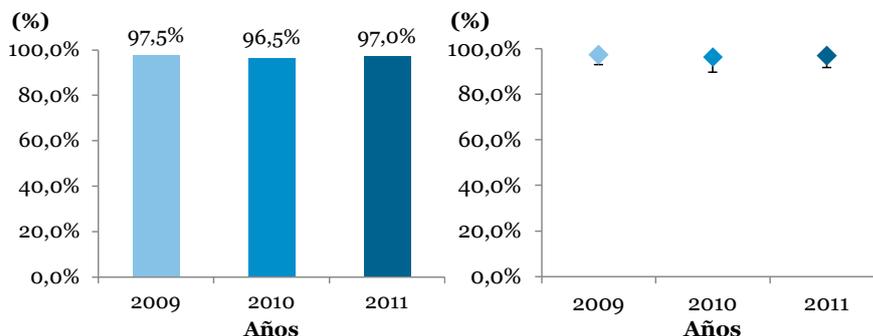
6.4. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo

El síndrome coronario agudo (infarto de miocardio) como es de todos conocido, es una de las patologías con mayores tasas de mortalidad.

La tasa de supervivencia en pacientes ingresados por IAM, se encuentra dentro del rango habitual en hospitales europeos

Indicador 13

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



En este caso, las tasas de supervivencia a las 48 horas del ingreso son muy altas y con una mínima variabilidad.

entre 98,5% y 96,8% por lo que estos datos reflejan una supervivencia dentro del rango habitual en hospitales europeos.

La literatura de estándares clínicos muestran tasas de supervivencia en Europa

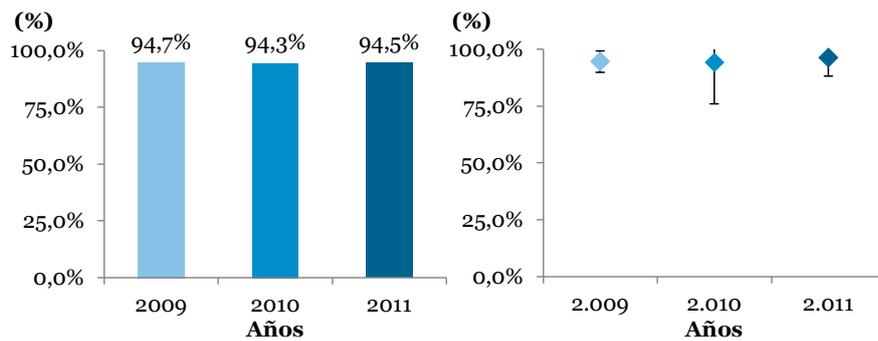
6.5. Porcentaje de Cirugía de Prótesis de Cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario

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

norteamericana. Se considera que la pronta intervención disminuye la mortalidad y facilita el pronto inicio de la rehabilitación.

Indicador 14

Cirugía de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario (2009-2011, en %)
Número de pacientes 2009: 1.396; 2010: 1.550 y 2011: 2.205



En este indicador, los resultados de los centros se pueden considerar muy positivos dado que en la literatura se encuentran resultados mucho más bajos (incluso

proporciones entre el 30%-50% de pacientes intervenidos con posterioridad a las 48 horas en algunos países y hospitales).







7. Conclusiones



Con toda seguridad, la primera conclusión importante está basada en la consecución de los objetivos planteados a la hora de definir el estudio: 87 centros de la sanidad privada han puesto **voluntariamente** a disposición un amplio conjunto de información reservada para poder mostrar sus resultados de calidad. Se trata, pues, de un **ejercicio de transparencia** hacia el conjunto de los ciudadanos.

Una segunda valoración, aunque sea un hecho conocido, es el **excelente nivel de gestión de la eficiencia en beneficio del paciente y del sistema sanitario**. El indicador de estancia media ajustada por casuística, con una media de 3,8 días de estancias hospitalarias por paciente, confirma sobradamente dicho nivel.

