

# Estudio

## RESA 2024

Indicadores de resultados sanitarios  
en la sanidad privada



Instituto para el Desarrollo  
e Integración de la Sanidad

July

October

November

December

# Estudio

## RESA 2024

Indicadores de resultados sanitarios  
en la sanidad privada

**Estudio RESA 2024.** *Indicadores de resultados sanitarios en la sanidad privada* es propiedad intelectual del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación IDIS). Documento elaborado por IQVIA.

**Fecha de publicación:** noviembre de 2024.

# ÍNDICE

Introducción .....	6
Resumen ejecutivo .....	8
<b>1. Objetivos del estudio.</b> .....	<b>11</b>
<b>2. Metodología.</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1. Participantes.</b> .....	14
<b>2.2. Periodo de datos.</b> .....	14
<b>2.3. Bases de datos</b> .....	14
<b>2.4. Datos recibidos.</b> .....	15
<b>2.5. Datos analizados</b> .....	15
<b>2.6. Depuración de datos.</b> .....	16
<b>2.7. Actualizaciones metodológicas.</b> .....	16
2.7.1. Actualización de indicadores .....	16
2.7.2. Actualización de procesos .....	19
<b>2.8. Interpretación de gráficos de variabilidad</b> .....	19
<b>2.9. Análisis comparativo de resultados</b> .....	19
<b>3. Resultados</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1. Accesibilidad en la atención sanitaria</b> .....	21
3.1.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias .....	21
3.1.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias .....	22
3.1.3. Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio .....	23
3.1.4. Tiempo medio de entrega de informe de laboratorio .....	24
3.1.5. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista .....	25
3.1.5.1. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista por tipo de consulta .....	26
3.1.6. Tiempo medio de espera quirúrgica .....	27
3.1.7. Tiempo medio de asistencia en urgencias .....	28
<b>3.2. Eficiencia</b> .....	29
3.2.1. Estancia media .....	29
3.2.2. Estancia media prequirúrgica .....	31
3.2.3. Tasa de ambulatorización .....	32
<b>3.3. Resolución asistencial</b> .....	33
3.3.1. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta .....	33
3.3.2. Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días .....	34
3.3.3. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta .....	35
3.3.4. Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días .....	36
<b>3.4. Calidad y seguridad</b> .....	37
3.4.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios .....	37
3.4.2. Indicadores de seguridad del paciente .....	38
3.4.3. Tasa de intervenciones de cirugía segura ( <i>checklist</i> quirúrgico) .....	40
<b>3.5. Procesos clínicos</b> .....	41
3.5.1. Fractura de cadera .....	41
3.5.1.1. Gestión de estancias .....	41
3.5.1.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta .....	42
3.5.1.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria .....	43
3.5.2. Partos .....	45
3.5.2.1. Estancia media .....	45
3.5.2.2. Tasa de partos por cesárea .....	45
3.5.2.3. Tasa de partos vaginales con cesárea previa .....	46
3.5.2.4. Ingresos preparto .....	47
3.5.3. Cáncer de mama .....	48
3.5.3.1. Estancia media .....	48
3.5.3.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta .....	48
3.5.3.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria .....	49
3.5.3.4. Tasa de ambulatorización .....	49

3.5.4. Cáncer de pulmón .....	50
3.5.4.1. Estancia media .....	50
3.5.4.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta .....	50
3.5.4.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria .....	51
3.5.5. Cáncer de próstata .....	52
3.5.5.1. Estancia media .....	52
3.5.5.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta .....	53
3.5.5.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria .....	53
3.5.6. Cáncer de colon .....	54
3.5.6.1. Estancia media .....	54
3.5.6.2. Tasa de reingresos a los 30 días del alta .....	54
3.5.6.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria .....	55
3.5.7. Infarto agudo de miocardio .....	56
3.5.7.1. Estancia media .....	56
3.5.7.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta .....	56
3.5.7.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria .....	57
3.5.7.4. Tasa de angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria .....	58
3.5.8. Hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico .....	59
3.5.8.1. Estancia media .....	59
3.5.8.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta .....	60
3.5.8.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria .....	60
3.5.8.4. Tasa de ambulatorización .....	61
3.5.9. Cataratas .....	62
3.5.9.1. Tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía .....	62
<b>3.6. Indicadores de fertilidad .....</b>	<b>63</b>
3.6.1. Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos .....	63
3.6.2. Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados .....	63
3.6.3. Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos .....	64
3.6.4. Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados .....	64
<b>3.7. Indicadores de diálisis .....</b>	<b>65</b>
3.7.1. Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis .....	65
3.7.2. Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo .....	65
3.7.3. Porcentaje de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl .....	66
3.7.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga .....	66
<b>4. Conclusiones .....</b>	<b>67</b>
<b>5. Anexos .....</b>	<b>69</b>
<b>Anexo I. Definición de procesos clínicos .....</b>	<b>70</b>
<b>I.1. Fractura de cadera .....</b>	<b>70</b>
I.1.1. Fractura de cadera pertrocantérea .....	70
I.1.2. Fractura de cuello de fémur .....	71
I.1.3. Fractura de cadera con prótesis sintética .....	71
I.1.4. Fractura de cadera sin prótesis sintética .....	71
<b>I.2. Partos .....</b>	<b>72</b>
I.2.1. Cesáreas .....	72
I.2.2. Parto de bajo riesgo .....	72
I.2.3. Cesáreas previas .....	73
I.2.4. Parto vaginal .....	73
I.2.5. Falso trabajo de parto .....	73
<b>I.3. Cáncer de mama .....</b>	<b>74</b>
<b>I.4. Cáncer de pulmón .....</b>	<b>74</b>
<b>I.5. Cáncer de próstata .....</b>	<b>75</b>
<b>I.6. Cáncer de colon .....</b>	<b>75</b>
<b>I.7. Infarto agudo de miocardio .....</b>	<b>76</b>
I.7.1. Angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria .....	76
I.7.2. Infarto agudo de miocardio con elevación de ST .....	76
I.7.3. Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST .....	76
<b>I.8. Hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico .....</b>	<b>77</b>
<b>I.9. Cataratas .....</b>	<b>77</b>
I.9.1. Complicaciones de la cirugía de cataratas .....	78

<b>Anexo II. Detalle de indicadores</b> .....	79
<b>II.1. Accesibilidad en la atención sanitaria</b> .....	79
II.1.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias .....	79
II.1.2. Tiempo medio de entrega del informe de pruebas complementarias .....	79
II.1.3. Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio .....	80
II.1.4. Tiempo medio de entrega del informe de laboratorio .....	81
II.1.5. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista .....	81
II.1.6. Tiempo medio de espera quirúrgica .....	83
II.1.7. Tiempo medio de asistencia en urgencias .....	83
<b>II.2. Eficiencia</b> .....	84
II.2.1. Estancia media .....	84
II.2.2. Estancia media prequirúrgica .....	84
II.2.3. Tasa de ambulatorización .....	85
<b>II.3. Resolución asistencial</b> .....	86
II.3.1. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta .....	86
II.3.2. Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días .....	87
II.3.3. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta .....	88
II.3.4. Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días .....	88
<b>II.4. Calidad y seguridad</b> .....	90
II.4.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios .....	90
II.4.2. Indicadores de seguridad del paciente .....	90
II.4.3. Tasa de intervenciones de cirugía segura ( <i>checklist</i> quirúrgico) .....	93
<b>II.5. Procesos clínicos</b> .....	93
II.5.1. Fractura de cadera .....	93
II.5.2. Partos .....	95
II.5.3. Cáncer de mama .....	97
II.5.4. Cáncer de pulmón .....	98
II.5.5. Cáncer de próstata .....	99
II.5.6. Cáncer de colon .....	100
II.5.7. Infarto agudo de miocardio .....	101
II.5.8. Hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico .....	102
II.5.9. Cataratas .....	104
<b>II.6. Indicadores de fertilidad</b> .....	104
II.6.1. Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos .....	104
II.6.2. Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados .....	104
II.6.3. Gestaciones con ovocitos donados frescos .....	105
II.6.4. Gestaciones con ovocitos donados congelados .....	105
<b>II.7. Indicadores de diálisis</b> .....	106
II.7.1. Tasa bruta de mortalidad en diálisis .....	106
II.7.2. Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo .....	106
II.7.3. Porcentaje de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl .....	106
II.7.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga .....	106
<b>Anexo III. Análisis comparativo de resultados</b> .....	107
<b>Anexo IV. Relación de participantes</b> .....	111
<b>IV.1. Centros hospitalarios y clínicas participantes</b> .....	111
<b>IV.2. Centros ambulatorios participantes</b> .....	114
<b>IV.3. Información de la Sociedad Española de Fertilidad</b> .....	115
<b>IV.4. Comité de expertos</b> .....	115
<b>IV.5. Responsables del estudio</b> .....	116

# INTRODUCCIÓN

Cuando comenzamos con la idea de publicar los resultados sanitarios de los centros asistenciales privados en España, allá por el año 2011, todo parecía difícil y complejo, pero desde la Fundación IDIS, con la implicación de los grupos hospitalarios que forman parte de nuestro patronato, la decisión estaba tomada. Había una apuesta firme por la transparencia y por la calidad que nos iba a llevar a medir para poder mejorar, con el fin de que los profesionales supieran los estándares en los centros y los pacientes dispusieran de una información clave en la toma de decisiones.

En esta X edición del Estudio RESA no puedo sino mirar atrás y ver con orgullo lo que se ha avanzado desde entonces y el esfuerzo que nuestros miembros hacen en la aportación de datos para seguir midiendo más de un centenar de indicadores que nos llevan a la mejora continua en los servicios asistenciales.

En esa mirada retrospectiva recuerdo también que la carta de presentación de aquel primer Estudio RESA la escribió nuestro querido Albert Jovell, en aquella época presidente del Foro Español de Pacientes y director del Instituto Global de Salud Pública y Política Sanitaria de la Universidad Internacional de Catalunya, quien decía con buen criterio: "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". Y recordaba el dicho popular: "Para no sufrir, ni pesar ni medir", que resume las complejidades que rodean al esfuerzo de actuar de forma transparente.

Y así, en un abrir y cerrar de ojos, llevamos una senda de más de una década en la que hemos puesto de manifiesto que la medición de resultados clínicos es una responsabilidad ética de profesionales e instituciones, porque constituye la única manera de saber si la actividad que realizamos es mejorable.

Este 2024 nos trae una nueva edición del *Estudio RESA: Indicadores de resultados sanitarios en la sanidad privada*, que se ha consolidado como un referente en la evaluación de los resultados sanitarios

en España. Un documento que reafirma el compromiso de la sanidad privada con la transparencia, el rigor y la objetividad.

El análisis detallado de resultados sanitarios es sin duda una herramienta de medición y mejora continua, y la X edición del Estudio RESA marca un hito en la publicación de resultados de la sanidad privada en España. La incorporación de nuevos indicadores de procesos, la revisión de la metodología de los ya existentes, junto con la robustez de los datos aportados, refuerzan el valor de este informe como una herramienta indispensable para todos los actores del sistema de salud.

Además, a la luz de estos datos, vemos una mejora significativa en los resultados, situando los indicadores en niveles similares a los de la etapa prepandemia, y un incremento en la participación, llegando a los 20 millones de registros procedentes de más de 110 centros ambulatorios, casi 140 hospitales y más de 300 centros de reproducción asistida, lo que configura una representatividad sólida del sector privado.

Observamos que, a pesar de los desafíos que enfrenta el sector sanitario privado, como es el aumento de los asegurados, el aumento de la presión asistencial y la evolución sociodemográfica de nuestro país, los datos exponen que, gracias al esfuerzo y la resiliencia de sus profesionales y centros, se mejorara año a año en aspectos clave para la calidad asistencial en procesos incluso de alta complejidad.

Indicadores en las áreas de acceso, eficiencia, calidad, seguridad y resolución asistencial son elementos esenciales que conforman el marco de referencia de este informe. Además, en el contexto actual, marcado por la transformación digital y los avances en medicina y en innovación, la capacidad de respuesta del sistema asistencial se ve continuamente retada, por lo que toma más relevancia el hecho de que nuestro sector sea flexible, productivo y eficiente. Los datos que podréis leer en el Estudio RESA 2024 nos muestran que el sector privado ha sabido adaptarse y que el apoyo en las nuevas tecnologías ha permitido mejorar la eficiencia

de los procesos y la seguridad del paciente, entre otros aspectos.

Por último, quisiera destacar que el Estudio RESA se convierte ya en una referencia en nuestro país y que permite comprender el esfuerzo del sector sanitario privado por la mejora continua, así como su compromiso con el paciente. Y dado que la mejora está en la propia identidad de las organizaciones de servicios basadas en el conocimiento, seguiremos midiendo y comparando resultados clínicos para hacerlo cada vez mejor y completar el círculo virtuoso de la calidad.

Os invito a profundizar en estos datos que, además, ofrecen una comparativa respecto a ediciones anteriores y demuestran que el sector sanitario privado no solo es un referente en la mejora continua, sino que se ha consolidado como un agente imprescindible para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud en su conjunto.

**Dr. Juan Abarca Cidón**

Presidente de la Fundación IDIS



# RESUMEN EJECUTIVO

El Estudio RESA 2024 proporciona una visión detallada de la calidad, la eficiencia, la resolución asistencial y la seguridad de la sanidad privada en España, a través de datos objetivos del año 2023 proporcionados por 588 participantes: 139 hospitales privados, 115 centros ambulatorios y 334 centros de reproducción asistida.

Esta amplia participación permite obtener una muestra representativa de la actividad asistencial en la sanidad privada a nivel nacional, con más de 1,1 millones de altas de hospitalización y cirugía mayor ambulatoria, unos 5,7 millones de visitas a urgencias recogidas, más de 5,5 millones de visitas a consulta externa, alrededor de 5 millones de pruebas de imagen y laboratorio, y unos 100.000 ciclos de fertilidad analizados, entre otros.

El Estudio RESA evoluciona año tras año para ofrecer unos resultados exhaustivos que informen en profundidad sobre todas las dimensiones de la sanidad privada. En esta edición destaca la inclusión en el análisis de dos nuevos procesos clínicos (cáncer de colon e hipertrofia benigna de próstata), la incorporación de indicadores específicos en las áreas de accesibilidad y procesos clínicos, además de la actualización de la metodología de acuerdo con la publicada por los observatorios de salud públicos. Con todo esto, y sumado a la gran representatividad de la actividad asistencial recogida, este informe presenta una imagen detallada sobre la calidad, eficiencia y seguridad de la atención sanitaria privada española.

Los resultados se presentan a través de más de 100 indicadores agrupados en las siguientes áreas: accesibilidad a la atención sanitaria, eficiencia en la asistencia, resolución asistencial, calidad y seguridad, procesos clínicos específicos, fertilidad y diálisis.

La **accesibilidad** a la atención médica es un factor de suma importancia para cualquier paciente. Asegurar un acceso oportuno es esencial, y tiene un impacto directo en la calidad de la atención sanitaria recibida. Por esta razón, esta área del análisis adquiere una relevancia especial.

En este aspecto, la sanidad privada sigue mostrando una tendencia decreciente en los tiempos de espera para citación de pruebas de radiodiagnóstico (mamografías, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas), y mantiene unos tiempos de espera para la realización de pruebas de laboratorio (bioquímica y hematología, microbiología, genética e inmunología) muy bajos. De igual forma, los pacientes disponen de los resultados de las pruebas, tanto de radiodiagnóstico como de laboratorio, en un corto periodo de tiempo, que en algunos casos no supera el día.

Con respecto a las consultas externas con un especialista, el informe muestra que los tiempos de espera para citación en dermatología, traumatología, oftalmología, ginecología y obstetricia, neurología y cardiología se sitúan entre 10 y 20 días de media. Salvo las dos últimas especialidades mencionadas, que se incluyen por primera vez en esta edición y no disponen de comparativa, se observa una disminución en los tiempos de espera en todas ellas, y se ha logrado una normalización de los tiempos de espera a niveles similares a los previos a la pandemia de COVID-19. Además, la implementación de la telemedicina desempeña un papel clave, posibilitando el acceso a la atención sanitaria con mayor brevedad en todas las especialidades estudiadas, lo que beneficia directamente a los pacientes y contribuye a la descongestión de los servicios sanitarios.

El tiempo medio de espera quirúrgico en intervenciones quirúrgicas programadas se sitúa, de media, en 24 días. Esto supone un descenso de prácticamente 6 días respecto al registrado antes de la pandemia de COVID-19.

Por último, la prontitud en la atención en el servicio de urgencias es determinante debido a la vulnerabilidad de los pacientes que requieren este tipo de asistencia. En la sanidad privada, de media, los pacientes esperan alrededor de 7 minutos hasta el triaje y aproximadamente 19 minutos desde que se realiza el triaje hasta que reciben asistencia sanitaria. Estos tiempos de espera, con tendencia a la disminución desde los últimos años, muestran el buen funcionamiento de los servicios de urgencias en la sanidad privada.



La sanidad privada se distingue por su **eficiencia** en la prestación de servicios asistenciales. La estancia media en hospitalización se sitúa por debajo de los 3 días, manteniendo un buen resultado en línea con la pasada edición.

Al analizar la eficiencia de la sanidad en términos de optimización de la comodidad de los pacientes y de los recursos del hospital, se observa que la estancia media prequirúrgica es de 0,3 días, lo que indica que los pacientes están ingresados el tiempo que es estrictamente necesario. Siguiendo la misma línea, la tasa de ambulatorización es del 53,2 %, lo cual indica que más de la mitad de los procedimientos quirúrgicos no requirieron pernocta hospitalaria.