En tercer lugar, **la accesibilidad de la sanidad privada se demuestra con unos buenos indicadores de tiempos de respuesta**. Esta circunstancia ya es ampliamente conocida y forma parte de la valoración pública de la sanidad privada. Aún así es importante contrastar esta valoración con los datos reales, en que se observa:

- La accesibilidad en el tiempo de espera para la citación de pruebas complementarias presenta unos datos excelentes en términos de promedio y en muchos casos suponen una respuesta casi inmediata. Estos datos se ven confirmados también por los escasos tiempos de respuesta en la realización de los informes de las mismas.
- Los tiempos medios de respuesta en urgencias se consideran más que positivos, con una espera media inferior a los 10 minutos para el "triaje" y de poco más de 15 minutos para la asistencia facultativa.
- Los resultados del estudio respecto a las esperas para intervención quirúrgica son también muy positivos con una espera media de apenas 30 días.
- También en el caso específico del tiempo de atención a pacientes con cáncer de mama, el resultado es mucho mejor que los tiempos recomendados.

Un cuarto aspecto a tener en cuenta es la resolución asistencial, cuyos indicadores de retorno a urgencias o reingresos hospitalarios por el mismo diagnóstico, muestran proporciones de retorno habituales en la asistencia hospitalaria.

El quinto aspecto importante, y seguramente menos conocido, es constatar el **firme compromiso existente en la sanidad privada para la implantación de políticas de calidad y seguridad del paciente**:

- Los indicadores cualitativos obtenidos son demostrativos de que una amplia mayoría de centros privados implanta activamente políticas de calidad y seguridad del paciente.
 - Una amplia mayoría de centros dispone de certificados de acreditación o certificación; y los centros que disponen de ellos, acreditan a casi todas las áreas del hospital.
 - También en la mayor parte de los centros las recomendaciones internacionales para la mejora de la seguridad del paciente se encuentran en proceso avanzado de implantación.
- Y ello se refleja en que los **indicadores de calidad obtenidos de las bases de datos de pacientes muestran unos niveles de calidad comparables o superiores a los de cualquier otra institución**.
 - La supervivencia de los pacientes con síndrome coronario agudo que se encuentra es comparable con los resultados obtenidos en destacados estudios realizados en centros europeos.
 - Las tasas de infección asociada a catéter central en cuidados intensivos se sitúan entre los niveles más bajos, según los resultados publicados en la literatura médica y científica.
 - La intervención quirúrgica dentro de las primeras 48 horas para la fractura de fémur muestra unos resultados excelentes, figurando entre los mejores datos conocidos.

La interpretación de los indicadores sanitarios es siempre muy compleja, pero en cualquier caso **los resultados del Estudio RESA 2012 son comparables e incluso mejores que los que ofrecen la mayoría de centros europeos.**

IDIS quiere, con este primer estudio, abrir una línea de continuidad para dar a conocer la actividad y los resultados de la sanidad privada. El estudio RESA 2012 es reflejo de la altísima implicación de los socios del IDIS. Esperamos en próximas ediciones extender y ampliar esta línea que nos permite sin duda conocer mejor a la sanidad privada no solo a través de su actividad sino también por medio de sus resultados.

Los indicadores de este estudio RESA 2012, son una muestra de los beneficios que el paciente puede encontrar dentro de un entorno privado de salud, que genera confianza, transparencia y atención personalizada tanto a pacientes como a sus familias, todo ello con la máxima calidad aplicada tanto a sus procesos, como a sus procedimientos asistenciales y estancias hospitalarias.

El modelo de gestión privada ha demostrado ser más eficiente, siendo la práctica clínica y sus resultados en los diferentes centros, áreas y patologías, extensibles también a los diferentes modelos de colaboración público-privada que existen en nuestro país.

En todos ellos se mantienen las características del sistema público de salud, y por lo tanto la cobertura es exactamente igual, no suponen una disminución de los derechos de los ciudadanos en relación al acceso a la Sanidad, en ningún caso conllevan un coste añadido para los usuarios, ni una disminución en las prestaciones ofertadas con respecto a los modelos de gestión sanitaria pública tradicional y no implican una merma en la calidad asistencial que reciben los ciudadanos, tal y como se ha demostrado reiteradamente en las encuestas de satisfacción realizadas en centros que en el momento actual funcionan bajo este modelo de gestión.

En los modelos de colaboración público-privada, la cápita debe cubrir todas las necesidades del usuario siendo controlado todo el proceso desde la administración, incluso los propios resultados de salud que se derivan de su práctica diaria, que por cierto, son perfectamente asimilables a los presentados en este estudio RESA 2012.



8. Anexos

8.1. Proceso para la selección de indicadores

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

Para la selección de los indicadores se constituyó un Comité de Estudio formado por 13 profesionales de los grupos sanitarios más relevantes del sistema sanitario privado español.

De esta primera reflexión se obtuvieron un total de 114 indicadores distintos con los que podía contar el estudio.

El Comité del Estudio RESA 2012 sentó las bases para la elección de los indicadores. Los principios rectores que se seleccionaron fueron:

- ▶ **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 15 indicadores
- ▶ **Útiles:** el conjunto de indicadores seleccionados debía aportar valor al ciudadano a través de su comunicación, como a la mejora continua de la sanidad privada.

- ▶ **Que utilicen la información normalizada (CMBD):** el conjunto de indicadores debía tener en cuenta que una de las fuentes de información más potentes del sistema sanitario es el CMBD por lo que su explotación debía aportar indicadores relevantes para el estudio.

- ▶ **Inicialmente centrados en la actividad hospitalaria privada:** los indicadores debían ser formulados para reflejar el desempeño de la actividad hospitalaria privada, quedando para una segunda fase del estudio todo lo referente a la actividad ambulatoria de los centros.

- ▶ **Sensibles:** los indicadores definidos debían tener en cuenta las características específicas del sector privado.

Una vez definidos los principios rectores se consideró necesario que el conjunto del estudio tuviera una muestra heterogénea de indicadores que reflejara la realidad hospitalaria desde distintos puntos de vista. Por ello, se propuso que la selección final de indicadores debía reflejar las distintas tipologías existentes.

Indicadores de datos basados en proporciones o datos agregados (continuos o basados en tasas):

- ▶ **Indicadores de Procesos:** evalúan la forma en que se llevan a cabo las actividades de la organización.
- ▶ **Indicadores de Resultados (o "lag"):** representan lo que fue obtenido por la organización como consecuencia de sus acciones pasadas.
- ▶ **Indicadores de Desempeño (o "lead"):** representan factores que generarán resultados mejores o peores en el futuro.



Indicadores específicos:

- **Indicadores centinela:** aquellos que representan la medición de un suceso lo bastante grave e indeseable del resultado de la atención, como para realizar una revisión individual de cada caso en que se produzca. Se caracterizan por una baja probabilidad de ocurrencia y una alta probabilidad de ser atribuibles a un fallo en la atención y por tanto deben tener validez.
- **Indicadores trazadores:** Son aquellos que miden una condición diagnóstica típica de una determinada especialidad médica o de una organización, que refleje de forma fiable la globalidad de la asistencia brindada. Puede ser una enfermedad

de diagnóstico frecuente en la cual las deficiencias en la asistencia se consideran comunes y susceptibles de ser evitadas, y en las que se puede lograr beneficio al corregir esas deficiencias.

Durante la reunión se acordó que el Estudio RESA 2012 no contara con indicadores de satisfacción del paciente al considerar que éstos ya vienen reflejados en los datos del Primer Barómetro de la Sanidad Privada.

Finalmente, teniendo en cuenta todo el proceso de reflexión realizado, el Comité del Estudio RESA 2012 seleccionó 16 indicadores para que el equipo consultor trabajara en su definición, objetivo, fórmula de cálculo, términos de cada uno de ellos.

8.2. Revisión de la definición de los indicadores

La segunda reunión del Comité del Estudio RESA tuvo como objetivos principales:

- ▶ Validar la definición de los indicadores realizada por Antares Consulting.
- ▶ Validar el proceso y la herramienta de recogida de la información para el cálculo de los indicadores seleccionados.
- ▶ Identificar los grupos y centros hospitalarios a participar en el estudio.

Durante el proceso de revisión que se efectuó para cada uno de los indicadores, se consensuó la supresión de los siguientes indicadores debido a su falta de representatividad en la sanidad privada

y, sobre todo, la dificultad de obtener información fiable para su cálculo:

- ▶ Porcentaje de angioplastia primaria dentro de los 90 minutos de llegada al hospital.
- ▶ Porcentaje de angioplastia primaria dentro de las 3 horas de llegada al hospital en Ictus isquémico.