La gestión de las estancias de forma eficaz no es suficiente sin la obtención de unos resultados óptimos para los pacientes; por eso también es de vital importancia tener en consideración la **resolución asistencial** de los centros hospitalarios. La tasa de reingresos es uno de los indicadores más explicativos de esta dimensión.

El Estudio RESA evalúa la tasa de reingresos en distintos contextos de atención médica, donde se observan unos niveles bajos independientemente del tipo de atención: la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta se sitúa en un 5,0 %, la tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días es del 1,3 %; la tasa de retorno a urgencias a las 72 horas es del 3,2 %, y la tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días sigue siendo mínima, con un 0,6 %.

La atención médica de **calidad y segura** es fundamental para proteger a los pacientes de daños adicionales, por eso, el Estudio RESA evalúa estos aspectos mediante indicadores como la acreditación y certificación de unidades hospitalarias. Estos procesos garantizan que las unidades cumplan con estándares de calidad, contribuyendo a una atención segura y de alta calidad, como se evidencia en los resultados obtenidos por los distintos servicios hospitalarios en este ámbito.

Otro de los indicadores incluidos para analizar esta área son los PSI (*Patient Safety Indicators*), desarrollados por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para evaluar eventos adversos relacionados

con la seguridad del paciente y la calidad de la atención hospitalaria. Los resultados obtenidos muestran una baja incidencia de las complicaciones evitables en la sanidad privada, con tasas inferiores al 1 % en todas las complicaciones, a excepción de los traumatismos obstétricos en los partos vaginales instrumentados.

El Estudio RESA incluye como medida de seguridad los resultados del "checklist quirúrgico", un indicador basado en un protocolo de la Organización Mundial de la Salud. Este protocolo se centra en la verificación sistemática de parámetros antes, durante y después de la cirugía para garantizar la máxima seguridad del paciente. En el último año este indicador alcanzó una tasa del 98,6 %, lo que destaca el compromiso con la seguridad del paciente durante las intervenciones quirúrgicas.

Tras examinar los resultados de la sanidad privada a nivel global, el informe incide en un análisis específico de algunos de estos indicadores desde un enfoque más detallado a través de nueve **procesos clínicos**, contribuyendo a una evaluación más exhaustiva del desempeño de la sanidad privada en estos ámbitos específicos.

Los episodios hospitalizados por **fractura de fémur** registran una mejora en la gestión de las estancias respecto a la edición anterior, con una estancia media de 7,8 días, y superando los 20 días de estancia solamente en el 4,1 % de los episodios. Además, casi el 70 % de los episodios son intervenidos en menos de 48 horas.

Respecto a los resultados del proceso de **partos**, la sanidad privada tiene una estancia media menor a los 3 días. La tasa de partos por cesárea decrece un punto respecto a la pasada edición, con un 33,6 %. No obstante, esta tasa disminuye al 22,7 % en los partos de bajo riesgo. Menos del 6 % de las mujeres son hospitalizadas a causa de un falso trabajo de parto, y más del 30,0 % tienen un parto vaginal tras haber tenido una cesárea en un embarazo previo.

El Estudio RESA también pone el foco en patologías de alta complejidad, como son los **procesos clínicos oncológicos**, centrándose en el cáncer de mama, pulmón, próstata y colon. Para todos ellos se analiza la gestión

de estancias, la resolución asistencial y la mortalidad intrahospitalaria. También se recoge la tasa de ambulatorización en el cáncer de mama, por su relevancia en este proceso.

El informe muestra que los episodios de cáncer de mama y cáncer de próstata tienen una estancia media en hospitalización de 1,6 y 2,7 días respectivamente, tasas de reingreso del 2,4 % y 5,3 %, y una mortalidad intrahospitalaria muy parecida, que ronda el 1,5 %. Ambos tipos de tumores son de menor complejidad que los de pulmón y colon, en los que se observa una estancia media superior, de entre 6 y 8 días.

Retomando los resultados de cáncer de mama, destaca especialmente la tasa de ambulatorización, del 24 %, un 10 % más que en la pasada edición, lo que refleja un notable avance en la disponibilidad de servicios ambulatorios especializados y una mayor atención centrada en la calidad de vida de los pacientes.

El informe incluye el análisis detallado de los episodios de **infarto agudo de miocardio**, que presentan una estancia media en el hospital de alrededor de 5 días, similar a la de la edición anterior. La tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días se mantiene estable en poco más del 7 %. Las angioplastias coronarias transluminales percutáneas primarias, recomendadas para restaurar el flujo coronario, se realizan en alrededor del 70 % de los episodios de infarto. En conjunto, los resultados indican una eficiente gestión de casos complejos por parte de la sanidad privada.

Este año se analizan por primera vez los resultados de los episodios de **hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico**. Estos episodios tienen una estancia media en hospitalización muy baja, de menos de 2 días. La tasa de reingresos a los 30 días

es ligeramente superior al 4 %, y la mortalidad intrahospitalaria es prácticamente nula (0,02 %). La tasa de ambulatorización media es del 4,3 %, aunque varía considerablemente según el centro hospitalario, llegando en algunos casos a ser del 35 %.

Otro de los procesos clínicos donde el Estudio RESA pone el foco son las **cataratas**; en concreto, se evalúa la tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía, siendo los resultados de este indicador ligeramente superiores respecto a pasadas ediciones, con una tasa del 0,4 %.

Un año más se han analizado los datos globales para los centros privados de **fertilidad** de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) que evalúan el porcentaje de gestaciones y partos por el número de ciclos de tratamiento realizado. Este año se ha analizado el dato de 2021 y se han incluido un total de 334 centros de reproducción asistida, un 7 % más que en el informe anterior.

Los resultados confirman la tendencia previa, evidenciando una marcada disminución en los tratamientos con ovocitos frescos y un notable incremento en los tratamientos con ovocitos congelados, posiblemente atribuible al aumento de la edad de las mujeres que inician procesos de fertilidad.

Finalmente, el Estudio RESA presenta resultados asistenciales relacionados con pacientes en tratamiento de **hemodiálisis**. Además, se destaca que el 52,2 % de los pacientes tienen fístula arteriovenosa autóloga, el 96,6 % alcanzan el objetivo de Kt/V y el 84,4 % tienen niveles de albúmina sérica superiores a 3,5 g/dl. Estos tres resultados se comparan con los estándares recomendados por la Sociedad Española de Nefrología y se evidencia que dos de ellos cumplen ampliamente con dichos estándares.

**01**

# **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**



El Estudio RESA se ha convertido en un ejercicio de transparencia que permite a la sociedad conocer no solo la calidad de la atención sanitaria privada, sino también su impacto económico y su contribución a la investigación y formación en el ámbito sanitario, contando con información de casi 600 centros privados de toda España.

Este estudio no solo busca mostrar los logros y desafíos de la sanidad privada, sino también identificar áreas de oportunidad para la mejora continua, al proporcionar datos concretos, no solo del sector privado en su globalidad, sino también por patología y nivel asistencial.

En esta edición en particular se ha trabajado para aumentar la comparabilidad entre los resultados de este informe y los publicados por la sanidad pública, actualizando la metodología del estudio para alinearla con la publicada por los observatorios de salud públicos, y de esta manera poder establecer comparativas más precisas y fomentar la excelencia en la atención sanitaria en su globalidad.

**02**

# **METODOLOGÍA**



## 2.1. Participantes

En esta edición del Estudio RESA contamos con cerca de 600 participantes:

- 139 hospitales privados.
- 115 centros ambulatorios.
- 334 centros de reproducción asistida.

En el **anexo IV** se incluye el listado detallado de los participantes.

## 2.2. Periodo de datos

En este informe se evalúan los datos del año 2023, excepto en el caso de los indicadores de fertilidad, donde se analiza la información

más reciente disponible, correspondiente al año 2021.

## 2.3. Bases de datos

Para poder llevar a cabo el proyecto los participantes han facilitado la siguiente información:

- Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que incluye la información de hospitalizaciones y cirugía mayor ambulatoria.
- Actividad quirúrgica, que incluye la información de los pacientes atendidos en el servicio quirúrgico para cirugía programada con anestesia general, con o sin ingreso del paciente.
- Urgencias, que incluye la información de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias.
- Consultas externas, que incluye la información de las primeras consultas de especialista en neurología, cardiología, oftalmología, dermatología, traumatología, ginecología y obstetricia.
- Pruebas complementarias de diagnóstico por imagen, que incluye la información de las siguientes pruebas de diagnóstico: mamografías, tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética (RM) osteomuscular.
- Pruebas complementarias de laboratorio, que incluye la información de las pruebas de bioquímica, hematología, microbiología, inmunología y genética.
- Hemodiálisis, que incluye información relativa a los pacientes atendidos en hemodiálisis.
- Auditorías y certificaciones, que incluye información de las certificaciones otorgadas por los principales organismos internacionales de reconocida solvencia:
  - International Organization for Standardization (ISO).
  - European Federation of Quality Management (EFQM).
  - Hospital Accreditation of The Joint Commission.



## 2.4. Datos recibidos

Para la realización del Estudio RESA 2024 se han recibido más de 20 millones de registros, un 23% más que en la pasada edición. Esto se debe tanto al aumento de la participación como al incremento del número de asegurados de la sanidad privada en este último año.

Esta elevada muestra nos permite extraer resultados sanitarios representativos del ámbito privado y llevar a cabo uno de los estudios sobre la calidad de la sanidad privada más relevantes del sector.

La información recibida en esta edición es la siguiente:

- 747.957 altas de hospitalización.
- 438.077 altas de cirugía mayor ambulatoria (CMA).
- 608.701 intervenciones quirúrgicas.
- 5.766.726 visitas de urgencias.
- 6.177.519 primeras consultas de especialista.
- 3.003.722 pruebas de diagnóstico por la imagen.
- 3.118.792 pruebas complementarias de laboratorio.
- 1.133 auditorías y certificaciones.
- 5.499 pacientes atendidos en hemodiálisis.
- 111.917 ciclos de tratamiento de fertilidad.

## 2.5. Datos analizados

Previamente al cálculo de los indicadores, se ha realizado un análisis minucioso de los datos recibidos con el fin de eliminar posibles errores o deficiencias en la información, con el fin de asegurar que los resultados reflejados en este informe muestren de manera imparcial la realidad de la sanidad privada.

Para ello, se ha llevado a cabo una exhaustiva verificación de la información provista por los centros, incluyendo la detección de registros duplicados y la verificación de la información contenida en cada una de las bases de datos. Asimismo, se ha realizado una exploración detallada de los datos para asegurar la coherencia y precisión de la información utilizada en el cálculo de los indicadores.

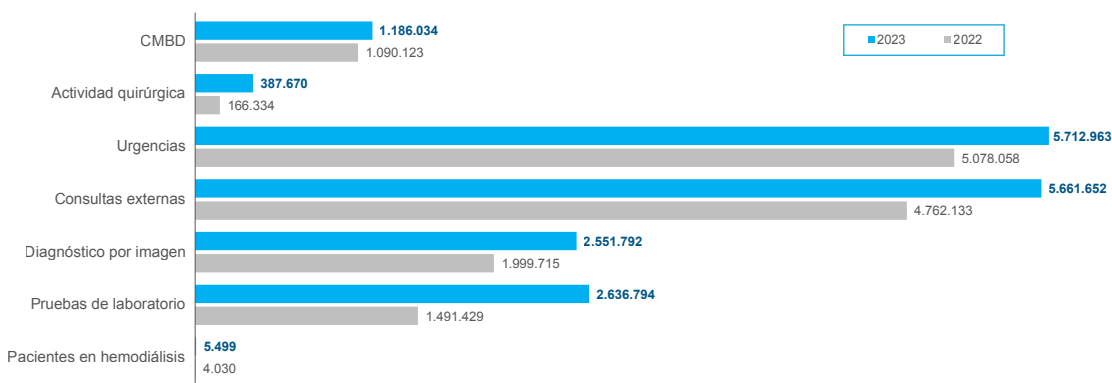
Después de este proceso, la información finalmente analizada es la siguiente:

- 747.957 altas de hospitalización.
- 438.077 altas de cirugía mayor ambulatoria (CMA).
- 387.670 intervenciones quirúrgicas.
- 5.712.963 visitas de urgencias.
- 5.661.652 consultas de especialista:
  - 744.928 de oftalmología.
  - 856.996 de dermatología.
  - 1.747.276 de traumatología.
  - 1.315.775 de ginecología y obstetricia.
  - 639.721 de cardiología.
  - 356.956 de neurología.
- 2.551.792 pruebas de diagnóstico por la imagen:
  - 530.060 mamografías.
  - 764.543 tomografías axiales computarizadas (TAC).
  - 1.257.189 resonancias magnéticas (RM).
- 2.636.794 pruebas complementarias de laboratorio:

- o 2.089.019 de bioquímica y hematología.
- o 547.775 de microbiología, genética e inmunología.
- 1.133 auditorías y certificaciones.
- 5.499 pacientes atendidos en hemodiálisis.
- 111.917 ciclos de tratamiento de fertilidad.

En la **figura 1** se muestra el total de registros analizados de cada base de datos

en comparación con la pasada edición. Se observa un importante aumento de los registros en todas ellas. En especial destaca la de actividad quirúrgica, en la que se analiza un 133,1 % más respecto a la edición anterior, y la de pruebas de laboratorio, con un aumento del 76,8 %. En las demás bases de datos el aumento respecto a la pasada edición está entre el 10 % y el 35 %. Estos incrementos se deben, principalmente, al aumento de la participación y a una mejora en la calidad de la información reportada por los centros.



**FIGURA 1.** Registros analizados del año 2023 versus año 2022.

## 2.6. Depuración de datos

Como parte de la depuración de los datos, se ha realizado un tratamiento de *outliers* en todos aquellos indicadores donde se analizan variables continuas, para garantizar que los resultados mostrados en el informe no estén sesgados por valores anómalos.

Este método consiste en la eliminación de aquellas observaciones que se encuentran excepcionalmente alejadas del resto de registros. Estas se detectan aplicando el

método del rango intercuartílico, que consiste en la eliminación de aquellas observaciones que están fuera de los límites inferior o superior:

- Límite inferior:  $P25 - 1,5 \times IQR$
- Límite superior:  $P75 + 1,5 \times IQR$

Donde  $P25$  = percentil 25;  $P75$  = percentil 75;  $IQR$  = rango intercuartílico ( $P75 - P25$ ).

## 2.7. Actualizaciones metodológicas

### 2.7.1. Actualización de indicadores

Con el propósito de mejorar la comparabilidad de los resultados del Estudio RESA con aquellos publicados por la sanidad pública, se ha llevado a cabo una actualización de la metodología de los indicadores incluidos en este informe con el

fin de alinearlos con los de la sanidad pública siempre que haya sido factible.

Para facilitar la comparación, en la tabla de indicadores de la **figura 2** se marcan con un

asterisco (\*) aquellos indicadores que son comparables con los resultados publicados por los observatorios.

Además de haber actualizado la metodología de ciertos indicadores, se han incluido nuevos indicadores y especialidades con el propósito de ampliar la visión que ofrece el informe sobre la sanidad privada. Son los siguientes:

- Se incluye el indicador “Tasa de partos por cesárea en partos de bajo riesgo” de acuerdo con la metodología utilizada en los observatorios de salud públicos.
- En el indicador “Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del

*especialista*” se incluyen dos nuevas especialidades: neurología y cardiología, por su complejidad y relevancia dentro del sector sanitario.

- Además, para este último indicador se incorpora la desagregación por tipo de consulta (presencial, telefónica y videollamada).

En la **figura 2** se detallan los indicadores analizados en esta edición. En el **anexo II** se define cada uno de los indicadores.

Área de análisis	Indicador
<b>Accesibilidad en la atención sanitaria</b>	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (mamografías, TAC y resonancia magnética)
	Tiempo medio de entrega del informe de pruebas complementarias (mamografías, TAC y resonancia magnética)
	Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio (bioquímica y hematología, y microbiología, inmunología y genética)
	Tiempo medio de entrega del informe de laboratorio (bioquímica y hematología, y microbiología, inmunología y genética)
	Tiempo medio de espera para citación de primera consulta de especialista (oftalmología, dermatología, traumatología, ginecología y obstetricia, neurología y cardiología)*
	Espera media quirúrgica
	Tiempo medio de asistencia en triaje en urgencias
	Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias
	<b>Calidad y seguridad</b>
Úlcera por presión*	
Tasa de mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables	
Neumotórax iatrogénico	
Infección sanguínea relacionada con catéter venoso central	
Fractura de cadera intrahospitalaria	
Hematoma o hemorragia postoperatoria	
Daño agudo renal postoperatorio que requiere diálisis	
Fallo respiratorio postoperatorio	
Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda perioperatoria*	
Sepsis postoperatoria*	
Dehiscencia de herida quirúrgica postoperatoria	
Punción o laceración accidental abdominopélvica	
Traumatismo obstétrico – Parto vaginal instrumentado	
Traumatismo obstétrico – Parto vaginal no instrumentado (obstétrico)	
Tasa de intervenciones de cirugía segura ( <i>checklist</i> quirúrgico)	
Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	

Área de análisis	Indicador
<b>Eficiencia</b>	Estancia media*
	Estancia media prequirúrgica*
	Tasa de ambulatorización*
<b>Fertilidad</b>	Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos sobre número de ciclos realizados
	Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados sobre número de ciclos realizados
	Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos sobre número de ciclos realizados
	Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados sobre número de ciclos realizados
<b>Diálisis</b>	Tasa mortalidad en hemodiálisis
	Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo
	Porcentaje de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl
	Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga
<b>Procesos clínicos: Cáncer de colon</b>	Estancia media
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria
<b>Procesos clínicos: Cáncer de mama</b>	Estancia media
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de ambulatorización
<b>Procesos clínicos: Cáncer de próstata</b>	Estancia media
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria
<b>Procesos clínicos: Cáncer de pulmón</b>	Estancia media
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria
<b>Procesos clínicos: Cataratas</b>	Tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía
<b>Procesos clínicos: Fractura de cadera</b>	Estancia media
	Episodios con más de 20 días de estancia*
	Episodios intervenidos en menos de 48 horas desde el ingreso*
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria*
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera pertrocantérea
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cuello de fémur
Tasa de mortalidad intrahospitalaria en fractura de cadera con/sin prótesis	
<b>Procesos clínicos: Hipertrofia benigna de próstata</b>	Estancia media
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de ambulatorización
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria
<b>Procesos clínicos: Infarto agudo de miocardio</b>	Estancia media
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria*
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria con/sin elevación del segmento ST
	Tasa de angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria

Área de análisis	Indicador
<b>Procesos clínicos: Partos</b>	Estancia media
	Tasa de partos por cesárea*
	Tasa de partos por cesárea en partos de bajo riesgo*
	Tasa de partos vaginales con cesárea previa
	Ingresos preparto (falso trabajo de parto)
<b>Resolución asistencial</b>	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta
	Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días
	Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días
	Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta

**FIGURA 2.** Indicadores analizados en el informe RESA 2024.

## 2.7.2. Actualización de procesos

En lo que respecta a los análisis centrados en procesos clínicos, se ha sustituido el de trastornos de la vía biliar con tratamiento quirúrgico por dos nuevos procesos de gran

relevancia en la sanidad privada: cáncer de colon e hipertrofia benigna de próstata, para los que se analizarán una serie de indicadores específicos.