De este modo, el conjunto de indicadores validados por el Comité del Estudio RESA quedó reducido a 14, siendo éstos los que reflejan de forma más relevante la mejora continua de la sanidad privada.

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

Figura 3
Listado de indicadores seleccionados

Dimensión	Código	Nombre del indicador	Tipo de indicador	Observaciones
Eficiencia	1	Estancia media ajustada por casuística	Resultado	
Accesibilidad: tiempo de respuesta	2	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	Proceso	Mamografía TAC RMN
	3	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias	Proceso	Mamografía TAC RMN
	4	Tiempo medio de asistencia en "triaje" en urgencias	Proceso	
	5	Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias	Proceso	
	6	Espera media quirúrgica	Proceso	
Resolución asistencial	7	Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama	Proceso	
	8	Pacientes que retornan en las 72 horas de su alta en urgencias	Resultado	
Calidad y seguridad del paciente	9	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días	Resultado	
	10	Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	Proceso	
	11	Políticas y procedimientos de seguridad del paciente implantados	Proceso	
	12	Tasa de bacteriemias relacionadas con catéter central en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	Resultado	
	13	Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo	Resultado	
	14	Cirugía de prótesis de cadera dentro de las 48 horas del ingreso	Resultado	

NOTA: Los colores de las filas indican el nivel de dificultad de obtención de datos, que se explica más adelante.

Además, pensando en valorar la carga de trabajo que supone para los grupos o centros hospitalarios la obtención de los datos y la información requerida, se establecieron tres niveles de dificultad:

Nivel 1 Son indicadores que TODOS los centros de IDIS podían tener disponibles con facilidad

- Por ser obtenidos del CMBD de hospitalización, que está disponible en todos los centros y poder ser explotados de forma centralizada para este estudio.
- Por tratarse de indicadores autodeclarados en que basta que la dirección de los centros suministre la información ya existente sobre cada tema.

Estos indicadores son los siguientes:

- Tasa de reingreso a 30 días.
- Tasa de mortalidad de pacientes ingresados por Infarto Agudo de Miocardio (IAM).
- Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente.
- Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios.
- Estancia media ajustada por casuística.
- Porcentaje de cirugía de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario.

Nivel 2 Son indicadores que en principio pensábamos que la mayoría de centros podían obtener explotando información que considerábamos podía estar disponible, dado el alto nivel de gestión que hay en el sector. Es decir, la dificultad podía estar en los "querry" (consultas a las bases de datos) que se tuviesen que hacer por parte de cada centro para obtenerla de su sistema de información.

Los indicadores catalogados dentro de este nivel de dificultad son los siguientes:

- Pacientes que retornan en las 72 horas de su alta en urgencias.
- Iniciativas de cirugía segura ("check-list" quirúrgico)
- Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias.
- Tiempo medio de primera asistencia facultativa en urgencias.
- Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cáncer de mama.
- Porcentaje de realización de biopsia de ganglio centinela.

Nivel 3 Son indicadores con información clínica más completa que la contenida en el CMBD, que sólo se encontraría disponible en los centros en que existiese una historia clínica electrónica. En caso de no existir, extraerlos implicaría la búsqueda activa de datos de la historia clínica mediante microencuestas o cortes.

Los indicadores catalogados dentro de este nivel de dificultad son los siguientes:

- Tasa de bacteriemias relacionadas con catéter central en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Tiempo medio de espera de citación en pruebas complementarias.
- Demora media de los tiempos de espera quirúrgica.

8.3. Fichas de indicadores

Las siguientes fichas detallan la definición, fórmula y términos de cada uno de los indicadores del Estudio RESA 2012:

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: $((A_1 * P_1) + \dots + (A_n * P_n)) / ((B_1 * P_1) + \dots + (B_n * P_n))$	
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 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 de casos del GRD 1...GRD n en el conjunto de centros estudiados (Norma)
Código: 2 (2.1, 2.2 y 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 y 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	Nombre: Tiempo medio de asistencia en "triaje" en urgencias
Definición: Tiempo medio de espera transcurrido desde el registro de entrada en urgencias hasta el "triaje" en urgencias.	
Fórmula: $\sum (A-B) / C$	
Numerador (A y B): A: Fecha y hora del triaje en urgencias médica. B: Fecha y hora de registro a la entrada en urgencias	Denominador (C): Número de pacientes registrados en urgencias
Código: 5	Nombre: Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias
Definición: Tiempo medio de espera transcurrido desde el triaje en urgencias hasta la atención médica.	
Fórmula: $\sum (A-B) / C$	
Numerador (A y B): A: Fecha y hora de la atención médica. B: Fecha y hora del triaje en urgencias	Denominador (C): Número de pacientes registrados en urgencias

Código: 6	Nombre: Demora media quirúrgica
Definición: Número total de días entre la fecha de citación en la consulta preanestésica 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): Número total de pacientes con fecha de realización de intervención quirúrgica y estudio preanestésico.
Código: 7	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: $\Sigma (A-B) / C$	
Numerador (A y B): A: Fecha de citación para el inicio del tratamiento oncológico del cáncer de mama (Puede ajustarse con la fecha de	Denominador (C): Total de pacientes con informe diagnóstico de cáncer de mama.
Código: 8	Nombre: Pacientes que retornan en las 72 horas de su alta en urgencias
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: 9	Nombre: Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días
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: 10 (10.1 y 10.2)	Nombre: Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios
Definición: Número de unidades y/o servicios que han obtenido reconocimiento externo de calidad (Certificación, acreditación...) en las principales áreas de funcionamiento del hospital (Indicador autodeclarativo).	
Fórmula: $\Sigma A / B$	
Numerador (A): Número de centros hospitalarios que han obtenido, en el período estudiado, un certificado y/o acreditación de calidad ISO, EFQM o Joint Commission por servicio hospitalario: a) Hospitalización; b) Hospital de Día; c) Consultas Externas y servicios ambulatorios; d) Bloque quirúrgico y obstétrico; e) Urgencias, f) Servicios Centrales diagnósticos y terapéuticos; y g) Gestión del Paciente (Admisiones, atención paciente, documentación clínica).	Denominador (B): Número de centros hospitalarios que han participado en el estudio.

Código: 11 (11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5 y 11.6)	Nombre: Políticas y procedimientos de seguridad del paciente implantado
Definición: Número de políticas y procedimientos de seguridad de pacientes implantadas en el hospital en las áreas prioritarias: 1) general; 2) higiene de manos; 3) "check list" quirúrgico; 4) protocolo de evaluación de úlceras por presión; 5) protocolos de identificación de problemas relacionados con la medicación; 6) sistemas de notificación anónima de eventos adversos. Indicador autodeclarativo.	
Fórmula: $\Sigma A / B$	
Numerador (A): Número de políticas y procedimientos de seguridad del paciente implantados en el hospital que cumplen los criterios definidos.	Denominador (B): Número de centros hospitalarios que participan en el estudio.
Código: 12	Nombre: Tasa de bacteriemias relacionadas con catéter central en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
Definición: Porcentaje de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos con catéter central, a los que se les ha diagnosticado una bacteriemia.	
Fórmula: $(A/B)*100$	
Numerador (A): Número total de pacientes con dispositivo de cateterización en vía central, con diagnóstico de bacteriemia en UCI.	Denominador (B): Número total de pacientes con catéter central ingresados en UCI.
Ajustes: Se excluyen los ingresos en UCI de menos de 24 horas.	
Código: 13	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: 14	Nombre: Cirugía de prótesis de cadera dentro de las 48 horas del 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.

8.4. Especificaciones metodológicas

CMBD

Dentro del fichero Excel se solicitó la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los tres últimos años (2009, 2010 y 2011). 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 y CIE utilizados por 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 debía 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 la identificación personal del paciente).

Estos números de identificación personal fueron codificados por los responsables del estudio de forma que no quedó en la base de datos del estudio 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 fué devuelta al centro y no quedó en poder de los responsables del estudio ninguna copia de la misma.

8.4.1. Estancia media ajustada por casuística

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

8.4.2. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

Se incluyeron las siguientes pruebas realizadas en 2011:

- Mamografía.
- Resonancia magnética.
- TAC.

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

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

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

8.4.3. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

Incluyó únicamente las siguientes pruebas realizadas en 2011:

- Mamografía de screening.
- Resonancia Nuclear Magnética osteomuscular y de extremidades.
- Tomografía axial computarizada.