## 2.8. Interpretación de gráficos de variabilidad

Los diagramas de cajas (o *boxplot*) presentados en este informe ilustran la variabilidad por centro en cada uno de los indicadores.

Con el fin de evitar la presentación de resultados distorsionados debido al reducido número de casos por centro, se han excluido

de la representación aquellos centros que tenían una muestra insuficiente para ese indicador. Se ha considerado como muestra insuficiente aquella que representaba menos del 0,1% de los registros totales analizados en el indicador o que contaba con menos de 10 casos en el denominador.

## 2.9. Análisis comparativo de resultados

Con el objetivo de ampliar el alcance del estudio, se ha llevado a cabo un análisis estadístico para identificar si existen diferencias significativas entre los resultados alcanzados en esta edición y los que se obtuvieron en la edición anterior (Estudio RESA 2023). Quedan excluidos de este análisis aquellos indicadores que no son comparables con los de la pasada edición.

Previamente a la comparación, se ha realizado un análisis exploratorio de los datos y se ha observado que estos provienen de

distribuciones asimétricas y con varianza no constante, por lo que se ha aplicado el test estadístico no paramétrico de Wilcoxon a cada uno de los indicadores.

Se considera que existen diferencias significativas entre los resultados de ambos periodos cuando el nivel de significancia (*p-valor*) es inferior a 0,05.

En el **anexo III** se pueden consultar los resultados obtenidos por indicador.

**03**

# RESULTADOS





### 3.1. Accesibilidad en la atención sanitaria

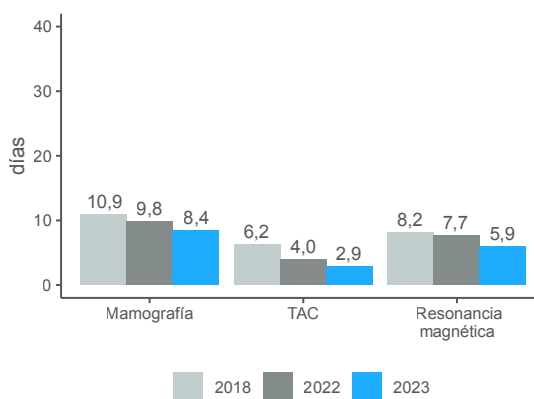
La accesibilidad en la atención sanitaria es un factor crucial que influye en la experiencia y los resultados de salud de los pacientes. El acceso oportuno a la atención médica, la posibilidad de obtener citas rápidas, realizar pruebas diagnósticas y recibir resultados en un tiempo razonable son aspectos esenciales

para garantizar una atención sanitaria eficaz y de calidad. En este primer bloque del estudio se analizan los datos objetivos de accesibilidad sanitaria en la sanidad privada, destacando la importancia de estos indicadores para la mejora de la atención médica.

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

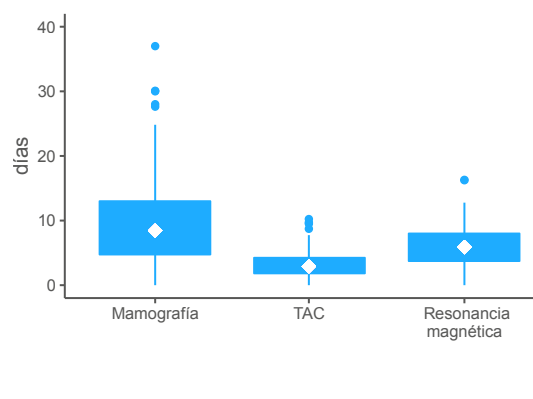
La importancia de reducir los tiempos de espera para garantizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento efectivo es evidente, y se refleja en el continuo descenso del tiempo medio de espera para la cita de estas pruebas, el cual ha disminuido año tras año hasta alcanzar los 8,4 días de espera para la realización de una mamografía, 2,9 días para las TAC y 5,9 días para las resonancias magnéticas (**Figura 3**).

En línea con los resultados de años anteriores, se observa que, en el caso de las mamografías, existe una mayor variabilidad en los tiempos de espera, con tiempos promedio de 0 a 40 días según el centro. En cuanto a las TAC y las resonancias magnéticas, se observa menor variabilidad, con tiempos promedio por centro más bajos (**Figura 4**).



**FIGURA 3.** Comparativa del tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias con la edición anterior.

Pruebas analizadas del año 2023: 493.979 mamografías, 687.116 TAC y 1.151.235 resonancias magnéticas.

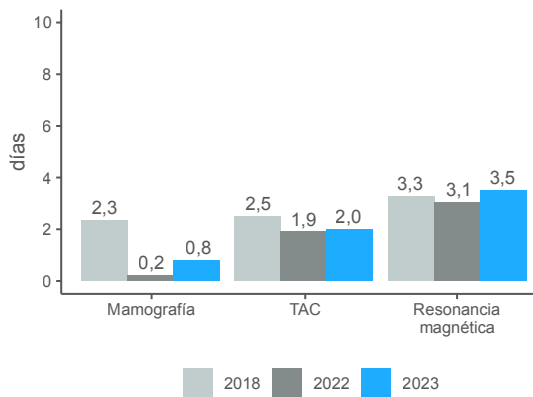


**FIGURA 4.** Variabilidad por centro en tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias. Centros incluidos: 113, 107 y 109, respectivamente.

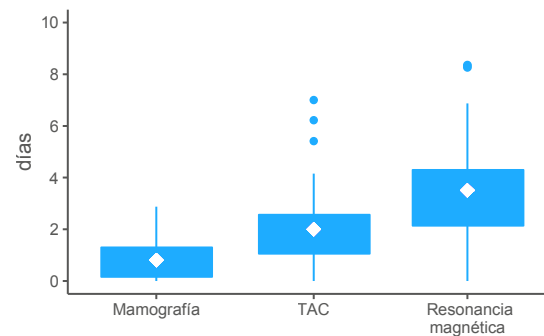
### 3.1.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias

Reducir los tiempos de espera desde la realización de la prueba hasta la recepción de los resultados es fundamental para mejorar la accesibilidad. En 2023 se ha notado un leve aumento en los tiempos de espera, con un promedio de 3,5 días para la resonancia magnética, 2,0 días para las TAC y 0,8 días para las mamografías (Figura 5). A pesar de este incremento, los tiempos actuales permanecen bajos y algunos se sitúan por debajo de los niveles previos a la pandemia.

En cuanto a la variabilidad por centro, se observa que en el caso de las mamografías hay una dispersión mínima en el promedio del tiempo de entrega de informes, no superando los 3 días de promedio en ningún centro, a diferencia de lo que ocurre con los tiempos de entrega en las pruebas de TAC y resonancia magnética, que presentan valores más variables según el centro (Figura 6).



**FIGURA 5.** Comparativa del tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias con el informe anterior. Pruebas analizadas del año 2023: 351.605 mamografías, 558.090 TAC y 919.737 resonancias magnéticas.

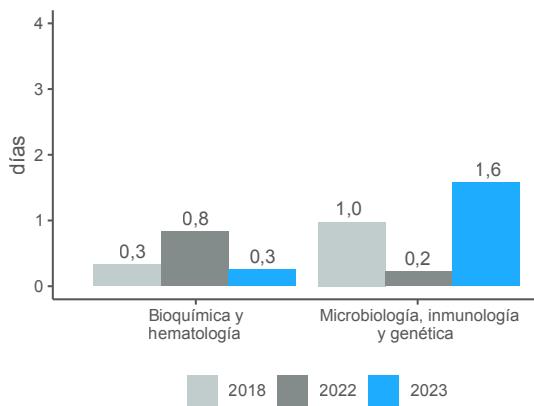


**FIGURA 6.** Variabilidad por centro en tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias. Centros incluidos: 105, 104 y 106, respectivamente.

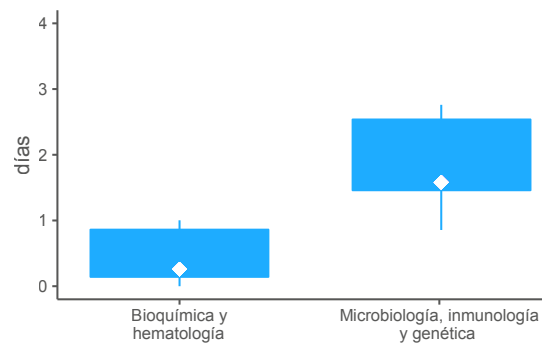
### 3.1.3. Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio

El promedio de días de espera desde la solicitud de una citación para estas pruebas hasta su realización sigue siendo muy bajo: 0,3 días de promedio para pruebas de bioquímica y hematología y 1,6 días para microbiología, genética e inmunología (Figura 7). Esta eficiencia en los tiempos de espera no solo beneficia a los pacientes al recibir atención de manera oportuna, sino que también contribuye a optimizar la utilización de los recursos del sistema de salud.

En cuanto a los resultados desglosados por centro, se aprecia una baja variabilidad en los tiempos de espera para las pruebas de bioquímica y hematología, con plazos que oscilan entre los 0 y 1 días, mientras que se observa mayor variabilidad en los tiempos de espera para las citaciones en microbiología, genética e inmunología, que van de los 1 a 3 días de promedio dependiendo del centro (Figura 8).



**FIGURA 7.** Comparativa del tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio con la edición anterior.  
Pruebas analizadas del año 2023: 1.930.357 de bioquímica y hematología; 524.643 de microbiología, inmunología y genética.



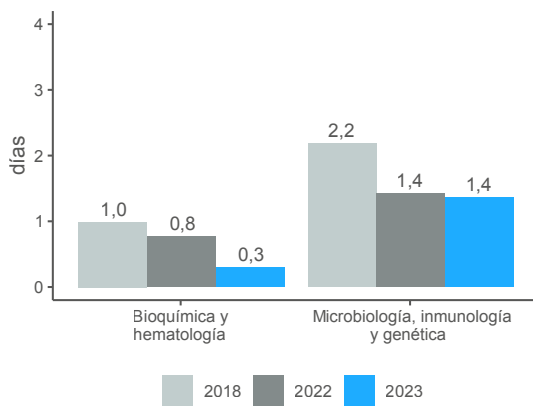
**FIGURA 8.** Variabilidad por centro en el tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio. Centros incluidos: 34 y 15, respectivamente.

### 3.1.4. Tiempo medio de entrega de informe de laboratorio

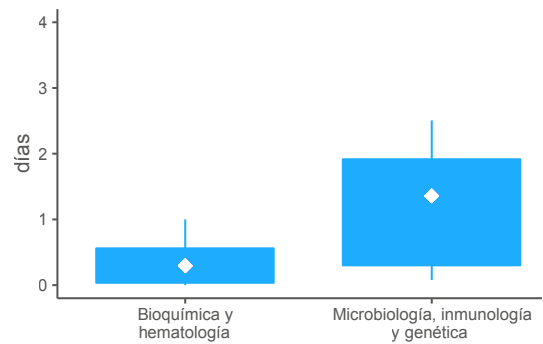
La disminución de los tiempos en la entrega de pruebas de laboratorio contribuye significativamente a un diagnóstico más rápido y preciso, facilitando así el inicio temprano del tratamiento adecuado, lo que a su vez permite mejorar los resultados clínicos. En este sentido, los tiempos medios de entrega del informe de laboratorio continúan la tendencia a la baja de los últimos informes, alcanzando los 0,3 días para las pruebas de

bioquímica y hematología, lo que se refleja en todos los centros, no superando 1 día de promedio en ninguno (**Figura 9**).

En cuanto a las pruebas de microbiología, inmunología y genética, los tiempos se mantienen en 1,4 días, persistiendo la variabilidad por centro, probablemente atribuible a la diversidad de estas pruebas dentro de cada centro (**Figura 10**).



**FIGURA 9.** Comparativa del tiempo medio de entrega de informe de laboratorio. Pruebas analizadas del año 2023: 1.627.933 de bioquímica y hematología; 479.336 de microbiología, inmunología y genética.



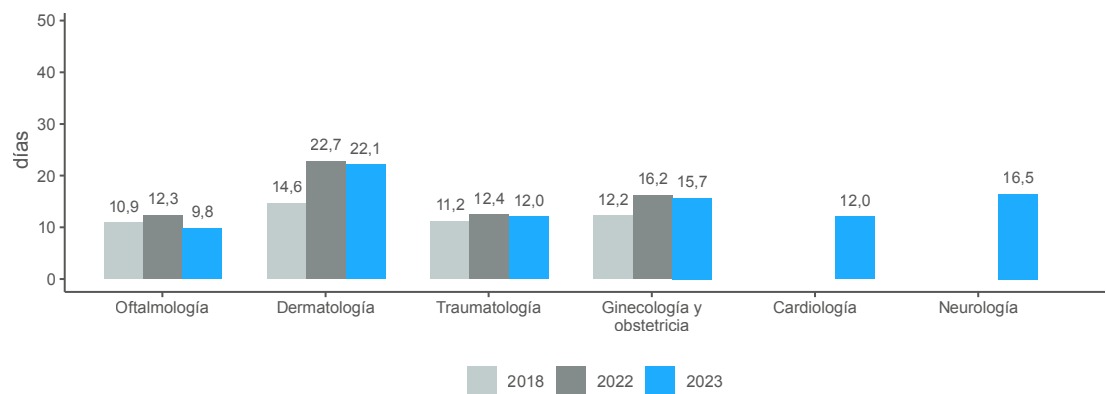
**FIGURA 10.** Variabilidad por centro en el tiempo medio de entrega de informe de laboratorio. Centros incluidos: 36 y 15, respectivamente.

### 3.1.5. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista

La sanidad privada desempeña un papel fundamental en el sistema de salud al contribuir significativamente a la reducción de las listas de espera para las primeras visitas con especialistas, lo que permite a los pacientes acceder a consultas especializadas de manera más rápida y aliviar así la carga de demanda sobre el sistema público de salud. Este enfoque colaborativo ayuda a garantizar que los pacientes reciban atención médica oportuna y especializada.

de asegurados en la sanidad privada, los tiempos de espera hasta la primera consulta han disminuido en todas las especialidades analizadas (**Figura 11**): en oftalmología de 12,3 a 9,8 días, en traumatología de 12,4 a 12,0 días, en ginecología y obstetricia de 16,2 a 15,7 días y en dermatología de 22,7 a 22,1 días, lo que refleja la eficiencia y capacidad de adaptación del sector privado para satisfacer las necesidades de los pacientes en términos de acceso oportuno a la atención médica especializada.

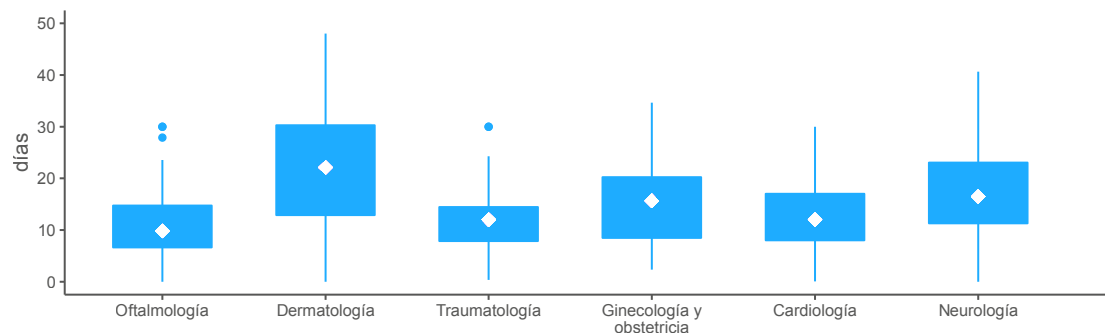
En los resultados del informe de este año se observa que, a pesar del aumento del número



**FIGURA 11.** Comparativa del tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista con el informe anterior. Consultas analizadas del año 2023: 690.332 de oftalmología, 824.835 de dermatología, 1.669.290 de traumatología, 1.270.859 de ginecología y obstetricia, 600.832 de cardiología y 335.939 de neurología. (\*) Indicador comparable al de los observatorios.

Para todas las especialidades, se observa variabilidad en los tiempos medio de espera de citación en la primera consulta del especialista,

en particular en dermatología, donde los tiempos medios pueden oscilar entre 1 y 50 días de espera según el centro (**Figura 12**).

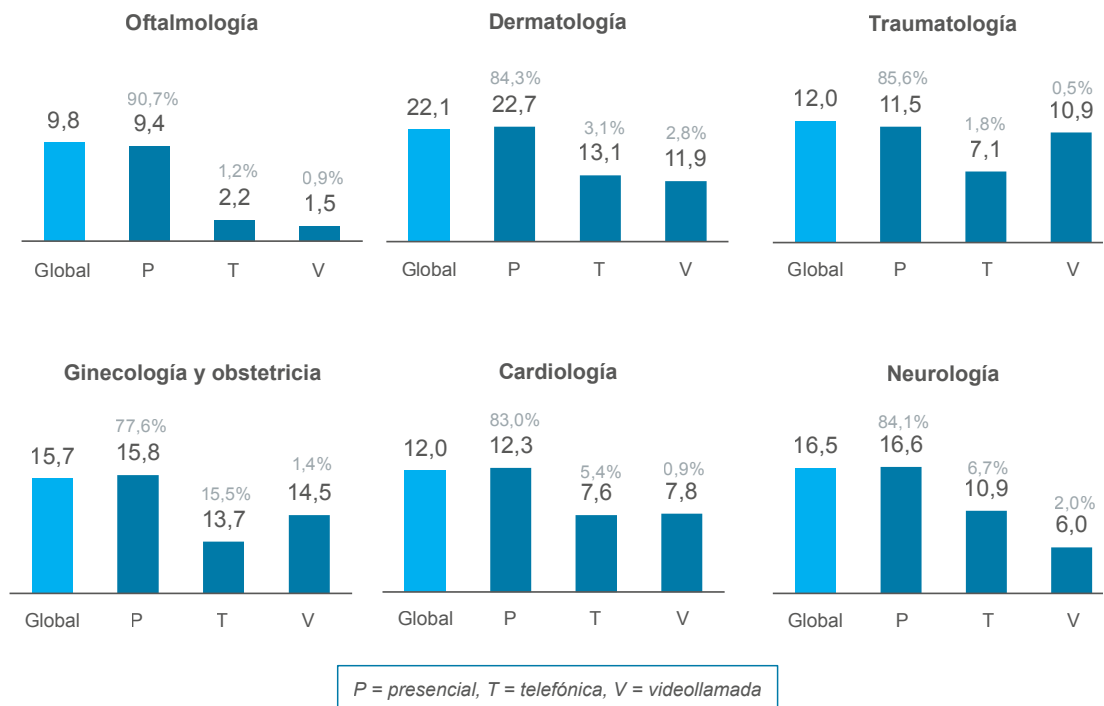


**FIGURA 12.** Variabilidad por centro en el tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista. Centros incluidos: 132 en oftalmología, 147 en dermatología, 157 en traumatología, 156 en ginecología y obstetricia, 149 en cardiología y 132 en neurología.

### 3.1.5.1. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista por tipo de consulta

La implementación de la telemedicina puede contribuir a la reducción de los tiempos de espera para ciertas consultas, así como al seguimiento continuo de pacientes con condiciones crónicas. Este enfoque es especialmente beneficioso para mejorar el acceso a la atención médica y asegurar una atención oportuna y continua para pacientes que requieren seguimiento. En esta nueva edición del informe se ha incluido información relevante sobre este tema con el fin de proporcionar una visión actualizada de la situación en el ámbito de la sanidad privada.

Los resultados obtenidos reflejan que la visita presencial continúa siendo la opción más común para una primera consulta con el especialista, con porcentajes que oscilan entre el 75 % y el 95 % del total de visitas con el tipo de visita informado. Sin embargo, este porcentaje varía entre especialidades, con algunas que prácticamente no utilizan la telemedicina, como la oftalmología, y otras, como la ginecología y obstetricia, donde las consultas telefónicas y por videollamada representan hasta el 17 % del total de visitas (**Figura 13**).



**FIGURA 13.** Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista según la modalidad de consulta. El valor de color gris describe el porcentaje de registros informados para cada especialidad y modalidad de consulta. No todas las consultas tienen la modalidad informada y, por lo tanto, la suma de los porcentajes no es 100 %.

En la mayoría de las especialidades analizadas la telemedicina permite una notable reducción en los tiempos de espera hasta la primera visita, disminuyendo de 9,4 días en la visita presencial en oftalmología a 2,2 y 1,5 días en la visita telefónica y en la videollamada,

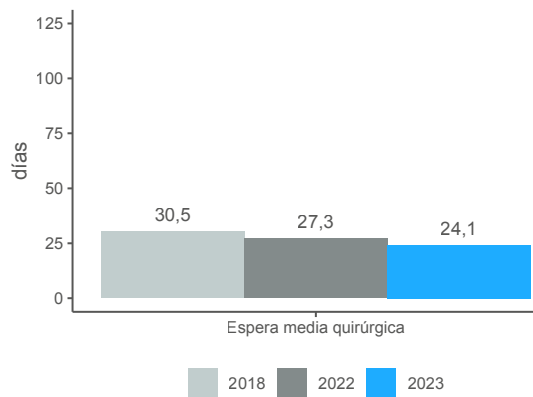
respectivamente. Este patrón se repite en dermatología, cardiología y neurología. No obstante, en otras especialidades como traumatología y ginecología y obstetricia, no se observan diferencias en los tiempos de espera según el tipo de visita.



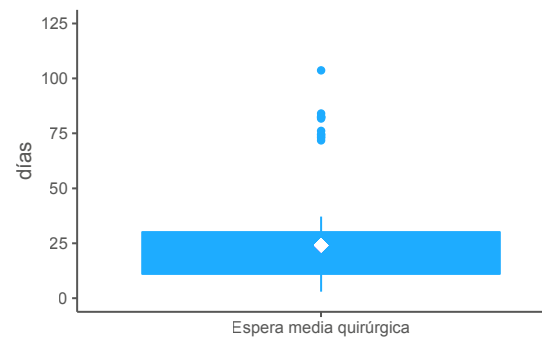
### 3.1.6. Tiempo medio de espera quirúrgica

El tiempo medio de espera quirúrgica, entendido como el tiempo medio de espera entre la consulta preanestésica y la fecha de realización de la cirugía de los episodios quirúrgicos programados, es de 24,1 días, y mantiene la tendencia a la baja observada en las últimas ediciones del informe, evidenciando que, en promedio, la sanidad privada ofrece una rápida accesibilidad a intervenciones quirúrgicas programadas con tiempos de espera menores de 1 mes (Figura 14).

En cuanto a la variabilidad, se observa que, si bien algunos centros presentan tiempos de espera algo prolongados, la mayoría de ellos registran tiempos medios de espera muy cercanos a la media de la sanidad privada (Figura 15).



**FIGURA 14.** Comparativa del tiempo medio de espera quirúrgica. Cirugías analizadas en el año 2023: 387.707.

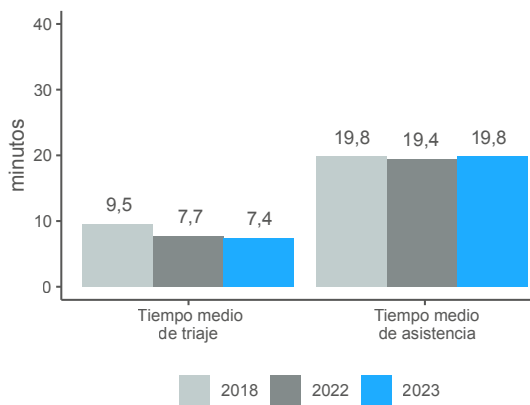


**FIGURA 15.** Variabilidad por centro en el tiempo medio de espera quirúrgica. Centros incluidos: 109.

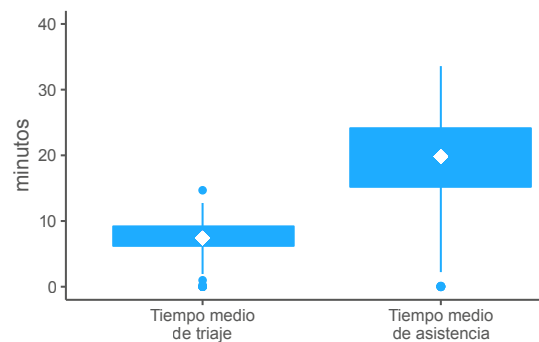
### 3.1.7. Tiempo medio de asistencia en urgencias

La agilidad en la atención de urgencias es crucial, ya que puede ser determinante para salvar vidas o prevenir complicaciones graves de salud. Además, la prontitud en la atención de urgencias no solo beneficia directamente a los pacientes, sino que también contribuye a descongestionar los servicios de emergencia y mejorar la disponibilidad de recursos para

otros pacientes. Esta eficiencia se refleja en los tiempos de espera que se observan en la sanidad privada, que se mantienen bajos y estables a lo largo de los años, con alrededor de 7 minutos hasta el triaje y aproximadamente de 19 minutos desde que se realiza el triaje al paciente hasta que este recibe asistencia sanitaria (**Figuras 16 y 17**).



**FIGURA 16.** Comparativa del medio de espera transcurrido desde el registro de entrada en urgencias hasta el triaje, y del tiempo medio desde el triaje a la asistencia. Urgencias analizadas en el año 2023: 4.844.458 en el tiempo medio hasta el triaje, 4.217.005 en el tiempo medio hasta la asistencia.



**FIGURA 17.** Variabilidad por centro en el tiempo medio de espera transcurrido desde el registro de entrada en urgencias hasta el triaje. Variabilidad por centro en tiempo medio desde el triaje hasta la asistencia. Centros incluidos: 117 y 114 centros, respectivamente.

## 3.2. Eficiencia

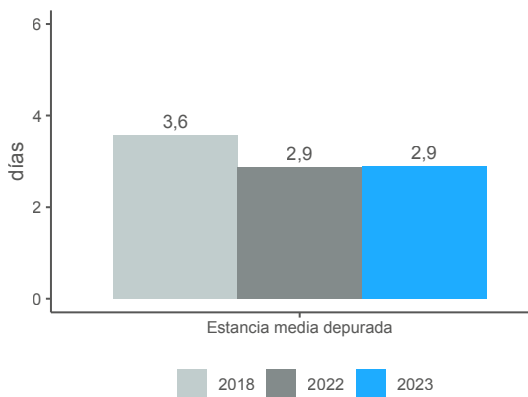
La eficiencia asistencial es un pilar fundamental en la prestación de servicios de salud, ya que influye directamente en la calidad de la atención médica, la satisfacción del paciente y

la gestión efectiva de los recursos. Esta sección del Estudio RESA incluye varios indicadores que permiten evaluar los aspectos más relevantes de esta dimensión.

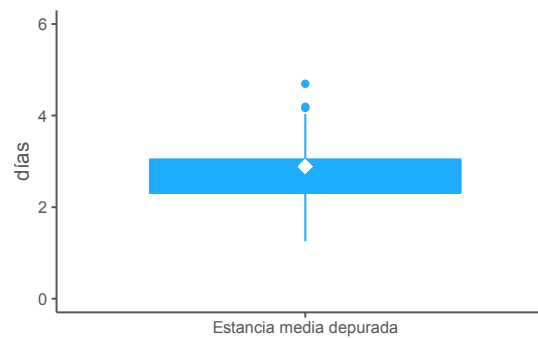
### 3.2.1. Estancia media

La estancia media depurada (tras la eliminación de *outliers*) de los episodios de hospitalización del año 2023 es de 2,9 días en la sanidad privada (**Figura 18**), permaneciendo sin cambios respecto a la edición anterior. Mantener estos buenos resultados a lo largo del tiempo es fundamental, ya que impactan no solo en la optimización de recursos, sino también en la experiencia del paciente y en la mejora de sus resultados clínicos.

Al analizar estos resultados por centro se observa que prácticamente todos los hospitales tienen estancias medias que oscilan entre los 2 y los 3,5 días (**Figura 19**).



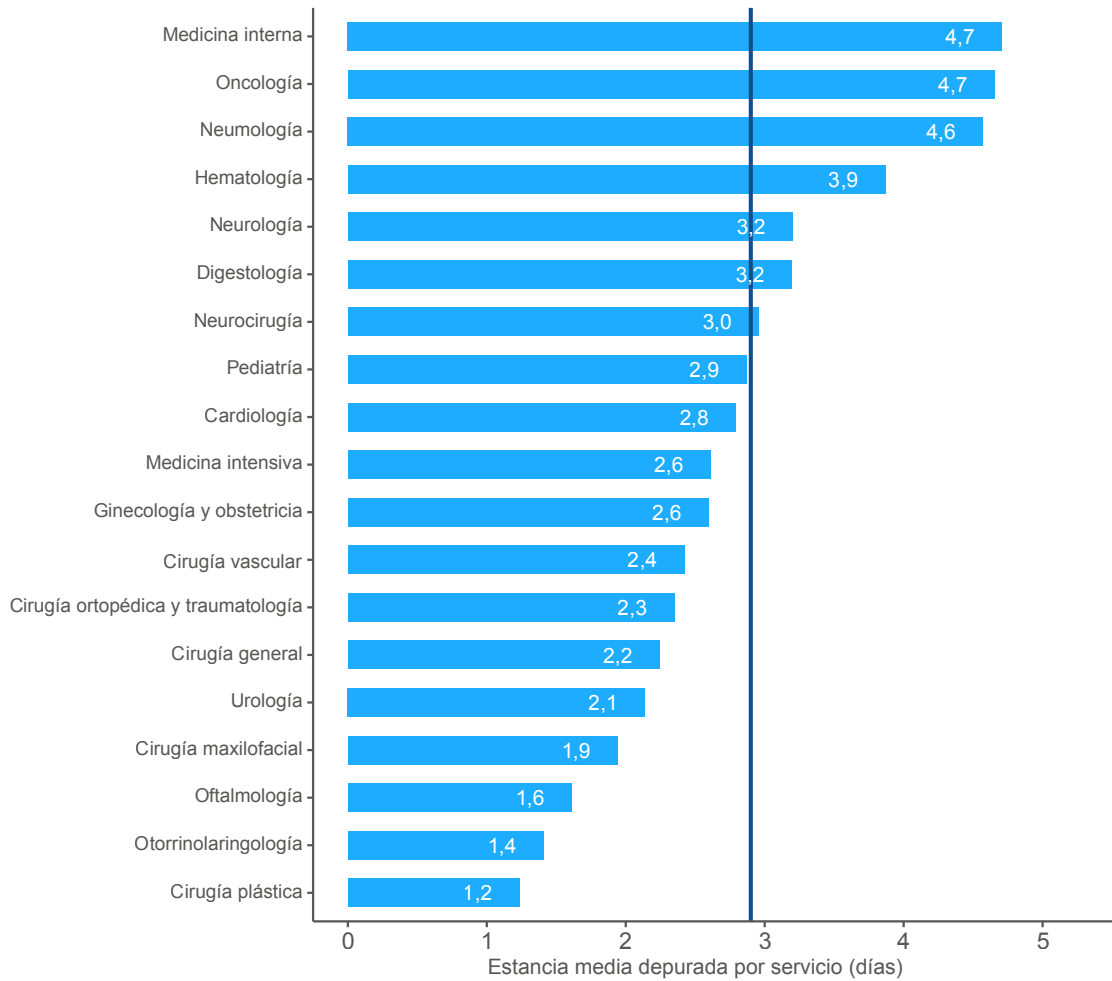
**FIGURA 18.** Comparativa de la estancia media depurada en episodios de hospitalización. Episodios analizados: 705.793. (\*) Indicador comparable al de los observatorios.



**FIGURA 19.** Variabilidad por centro en la estancia media depurada en episodios de hospitalización. Centros incluidos: 116.

La estancia media global puede resultar una medida demasiado general e inespecífica que dificultaría el análisis del indicador. Por esto, desde el año pasado el Estudio RESA desglosa la estancia según el servicio hospitalario, marcando con una línea vertical azul la estancia media global como referencia (**Figura 20**).

Existe gran variabilidad en la estancia media según el servicio de alta, con estancias próximas a los 5 días en servicios como medicina interna, oncología y neumología, y servicios como cirugía plástica y otorrinolaringología con estancias promedio de poco más de 1 día.



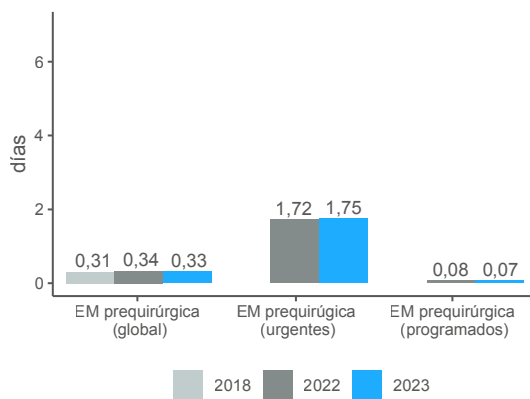
**FIGURA 20.** Estancia media depurada en episodios de hospitalización por servicio de alta. La línea vertical azul marca la estancia media global.