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

Se suministraron para cada tipo de prueba los siguientes datos:

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

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

8.4.4. Tiempo medio de asistencia en triaje de urgencias

Se incluyeron en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias en los años de referencia.

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 era registrada a la llegada.

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de la asistencia en el triaje de urgencias.

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

8.4.5. Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias

Se incluyeron en la misma todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias en los años de referencia.

Se suministró la siguiente información:

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de inicio de la asistencia en el sistema de triaje de urgencias

- Fecha en formato dd/mm/aaaa y hora en formato hh:mm de inicio de la atención por el primer facultativo médico que visita al paciente. Se excluyó de este dato la atención de triaje por personal de enfermería cuando existía.

Fuente: Sistema de Información hospitalario (HIS).

8.4.6. Espera media quirúrgica

Incluyó todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma programada con anestesia general (Incluyendo cirugía mayor ambulatoria o sin ingreso).

Para cada año incluye los pacientes cuya programación quirúrgica haya sido realizada dentro del año, incluyendo los casos cancelados con posterioridad por cualquier motivo.

Se remitió la siguiente información:

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

8.4.7. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento del 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 fué el 28 de febrero del año siguiente (Año 2011 hasta el 28 de febrero de 2012).

Se suministró la información siguiente:

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

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

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

8.4.8. Pacientes que retornan en las 72 horas de su alta en urgencias

Se solicitaron los tres últimos años (2009, 2010 y 2011) en el formato Excel que se adjuntaba. Incluyó dos explotaciones:

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

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

8.4.9. Tasa de reingreso a los 30 días

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

8.4.10. Acreditación o certificación de unidades y servicios hospitalarios

Incluyó las acreditaciones, certificaciones premios o menciones recibidas durante los años 2010 y 2011, del tipo ISO, EFQM y "Joint Commission on Hospital Accreditation".

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

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

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

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



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

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

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

d) Problemas relacionados con la medicación. Implica la existencia de la revisión por el farmacéutico o farmacólogo

clínico del análisis de la medicación prescrita durante la estancia en el hospital, el análisis de potenciales problemas relacionados con la medicación y la comunicación al clínico responsable de estos problemas. El protocolo debe estar escrito (remitir copia en formato electrónico).

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

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

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

8.4.12. Tasa de bacteriemias relacionadas con catéter central en UCI

Se registró en el cuestionario general. Incluyó la información de:

- Numerador: Número de bacteriemias diagnosticadas en la Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal o Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica.
- Denominador: Número total de pacientes en las unidades de cuidados intensivos,

número de estancias en unidades de cuidados intensivos, número de estancias con catéter realizadas en los servicios de cuidados intensivos.

- Fuente de información por orden de preferencia: Servicio de Medicina Preventiva, Servicio de Microbiología, Registros Específicos de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátrica.

8.4.13. Tasa de mortalidad de pacientes ingresados por IAM

La tasa de mortalidad de pacientes ingresados por Infarto Agudo de Miocardio (IAM) se calculó a partir de los datos requeridos en la explotación del CMBD.

8.4.14. Porcentaje de cirugía de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario

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



8.5. Relación de participantes

8.5.1. Centros hospitalarios y clínicas

Listado de centros hospitalarios y clínicas participantes en el Estudio RESA 2012

Capio Sanidad

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

Clinicas Asisa

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

Clinicas Igualatorio Medico Quirurgico

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

Grupo HM Hospitales

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

Grupo Hospitalario Quirón

- HOSPITAL QUIRÓN BARCELONA
Barcelona
- HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA
Málaga
- HOSPITAL QUIRÓN SAN SEBASTIÁN
San Sebastián
- HOSPITAL QUIRÓN VALENCIA
Valencia
- HOSPITAL QUIRÓN VIZCAYA
Erandio
- HOSPITAL QUIRÓN ZARAGOZA Y HOSPITAL
DE DÍA QUIRÓN ZARAGOZA
Zaragoza
- HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRÓN
MADRID
Pozuelo de Alarcón

Grupo Hospitales Nisa

- HOSPITAL 9 DE OCTUBRE
Valencia
- HOSPITAL PARDO DE ARAVACA
Madrid
- HOSPITAL REY DON JAIME
Castellón de la Plana
- HOSPITAL SEVILLA ALJARAFE
Castilleja de la Cuesta
- HOSPITAL 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

Grupo Innova Ocular

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

Grupo Recoletas

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

Ribera Salud

- HOSPITAL DE TORREJON
Torrejón de Ardoz
- HOSPITAL DE TORREVIEJA
Torrevieja
- HOSPITAL DEL VINALOPO
Elche

Sanitas Hospitales

- CLÍNICA HOSPITAL CIMA
Barcelona
- HOSPITAL SANITAS LA MORALEJA
Sancharro
- HOSPITAL SANITAS LA ZARZUELA
Aravaca

Usp Hospitales

- USP COLINA
Santa Cruz
- USP COSTA ADEJE
Adeje
- USP DEXEUS
Barcelona
- USP LA ESPERANZA
Vitoria
- USP MARBELLA
Marbella
- USP PALMAPLANAS
Palma
- USP SAGRADO CORAZÓN
Sevilla
- USP SAN CAMILO
Madrid
- USP SAN CARLOS
Murcia
- USP SAN JAIME
Torrevieja
- USP SAN JOSE
Madrid
- USP SANTA TERESA (INSTITUTO POLICLÍNICO)
La Coruña

Otros

- CENTRO MEDICO TEKNON
Barcelona
- CLINICA LA LUZ
Madrid
- CLÍNICA ROTGER
Palma
- GRUPO HOSPITALES SAN ROQUE
Las Palmas
- POLICLÍNICA COMARCAL DEL VENDRELL, S.L.
Santa Oliva
- XANIT HOSPITAL INTERNACIONAL
Benalmádena

8.5.2. Comité de expertos

El comité de expertos del Estudio RESA 2012 se encuentra formado por:

- Albert Jovell. FORO DE PACIENTES
- Alicia Sánchez Gil. ADESLAS
- Angel de Benito. MAPFRE
- Francisco Juan. DKV
- Ignacio Conde. GRUPO INNOVA OCULAR
- Iñaki Lucas. ERESA
- Jon Darpón Sierra. IMQ
- Juan Abarca. IDIS
- Luís Mayero. ASISA
- Manuel Vilches. NISA
- Pablo González. HM
- Pedro Rico. GRUPO QUIRON - USP
- Sonia Gallo. SANITAS

8.5.3. Responsables (IDIS y Antares Consulting)

El equipo responsable del trabajo de campo del Estudio RESA 2012 se encuentra formado por profesionales de IDIS y de Antares Consulting:

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

Entidades que forman parte del IDIS

Las 70 entidades que forman parte del IDIS a diciembre de 2012 son:

Patronos IDIS

- ACES
- ADESLAS SegurCaixa
- ASISA
- AXA
- Capiro Sanidad
- CASER
- DKV
- ERESA
- Grupo Hospitalario Quirón
- Grupo Innova Ocular
- Grupo Recoletas
- Hospital de Madrid
- Hospitales Nisa
- Hospiten
- IMQ
- MAPFRE
- Sanitas
- USP Hospitales

Patronos de libre designación

- Consejo General de Colegios de Enfermería
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- Facme
- Farmaindustria
- Fenin
- Foro español de pacientes
- Organización Médica Colegial

Asociados IDIS

- Abacid
- Alliance Medical
- Asefa
- Best Doctors
- Clínica La Luz
- Clínica Rotger
- Clínica San Francisco
- Clínica San Roque
- Clínica Santa Elena
- Esteve Teijin Healthcare
- Ginefiv
- Grupo Hospitalario Modelo
- Grupo IMO
- HealthTime
- Hospital Infanta Luisa
- Hospital Perpetuo Socorro
- Igualatorio Cantabria
- Mnemotech
- Policlínico La Rosaleda
- Santalucía
- Xanit. Hospital Internacional

Colaboradores IDIS

- Amgen
- BD (Becton, Dickinson and Company)
- Carbueros Medica
- Covidien
- Dräger
- Elekta
- Esteve
- Everis
- Grupo Cofares
- Hartmann
- Kantar Health
- Mindray
- Novartis
- Palex
- Siemens
- Willis Iberia

Patrocinadores

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



IDIS

Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad



CON EL PATROCINIO DE