### 3.2.2. Estancia media prequirúrgica

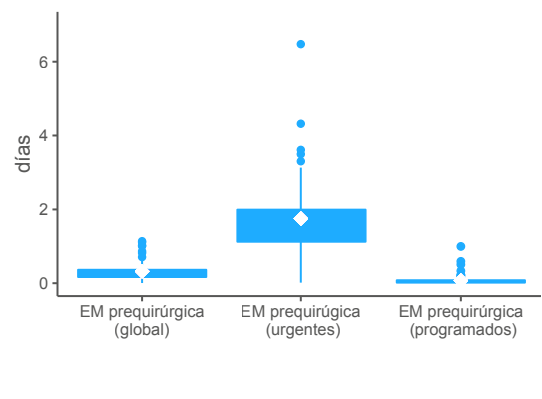
Los resultados de este año muestran una estancia media prequirúrgica de 0,33 días, resultado muy similar al de periodos anteriores. Esto indica que los pacientes son ingresados el tiempo estrictamente necesario, lo que reduce el riesgo de infecciones, aumenta la comodidad del paciente y optimiza los recursos hospitalarios.

Si se desglosa la estancia prequirúrgica en función de la circunstancia de admisión del episodio, se observa que en las cirugías

programadas los pacientes prácticamente no esperan para ser operados (0,07 días), a diferencia de las cirugías urgentes, en donde la estancia preoperatoria es más alta (1,75 días) debido a que en muchos de estos casos, antes de la cirugía, es necesario estabilizar al paciente o esperar a que los recursos médicos, quirúrgicos y de cuidados intensivos estén disponibles (**Figura 21**). Es por eso por lo que también se observa una mayor variabilidad por centro (**Figura 22**).



**FIGURA 21.** Comparativa de la estancia media preoperatoria en episodios de hospitalización diferenciando entre urgentes y programados. Episodios analizados en el año 2023: 380.563 global, 57.879 urgentes y 322.684 programados. (\*) Indicador comparable al de los observatorios.



**FIGURA 22.** Variabilidad por centro de la estancia media preoperatoria en episodios de hospitalización, diferenciando entre urgentes y programados. Centros incluidos: 116, 112 y 116, respectivamente.

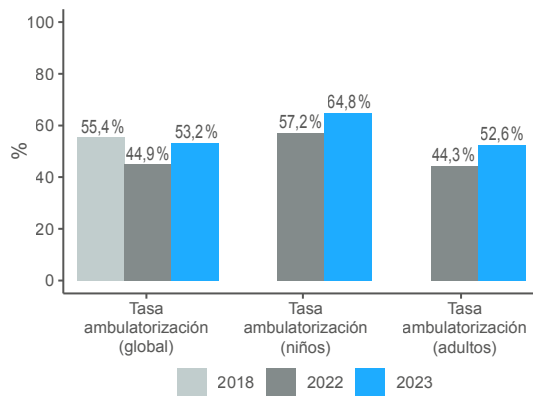
### 3.2.3. Tasa de ambulatorización

Al margen de reducir las estancias medias de los pacientes, es importante evitar en la medida de lo posible el ingreso innecesario de pacientes por diagnósticos o procedimientos que no requieran pernocta hospitalaria. De esta manera, no solo se optimizarán los recursos hospitalarios, sino que se reducirán las infecciones nosocomiales y se aumentará la comodidad del paciente.

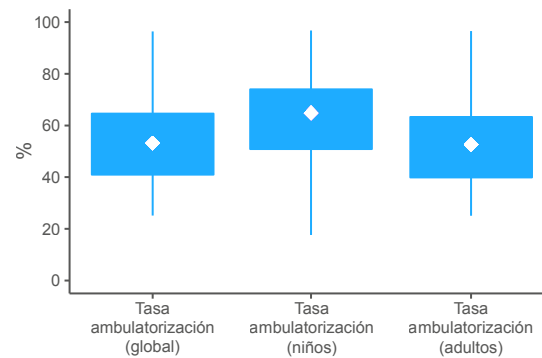
La tasa de ambulatorización de 2023 es del 53,2 %, casi 9 puntos porcentuales mayor que

la de la edición anterior (**Figura 23**), lo que significa que, de todas las cirugías realizadas en el hospital, más de la mitad no requirieron hospitalización.

Estas tasas son algo variables entre centros, debido no solo a la gestión propia de cada centro, sino también a las diferencias en la casuística de los pacientes intervenidos en los diferentes hospitales (**Figura 24**).



**FIGURA 23.** Comparativa de la tasa de ambulatorización. Episodios analizados en el año 2023: 730.661 global, 36.397 de niños y 684.299 de adultos. (\*) Indicador comparable al de los observatorios.



**FIGURA 24.** Variabilidad por centro en la tasa de ambulatorización. Centros incluidos: 116.

### 3.3. Resolución asistencial

La resolución asistencial es la capacidad de un sistema de atención médica para resolver eficazmente las necesidades de salud de los pacientes. Por eso, es esencial mantener unos buenos resultados en esta dimensión que garanticen tanto la eficiencia del sistema

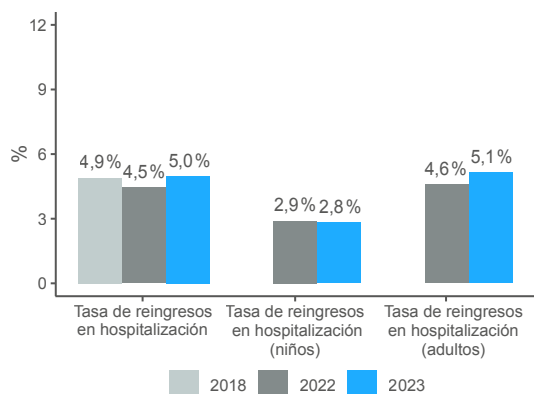
de salud como unos buenos resultados clínicos. Esta sección del Estudio RESA evalúa diferentes tasas de reingresos en el ámbito de la hospitalización, las urgencias y la cirugía ambulatoria.

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

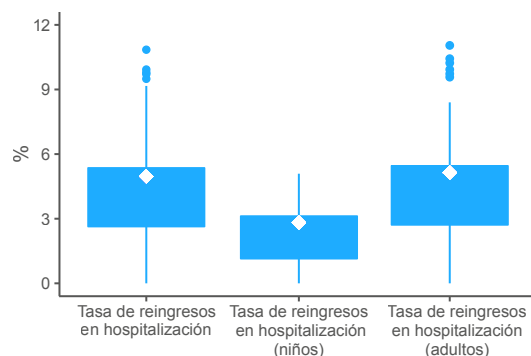
La tasa de reingresos de 2023 es del 5,0 %, algo levemente superior a la de años anteriores (**Figura 25**). Mantener una tasa de reingresos aceptable es indicativo de una buena calidad de la atención recibida durante el episodio inicial, ya que, si un paciente es dado de alta prematuramente o no recibe una atención adecuada durante su

estancia, es más probable que experimente complicaciones que requieran de un siguiente reingreso.

Se observa variabilidad entre las tasas por centro; no obstante, el 75 % de los hospitales muestran una tasa de reingresos promedio de entre el 3 % y el 6 % (**Figura 26**).



**FIGURA 25.** Comparativa de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta con la edición anterior, diferenciando entre niños y adultos. Episodios analizados en el año 2023: 664.721 global, 49.981 de niños y 614.723 de adultos.

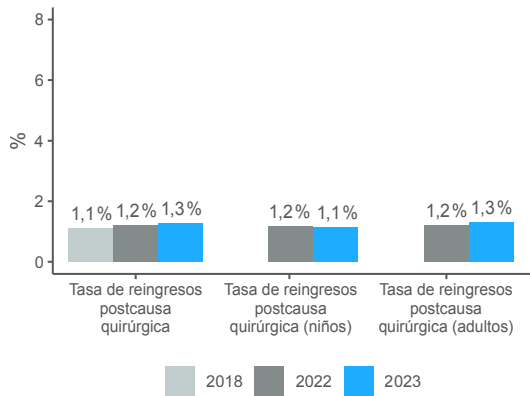


**FIGURA 26.** Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta, diferenciando entre niños y adultos. Centros incluidos: 116.

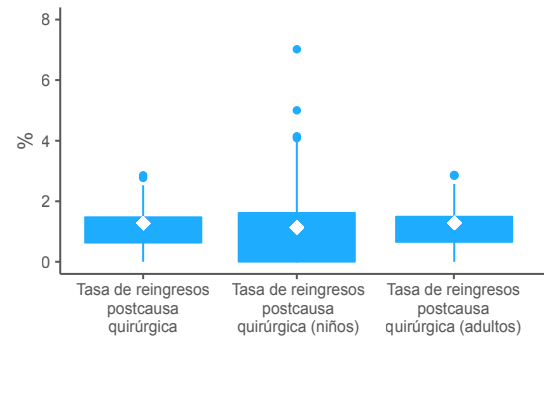
### 3.3.2. Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días

Los reingresos tras un episodio médico o quirúrgico pueden ser muy dispares; por ello, este estudio también analiza la tasa de reingresos específica tras 7 días después de un

ingreso de hospitalización quirúrgico. En ese caso, las tasas, de algo más del 1%, se mantienen estables a lo largo de los años, tanto en adultos como en niños (**Figuras 27 y 28**).



**FIGURA 27.** Comparativa de la tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días con la edición anterior. Episodios analizados en el año 2023: 371.919 global, 15.283 de niños y 356.600 de adultos.



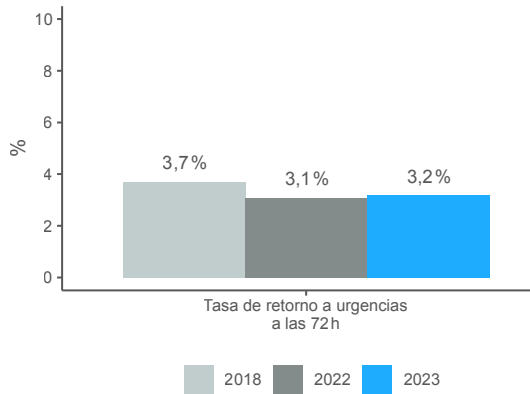
**FIGURA 28.** Variabilidad por centro de la tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días, diferenciando entre niños y adultos. Centros incluidos: 116.



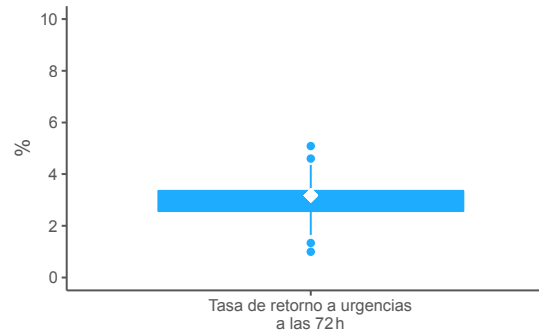
### 3.3.3. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta

La tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta es del 3,2% (**Figura 29**), manteniendo la mejora obtenida durante el último año. Esto pone de manifiesto que la atención en el servicio de urgencias de la sanidad privada

no solo es ágil, sino que también es efectiva y de calidad. Con respecto a la variabilidad de este indicador por centro, cabe destacar que ningún centro muestra una tasa de retorno a urgencias superior al 6% (**Figura 30**).



**FIGURA 29.** Comparativa de la tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta con la edición anterior. Urgencias analizadas en el año 2023: 5.712.850.

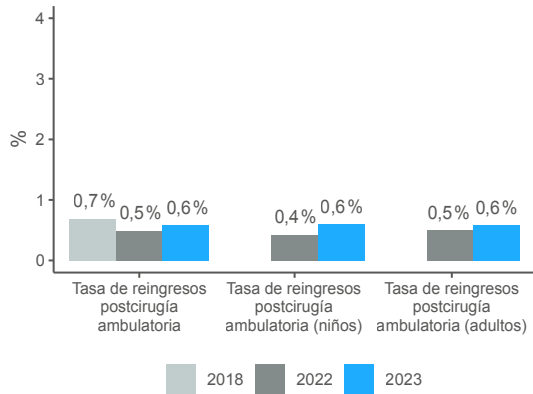


**FIGURA 30.** Variabilidad por centro de la tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta. Centros incluidos: 117.

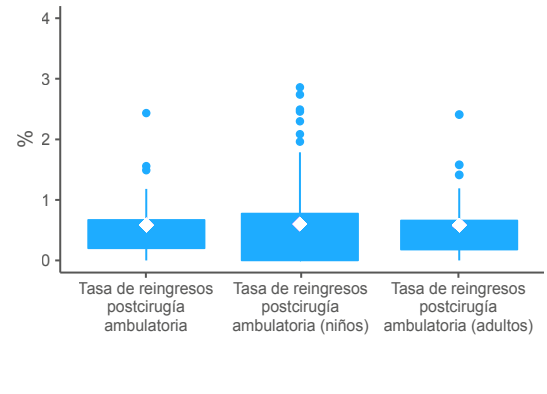
### 3.3.4. Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días

La tasa de reingresos a 30 días tras una cirugía ambulatoria sigue en valores mínimos (0,6%), sin diferencias entre niños y adultos,

y prácticamente sin cambios respecto a los resultados de años anteriores (**Figuras 31 y 32**).



**FIGURA 31.** Comparativa de la tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días. Episodios de cirugía ambulatoria analizados en el año 2023: 361.157 global, 22.252 de niños y 338.905 de adultos.



**FIGURA 32.** Variabilidad por centro de la tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días. Centros incluidos: 116.

### 3.4. Calidad y seguridad

Tanto la calidad como la seguridad durante la asistencia médica son fundamentales para proteger la salud y el bienestar de las personas que requieren atención médica y garantizar que no sufran daños adicionales debido a errores médicos, infecciones nosocomiales u otros riesgos para la seguridad del paciente.

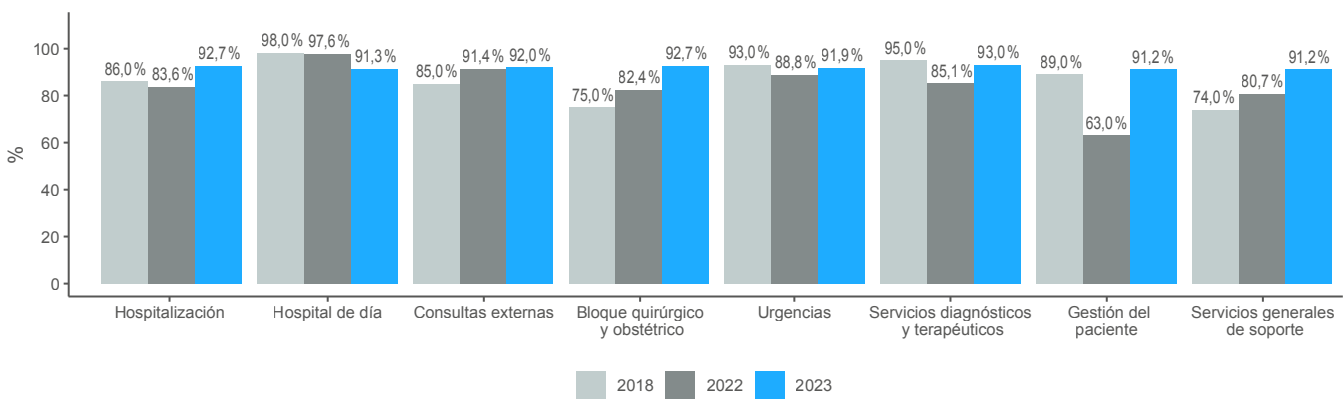
Dada la importancia de estos dos aspectos, el Estudio RESA los evalúa mediante varios indicadores de relevancia como son: la tasa de unidades y servicios hospitalarios con acreditaciones y certificaciones de calidad, los indicadores de seguridad del paciente (PSI) de la AHRQ y la tasa de intervenciones quirúrgicas seguras.

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

La acreditación y certificación son procesos que garantizan que las unidades y servicios hospitalarios cumplen con unos estándares de calidad preestablecidos. Las unidades y servicios hospitalarios deben cumplir con ciertos requisitos y estándares, lo que impulsa a las organizaciones a identificar áreas de mejora y trabajar en su desarrollo.

Estas acreditaciones garantizan que los pacientes reciban atención segura y de alta calidad; por eso es tan importante

seguir manteniendo los resultados de este indicador en valores óptimos: hospitalización (92,7%), hospital de día (91,3%), urgencias (91,9%), bloque quirúrgico y obstétrico (92,7%), servicios centrales de diagnóstico y terapéutico (93,0%), consultas externas y servicios ambulatorios (92,0%), servicios generales de soporte (91,2%) y gestión del paciente (91,2%). Estos datos nos llevan incluso a mejorar mejorar los excelentes resultados ya alcanzados en la pasada edición (Figura 33).



**FIGURA 33.** Comparativa de la tasa de centros que disponen de auditorías y certificaciones, por unidad hospitalaria. Centros incluidos en el año 2023: 142.

### 3.4.2. Indicadores de seguridad del paciente

Desde la pasada edición, el Estudio RESA incluye los indicadores PSI (*Patient Safety Indicators*), desarrollados por la AHRQ, como medida para evaluar los eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad de la atención hospitalaria.

Uno de los indicadores analizados es la “Tasa de mortalidad en GRD de baja mortalidad”, en el que se evalúa el porcentaje de episodios que acaban en *exitus*, a pesar de ser catalogados dentro de un grupo de diagnósticos relacionados (GRD) de baja mortalidad. De los más de 120.000 episodios de hospitalización

con GRD de baja mortalidad analizados, un 0,16 % de estos terminaron en fallecimiento. Otro de los indicadores evaluados es la “Tasa de mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables”. Para este indicador se consideran únicamente los pacientes hospitalizados que son sometidos a cirugía y presentan una complicación seria tratable. En este caso, del total de episodios quirúrgicos analizados, tan solo se observaron 732 episodios con una complicación seria tratable, y de estos, acabaron en *exitus* un 19,40 % (**Figura 34**).

Indicador	N	Resultado 2022	Resultado 2023
Mortalidad en GRD de baja mortalidad	121.278	0,12 %	0,16 %
Mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables	732	20,36 %	19,40 %

**FIGURA 34.** Resultados (%) en los indicadores de seguridad del paciente. Episodios de hospitalización analizados: 705.793. (\*) Indicador comparable al de los observatorios.

Esta tasa de mortalidad del 19,40 % se desglosa en las siguientes complicaciones: tromboembolismo pulmonar perioperatorio o trombosis venosa profunda (0,82 %),

neumonía (3,01 %), sepsis (7,65 %), shock (7,24 %) y hemorragia gastrointestinal (0,68 %) (**Figura 35**).

Indicador	Resultado 2022	Resultado 2023
Mortalidad trombosis venosa profunda	1,12 %	0,82 %
Mortalidad neumonía	2,73 %	3,01 %
Mortalidad sepsis	9,97 %	7,65 %
Mortalidad shock séptico	5,46 %	7,24 %
Mortalidad hemorragia gastrointestinal	0,96 %	0,68 %

**FIGURA 35.** Resultados (%) en los indicadores de seguridad del paciente. Episodios de hospitalización analizados: 705.793.

El resto de los indicadores analizados se muestran en la **figura 36**. Y, en términos generales, ponen de manifiesto que las complicaciones evitables son de muy baja incidencia en la sanidad privada, con tasas inferiores al 1% en todas las complicaciones, a excepción de los traumatismos obstétricos en partos vaginales instrumentados.

No obstante, cabe tener en cuenta que algunas tasas pueden estar infraestimadas como consecuencia de una ligera infracodificación en alguno de los diagnósticos considerados como complicación.

El detalle metodológico sobre el cálculo de estos indicadores puede encontrarse en el **anexo II**.

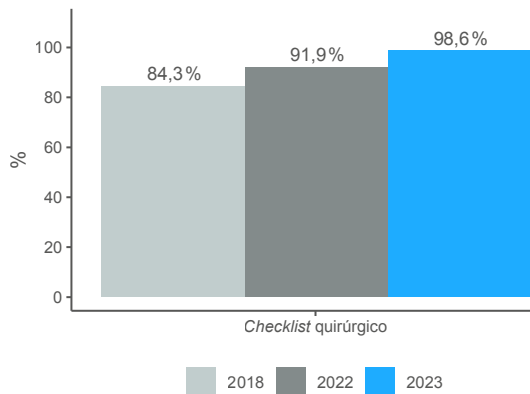
Indicador	N	Resultado 2022	Resultado 2023
Úlcera por presión*	268.618	0,04 %	0,03 %
Neumotórax iatrogénico	612.034	0,01 %	0,01 %
Infección sanguínea relacionada con catéter venoso central	358.408	0,02 %	0,02 %
Fractura de cadera intrahospitalaria	629.585	0,00 %	0,01 %
Hematoma o hemorragia postoperatoria	352.702	0,13 %	0,14 %
Daño agudo renal postoperatorio que requiere diálisis	301.107	0,02 %	0,02 %
Fallo respiratorio postoperatorio	302.492	0,02 %	0,02 %
Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda perioperatoria*	360.517	0,04 %	0,03 %
Sepsis postoperatoria*	301.702	0,06 %	0,05 %
Dehiscencia de herida quirúrgica postoperatoria	52.296	0,12 %	0,11 %
Punción o laceración accidental abdominopélvica	166.928	0,26 %	0,33 %
Traumatismo obstétrico – Parto vaginal instrumentado	8.327	2,90 %	2,74 %
Traumatismo obstétrico – Parto vaginal no instrumentado	24.984	0,49 %	0,59 %

**FIGURA 36.** Resultados (%) en los indicadores de seguridad del paciente.  
Episodios de hospitalización analizados: 705.793.  
(\* ) Indicador comparable al de los observatorios.

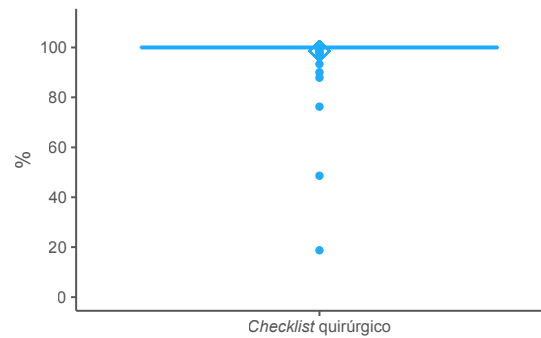
### 3.4.3. Tasa de intervenciones de cirugía segura (checklist quirúrgico)

Este indicador se basa en un protocolo generado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya utilizado en anteriores ediciones del Estudio RESA, que se sustenta en la verificación sistemática de parámetros pre, post e intraoperatorios para garantizar la máxima seguridad del paciente en cada cirugía.

Año tras año, el *checklist* quirúrgico se realiza en un porcentaje mayor de pacientes quirúrgicos, alcanzando en este último año una tasa del 98,6 % (**Figuras 37 y 38**).



**FIGURA 37.** Comparativa de la tasa de intervenciones de cirugía segura con la edición anterior. Cirugías analizadas en el año 2023: 261.235.



**FIGURA 38.** Variabilidad por centro en la tasa de intervenciones de cirugía segura. Centros incluidos: 118.

### 3.5. Procesos clínicos

El análisis por procesos clínicos brinda una visión más detallada de la calidad y eficiencia del sistema sanitario privado, ya que permite un enfoque más específico en la gestión de distintas patologías y procedimientos médicos. Con el estudio de los procesos de manera individual es posible identificar con precisión los puntos fuertes y las oportunidades de optimización en la atención de los pacientes.

En esta misma línea, y tal y como se especifica en el apartado 2.7.2. *Actualización de procesos*, se han decidido mantener los

procesos clínicos analizados en la edición pasada salvo el de *tratamiento quirúrgico de la vía biliar*, que se sustituye por dos procesos nuevos: *cáncer de colon e hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico*. El objetivo de esta actualización es ajustar el enfoque del análisis a las necesidades actuales, priorizando la evaluación de procesos con mayor relevancia clínica.

En total, se incluyen 35 indicadores divididos en nueve procesos clínicos.

#### 3.5.1. Fractura de cadera

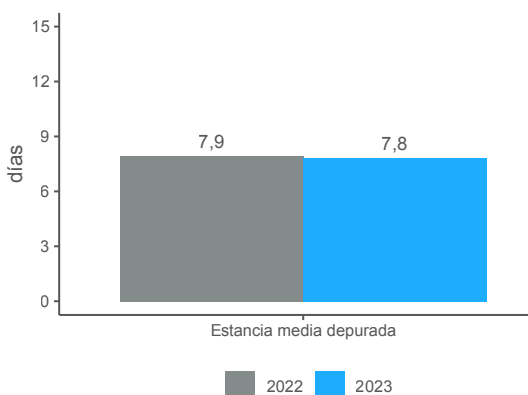
##### 3.5.1.1. Gestión de estancias

La fractura de cadera es un proceso clínico que requiere de un importante consumo de recursos, tanto en términos de atención médica como de recursos hospitalarios, lo que impacta significativamente en los costes y en la eficiencia del sistema de salud privado. En este bloque se evalúan distintos aspectos de la gestión de estancias en los episodios de fractura de cadera.

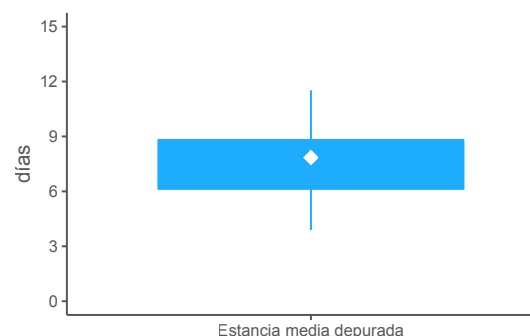
La estancia media bruta es de 8,3 días, y la estancia media depurada de 7,8 días.

En comparación con la pasada edición, en la que se obtuvieron 8,8 días y 7,9 días, respectivamente, se observa una ligera tendencia a la baja en la duración de las estancias (**Figura 39**).

Tal y como muestra la **figura 40**, la variabilidad de la estancia media depurada entre centros va desde los 4 hasta los 12 días.



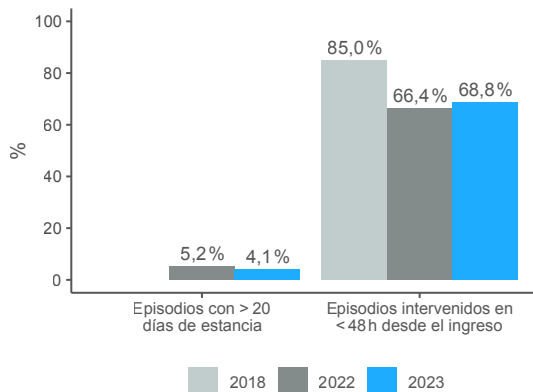
**FIGURA 39.** Comparativa de la estancia media depurada en los episodios de hospitalización por fractura de cadera. Cirugías analizadas en el año 2023: 4.200.



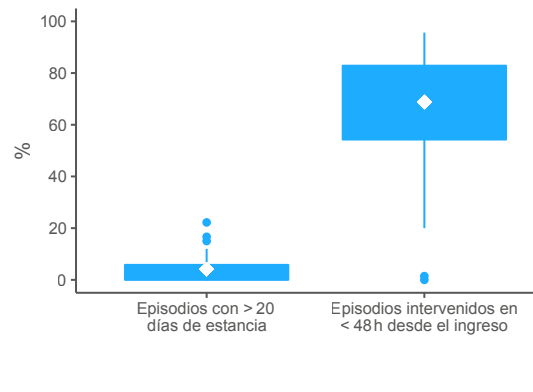
**FIGURA 40.** Variabilidad por centro de la estancia media depurada en los episodios de hospitalización por fractura de cadera. Centros incluidos: 108.

Si se analizan con más detalle las estancias, tan solo el 4,1% de los episodios hospitalizados tienen una estancia superior a los 20 días, y el 68,8% de los episodios son intervenidos en menos de 48 horas desde el ingreso. En

comparación con la pasada edición, se observa una mejora en ambos resultados, ya de por sí positivos, lo cual es una prueba del constante progreso en la sanidad privada en el tratamiento de estos pacientes (**Figuras 41 y 42**).



**FIGURA 41.** Comparativa de la tasa de episodios de fractura de cadera con más de 20 días de estancia y los episodios intervenidos en menos de 48 horas desde el ingreso. Episodios analizados en el año 2023: 4.254. (\*) Indicador comparable al de los observatorios.

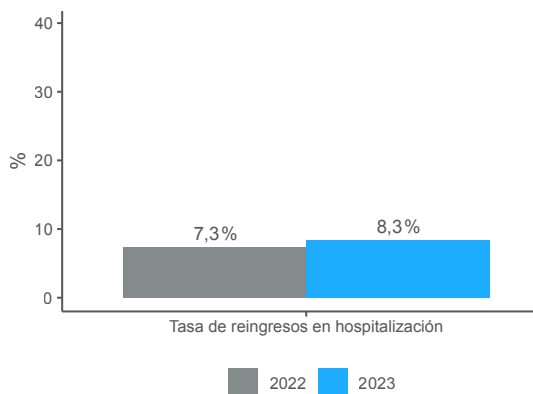


**FIGURA 42.** Variabilidad por centro de la tasa de episodios de fractura de cadera con más de 20 días de estancia y los episodios intervenidos en menos de 48 horas desde el ingreso. Centros incluidos: 108.

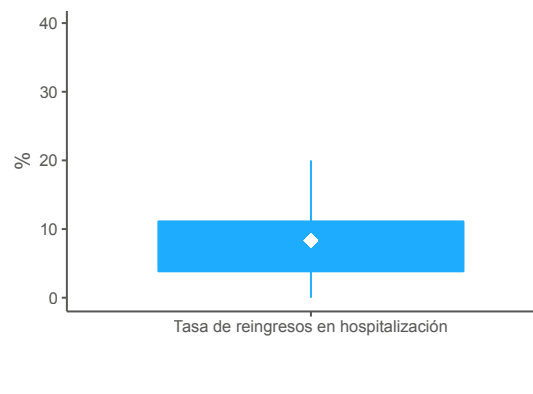
### 3.5.1.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

El análisis de los reingresos en hospitalización aporta información sobre la calidad de la atención y el seguimiento clínico de los pacientes con fractura de cadera, especialmente dada su complejidad. Por lo tanto, estos resultados nos ofrecen una visión detallada de la capacidad de resolución en esta tipología de pacientes en el ámbito privado.

En esta edición la tasa de reingresos observada es del 8,3% (**Figuras 43 y 44**), mostrando un ligero aumento en comparación con la pasada edición (7,3%), que, en parte, podría estar relacionado con la complejidad y casuística de los pacientes tratados.



**FIGURA 43.** Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de fractura de cadera. Episodios analizados en el año 2023: 3.655.



**FIGURA 44.** Variabilidad por centro de la tasa de episodios de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de fractura de cadera. Centros incluidos: 108.

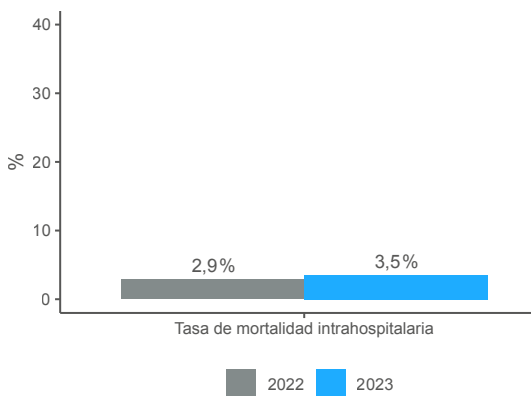


### 3.5.1.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

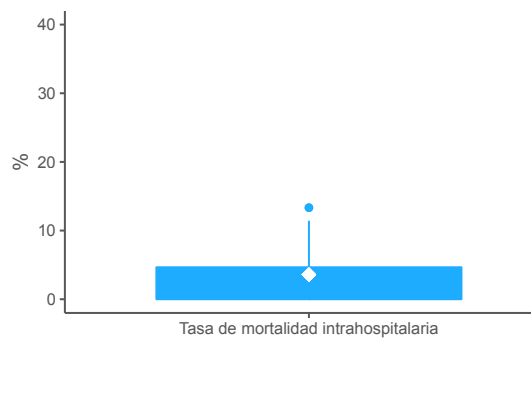
En esta edición se observa un ligero aumento en la tasa de mortalidad intrahospitalaria en los episodios de fractura de cadera, alcanzando el 3,5%, algo superior al 2,9% registrado el pasado año (Figura 45). Esta variación puede estar vinculada a varios factores, como son las

diferencias en la presencia de comorbilidades en pacientes ya de por sí complejos.

A pesar de que se observa una variabilidad entre centros destacable (Figura 46), la mayoría de ellos no presentan una tasa superior al 5%.



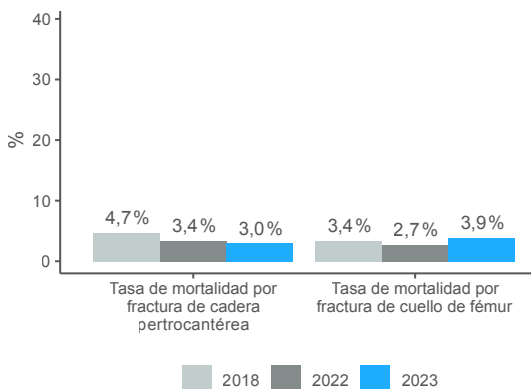
**FIGURA 45.** Tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de fractura de cadera. Episodios analizados en el año 2023: 4.256. (\*) Indicador comparable al de los observatorios.



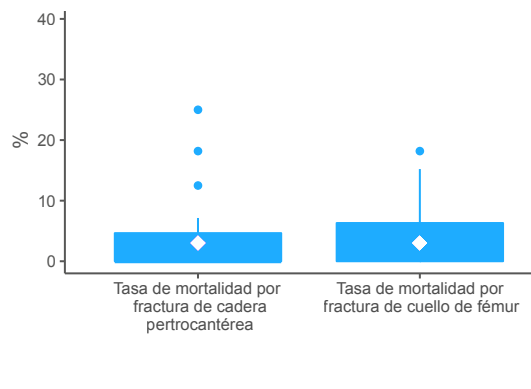
**FIGURA 46.** Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de fractura de cadera. Centros incluidos: 108.

Para profundizar más en los resultados de mortalidad intrahospitalaria, se desagregan los resultados según el tipo de fractura. En la figura 47 se observa cómo el aumento de la tasa de mortalidad intrahospitalaria global puede ser causado por el aumento de la mortalidad en las fracturas de cuello de fémur, en las que se obtiene un 3,9%, un punto por encima de la edición anterior.

En cambio, la mortalidad en fractura de cadera pertrocanterea se sitúa en el 3,0%, descendiendo 0,4 puntos porcentuales respecto de la pasada edición. En la figura 48 se muestra la variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de fractura de cadera pertrocanterea y fractura de cuello de fémur.



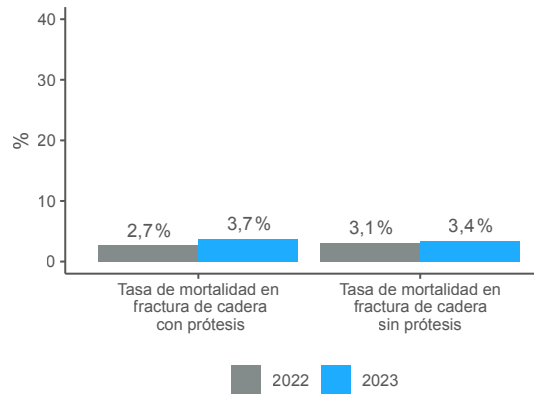
**FIGURA 47.** Comparativa de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de fractura de cadera pertrocanterea y fractura de cuello de fémur. Episodios analizados en el año 2023: 1.394 y 2.535, respectivamente.



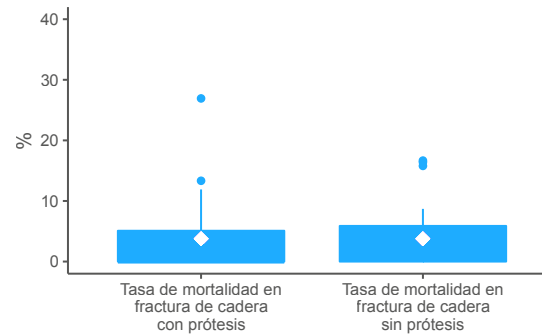
**FIGURA 48.** Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de fractura de cadera pertrocanterea y fractura de cuello de fémur. Centros incluidos: 108.

Además, también se han analizado las tasas de mortalidad intrahospitalaria en función de si la fractura de cadera requería de prótesis sintética o no. En ambos casos la mortalidad

es muy similar y levemente mayor que en la edición pasada, con un 3,7 % en la fractura con prótesis y un 3,4 % en la fractura sin prótesis (Figuras 49 y 50).



**FIGURA 49.** Comparativa de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de fractura de cadera con prótesis y sin prótesis. Episodios analizados en el año 2023: 1.843 y 2.411, respectivamente.



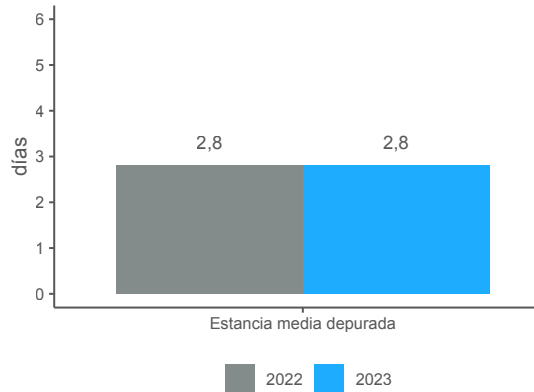
**FIGURA 50.** Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de fractura de cadera con prótesis y sin prótesis. Centros incluidos: 108.

### 3.5.2. Partos

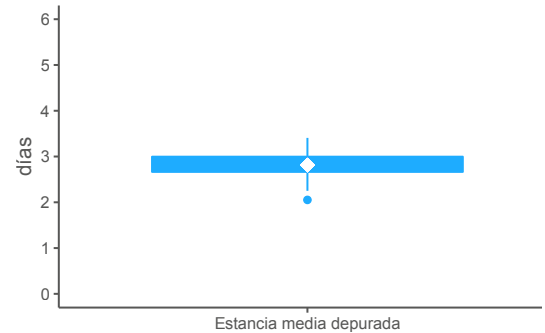
#### 3.5.2.1. Estancia media

La estancia media en los episodios de parto no presenta apenas variabilidad entre centros (Figura 51), situándose entre los 2 días y 3,5 días. En términos globales, la estancia

media bruta es de 3,0 días y la estancia media depurada de 2,8 días, sin diferencias respecto a los resultados obtenidos en la pasada edición (Figura 52).



**FIGURA 51.** Comparativa de la estancia media depurada en los episodios hospitalizados de parto. Episodios analizados en el año 2023: 49.350.

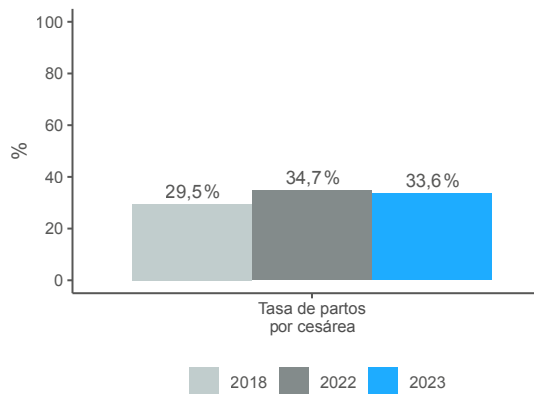


**FIGURA 52.** Variabilidad por centro de la estancia media depurada en los episodios de parto. Centros incluidos: 71.

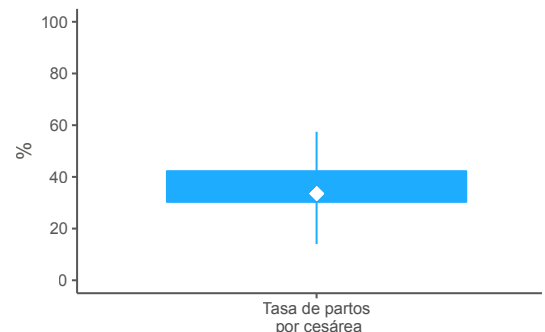
#### 3.5.2.2. Tasa de partos por cesárea

Del análisis sobre los partos realizados por cesárea en la sanidad privada, se obtiene una tasa del 33,6 %, disminuyendo un punto porcentual respecto al resultado de la pasada

edición (Figura 53). Se observa algo de variabilidad en el resultado por centro, con tasas de entre el 30 % y el 40 % (Figura 54).



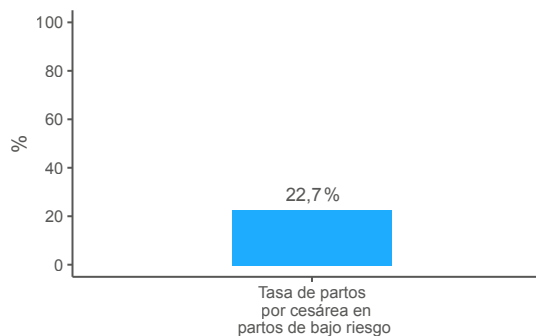
**FIGURA 53.** Comparativa de la tasa de partos por cesárea. Episodios analizados en el año 2023: 50.107. (\*) Indicador comparable al de los observatorios.



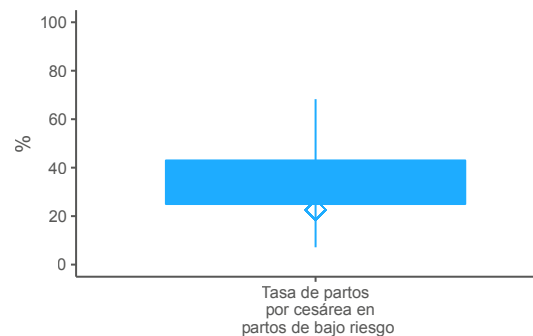
**FIGURA 54.** Variabilidad por centro de tasa de partos por cesárea. Centros incluidos: 71.

La posibilidad de optar a un parto natural o no dependerá de distintos factores, entre ellos la edad gestacional y el riesgo durante el parto. Por ello, para ayudar a contextualizar estos factores se ha calculado la tasa de partos por cesárea considerando únicamente los partos de bajo riesgo (**Figuras 55 y 56**).

En estos se observa cómo la tasa disminuye significativamente respecto a la tasa global, situándose en el 22,7%.



**FIGURA 55.** Comparativa de la tasa de partos por cesárea en partos de bajo riesgo. Episodios analizados en el año 2023: 15.839. (\*) Indicador comparable al de los observatorios.



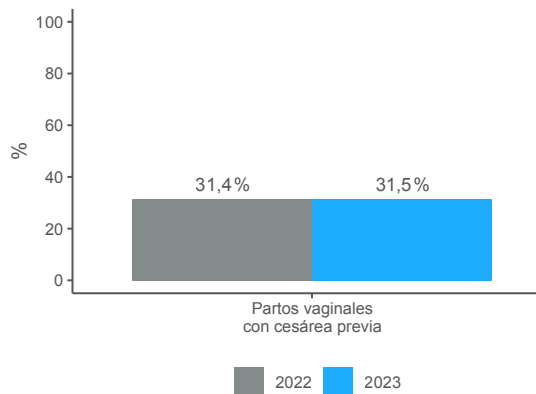
**FIGURA 56.** Variabilidad por centro de la tasa de partos por cesárea en partos de bajo riesgo. Centros incluidos: 71.

### 3.5.2.3. Tasa de partos vaginales con cesárea previa

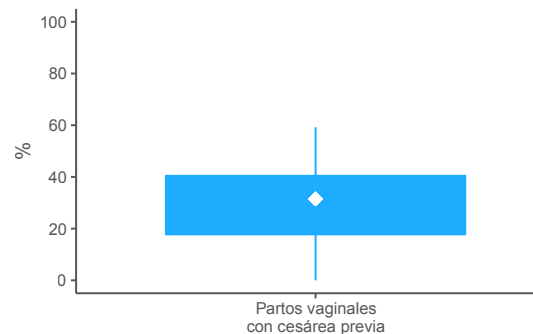
Optar a un parto vaginal tras un embarazo previo con cesárea está altamente influido por la historia obstétrica de cada mujer, y se podrá realizar siempre y cuando no suponga una amenaza para la vida de la madre o del bebé.

una cesárea en un embarazo previo, siendo sutilmente superior al 31,4 % registrado en la edición anterior (**Figura 57**). Además, se observa una gran variabilidad en los resultados por centro (**Figura 58**), con resultados que oscilan del 0 % hasta el 60 %, posiblemente debido a las diferencias en la casuística de las pacientes de los diferentes hospitales.

En esta edición se ha obtenido un resultado del 31,5 % para la tasa de partos vaginales tras



**FIGURA 57.** Comparativa de la tasa de partos por cesárea en partos vaginales con cesárea previa. Episodios analizados en el año 2023: 2.132.

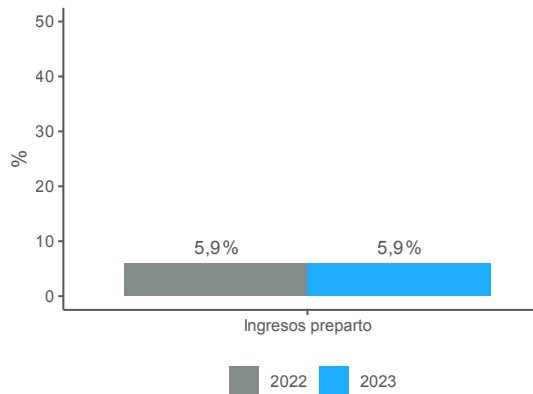


**FIGURA 58.** Variabilidad por centro de la tasa de partos vaginales con cesárea previa. Centros incluidos: 60.

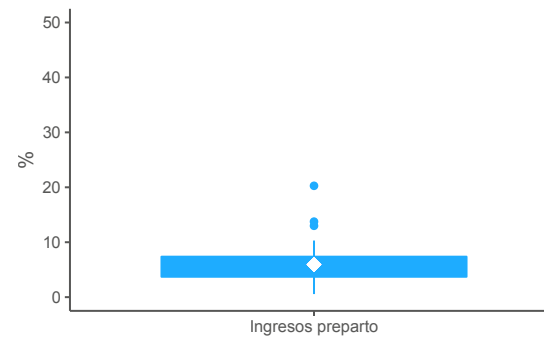
### 3.5.2.4. Ingresos preparto

Se ha calculado el porcentaje de mujeres que son ingresadas en el hospital a causa de un falso trabajo de parto, obteniéndose una tasa del 5,9% (**Figura 59**). Tal y como muestra el

gráfico de variabilidad por centro (**Figura 60**), esta tasa no supera el 10% prácticamente en ningún centro participante.



**FIGURA 59.** Comparativa de la tasa de ingresos preparto. Episodios analizados en el año 2023: 53.214.



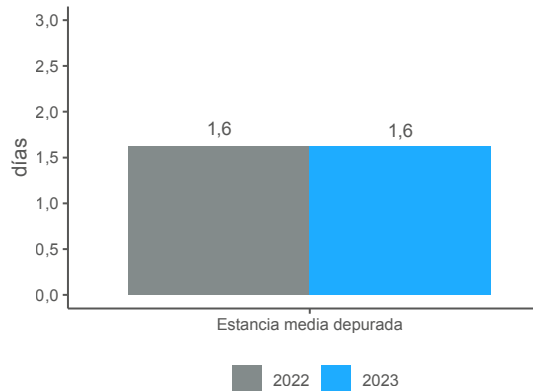
**FIGURA 60.** Variabilidad de la tasa de ingresos preparto. Centros incluidos: 71.

### 3.5.3. Cáncer de mama

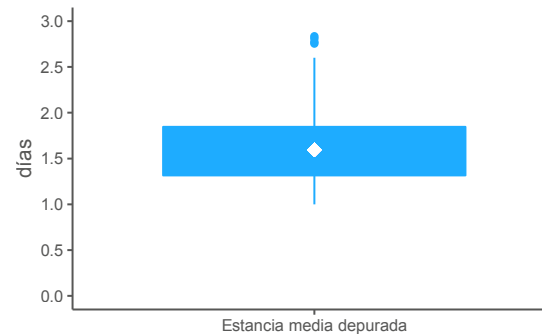
#### 3.5.3.1. Estancia media

La estancia media bruta en hospitalización de pacientes ingresadas por cáncer de mama es de 2,3 días y la estancia media depurada de 1,6 días, un resultado idéntico al obtenido en la

pasada edición (**Figura 61**). A pesar de haber variabilidad en los resultados por centro, las estancias medias oscilan alrededor de 1 y 3 días en todos ellos (**Figura 62**).



**FIGURA 61.** Comparativa de la estancia media depurada en episodios de cáncer de mama. Episodios analizados en el año 2023: 4.991.

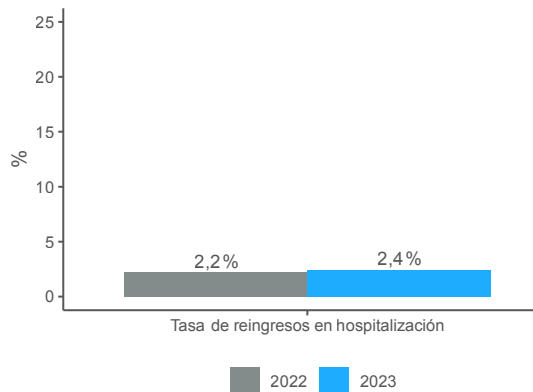


**FIGURA 62.** Variabilidad por centro de la estancia media en episodios de cáncer de mama. Centros incluidos: 97.

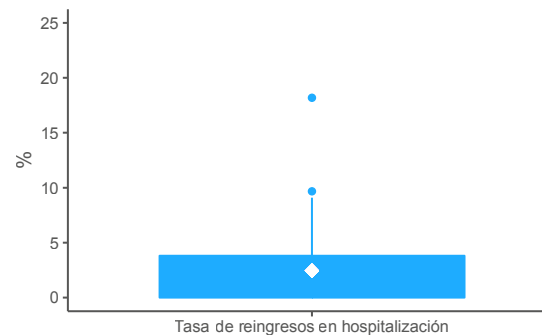
#### 3.5.3.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

Según los resultados obtenidos, solamente el 2,4 % de las pacientes con cáncer de mama necesitan reingresar en el hospital en los 30 días posteriores al alta. Este resultado es

parecido al resultado obtenido en la edición pasada (**Figura 63**). Este porcentaje no supera el 5 % en la mayoría de los hospitales (**Figura 64**).



**FIGURA 63.** Comparativa de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en cáncer de mama. Episodios analizados en el año 2023: 4.799.

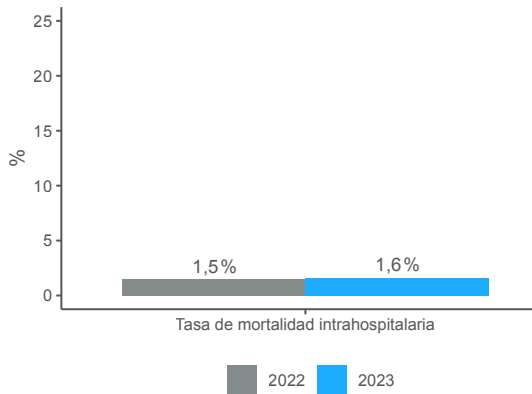


**FIGURA 64.** Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en cáncer de mama. Centros incluidos: 98.

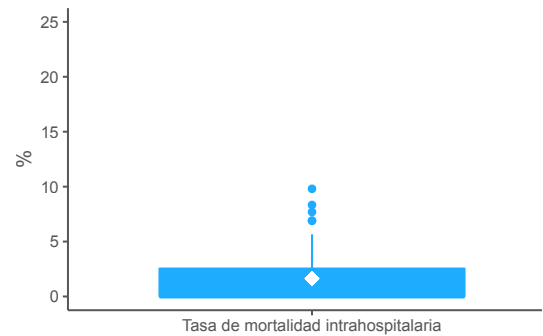
### 3.5.3.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

La tasa de mortalidad intrahospitalaria representa un 1,6% del total de episodios ingresados por cáncer de mama, frente al 1,5% obtenido en la pasada edición (**Figura 65**). Los resultados por centro muestran que el 75%

de los centros tienen una tasa de mortalidad inferior al 3% (**Figura 66**). La obtención de unas tasas tan reducidas se debe, en parte, a los programas de cribado y diagnóstico temprano implementados en este tipo de tumor.



**FIGURA 65.** Comparativa de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en cáncer de mama. Episodios analizados en el año 2023: 4.971.

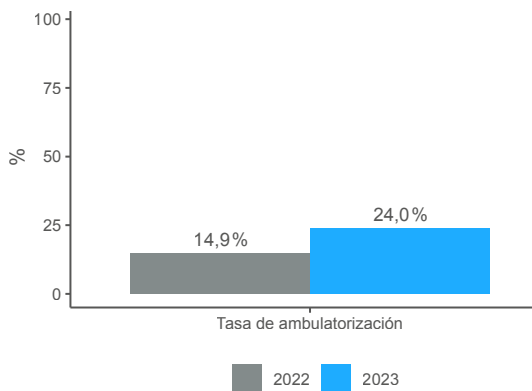


**FIGURA 66.** Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en cáncer de mama. Centros incluidos: 99.

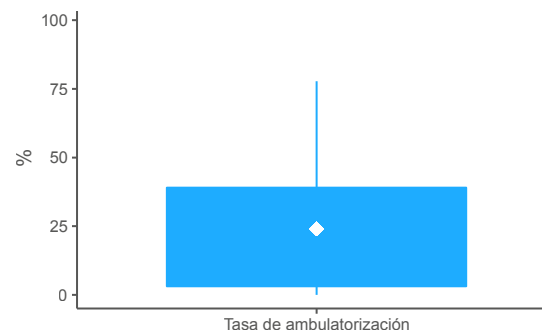
### 3.5.3.4. Tasa de ambulatorización

En esta edición se observa una tasa de ambulatorización del 24,0% frente al 14,9% de la edición pasada (**Figuras 67 y 68**). Destaca el incremento en la atención ambulatoria de los pacientes con cáncer de mama, lo que refleja un aumento de la disponibilidad de servicios ambulatorios especializados. Esto permite que los pacientes reciban un tratamiento de

calidad fuera del entorno hospitalario, lo que incrementa su calidad de vida. Además, este aumento de la tasa de ambulatorización puede contribuir a una distribución más equitativa de la carga asistencial, aliviando la presión sobre los servicios hospitalarios y optimizando el uso de los recursos de salud.



**FIGURA 67.** Comparativa de la tasa de ambulatorización en cáncer de mama. Episodios analizados en el año 2023: 6.365.



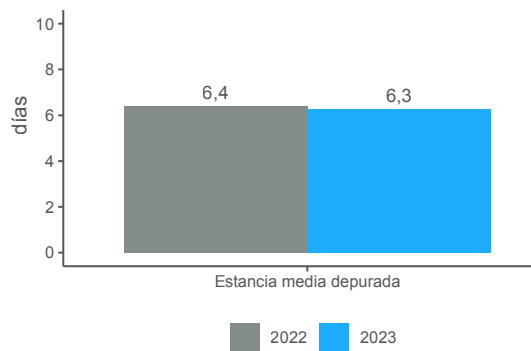
**FIGURA 68.** Comparativa de la tasa de ambulatorización en cáncer de mama. Centros incluidos: 95.

### 3.5.4. Cáncer de pulmón

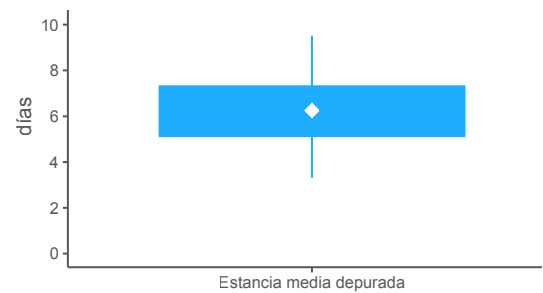
#### 3.5.4.1. Estancia media

Los pacientes hospitalizados por cáncer de pulmón son, mayoritariamente, pacientes con una alta complejidad y pluripatológicos. Esto se traduce en estancias medias más altas, de 6,3 días de promedio, resultado muy parecido

al de la edición anterior (**Figura 69**). Como la complejidad de los pacientes por centro es distinta, las estancias medias por centro son también variables, de entre 3 y 10 días según el hospital (**Figura 70**).



**FIGURA 69.** Comparativa de la estancia media depurada en hospitalización en episodios de cáncer de pulmón. Episodios analizados en el año 2023: 2.975.

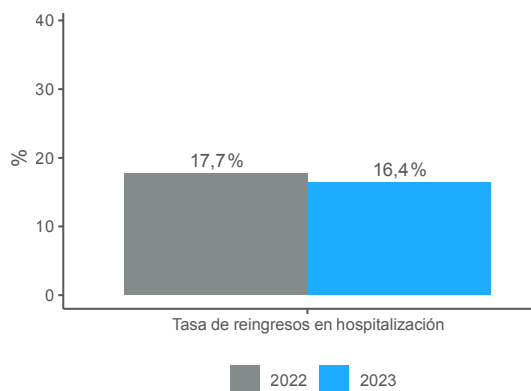


**FIGURA 70.** Variabilidad por centro de la estancia media en hospitalización en episodios de cáncer de pulmón. Centros incluidos: 98.

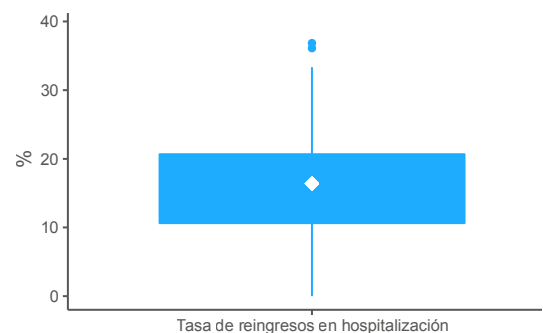
#### 3.5.4.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

Tal y como se comenta en el punto anterior, los pacientes con cáncer de pulmón se caracterizan por tener una alta complejidad y múltiples comorbilidades. Muchas veces su ingreso en el hospital suele deberse a un tratamiento agresivo que puede requerir una atención

hospitalaria adicional. Por esto, es probable que estos pacientes requieran reingresar al hospital con más asiduidad. Esto se ve reflejado en la tasa de reingresos obtenida del 16,4%, notablemente más alta que la de otros procesos oncológicos analizados (**Figuras 71 y 72**).



**FIGURA 71.** Comparativa de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de pulmón. Episodios analizados en el año 2023: 2.486.



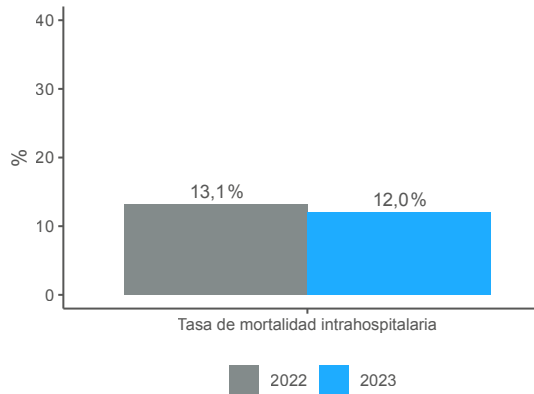
**FIGURA 72.** Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de pulmón. Centros incluidos: 96.



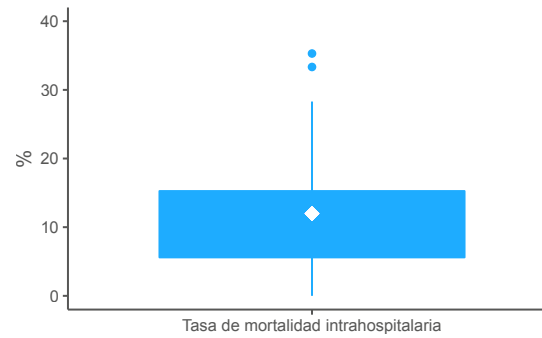
### 3.5.4.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

Uno de los indicadores más relevantes cuando se estudia a los pacientes con cáncer de pulmón es la tasa de mortalidad intrahospitalaria, ya que se trata de uno de los tumores más letales, tanto por su complejidad como por su detección en fases avanzadas.

La tasa de mortalidad intrahospitalaria en esta edición se sitúa en el 12,0 %, reduciéndose en un punto porcentual respecto a la tasa de la pasada edición (**Figuras 73 y 74**).



**FIGURA 73.** Comparativa de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de cáncer de pulmón. Episodios analizados en el año 2023: 3.113.



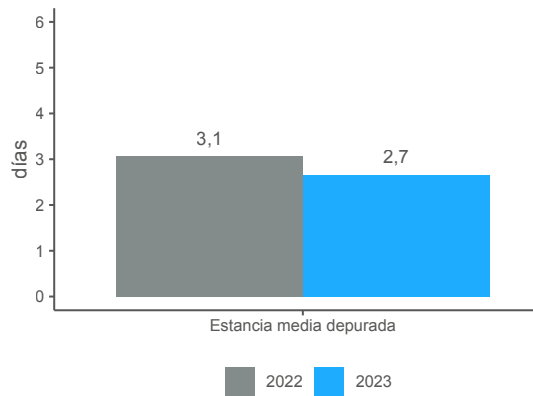
**FIGURA 74.** Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de cáncer de pulmón. Centros incluidos: 98.

### 3.5.5. Cáncer de próstata

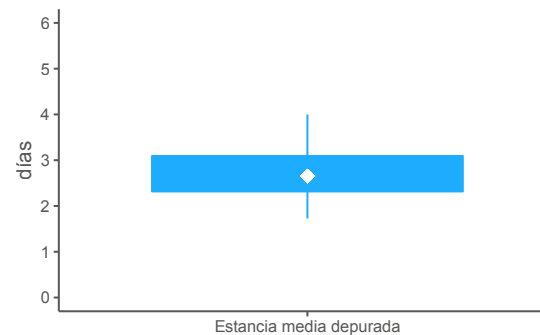
#### 3.5.5.1. Estancia media

De igual forma que las pacientes con cáncer de mama, los pacientes con cáncer de próstata son normalmente diagnosticados de forma temprana gracias a los programas de cribado y detección. Como consecuencia, los pacientes tienden a ser menos complejos y

comórbidos. Esto se ve plasmado en los 2,7 días de estancia media, unas décimas menos respecto a la obtenida en la edición anterior (**Figura 75**). La variabilidad por centro es baja, situándose entre los 2 y 4 días (**Figura 76**).



**FIGURA 75.** Comparativa de estancia media depurada en hospitalización en episodios de cáncer de próstata. Episodios analizados en el año 2023: 3.585.

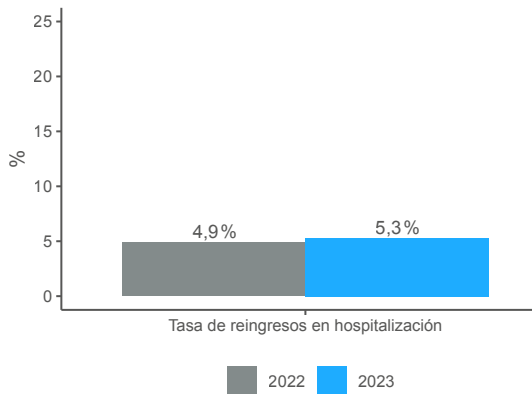


**FIGURA 76.** Variabilidad por centro de la estancia media en hospitalización en episodios de cáncer de próstata. Centros incluidos: 96.

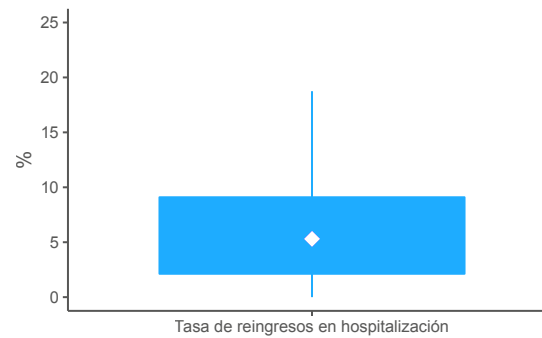
### 3.5.5.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

La tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta se sitúa de media en el 5,3 %, ligeramente superior al 4,9 % registrado en la edición anterior (**Figura 77**). Aunque existe

variabilidad por centro, el 75 % de los centros tienen una tasa de reingresos menor del 10 % (**Figura 78**).



**FIGURA 77.** Comparativa de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de próstata. Episodios analizados en el año 2023: 3.456.

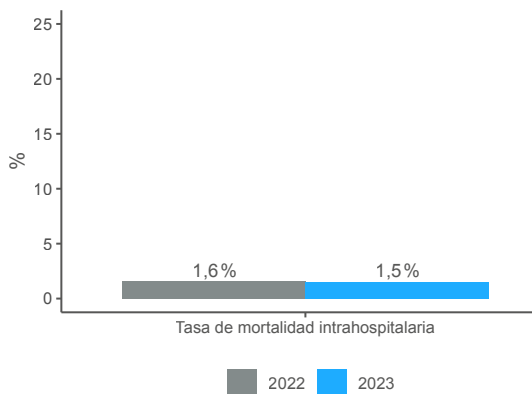


**FIGURA 78.** Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de próstata. Centros incluidos: 98.

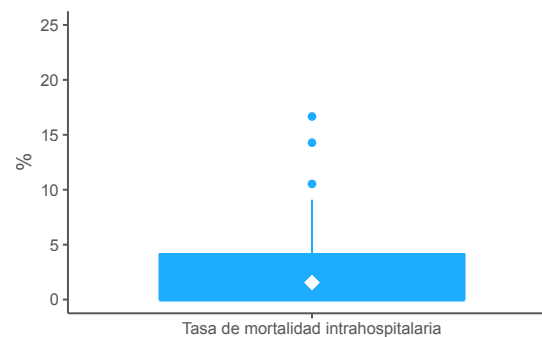
### 3.5.5.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

Se ha calculado la tasa de mortalidad intrahospitalaria de los pacientes que ingresan por cáncer de próstata, que está alrededor del 1,5 %, un resultado casi idéntico al de la edición pasada (**Figura 79**). El gráfico

de variabilidad muestra claramente cómo la mayoría de los hospitales tienen una tasa de mortalidad intrahospitalaria inferior al 5 % en este tipo de pacientes (**Figura 80**).



**FIGURA 79.** Comparativa de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de cáncer de próstata. Episodios analizados en el año 2023: 3.666.



**FIGURA 80.** Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de cáncer de próstata. Centros incluidos: 98.

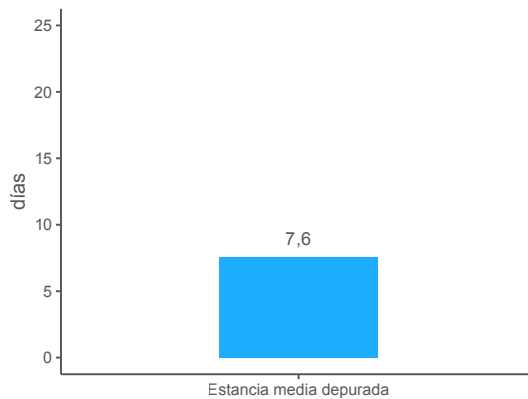
### 3.5.6. Cáncer de colon

#### 3.5.6.1. Estancia media

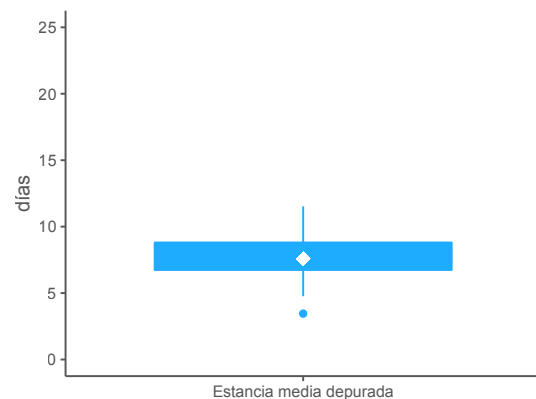
La estancia media de los pacientes de cáncer de colon es de 7,6 días (**Figura 81**). Se trata de una estancia algo más elevada que la observada en otros procesos clínicos, hecho que puede indicar la complejidad de los pacientes tratados y la necesidad de una atención médica especializada, así como la realización de

procedimientos quirúrgicos que puedan requerir rehabilitación y cuidados posteriores.

La variabilidad por centro no es muy amplia, ya que la mayoría de ellos se sitúan entre 5 y 10 días de estancia promedio, pudiendo llegar hasta los 15 días en algún hospital (**Figura 82**).



**FIGURA 81.** Estancia media depurada en episodios hospitalizados de cáncer de colon. Episodios analizados en el año 2023: 3.063.

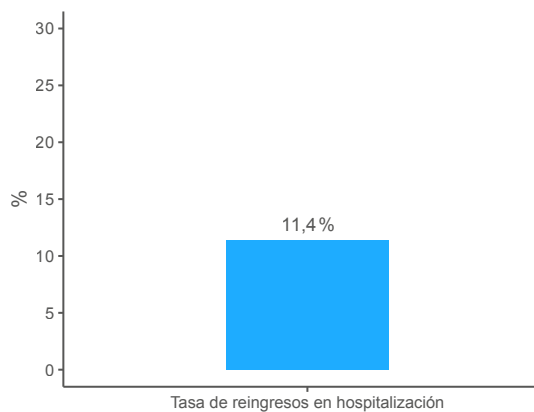


**FIGURA 82.** Variabilidad por centro de la estancia media depurada en episodios hospitalizados de cáncer de colon. Centros incluidos: 105.

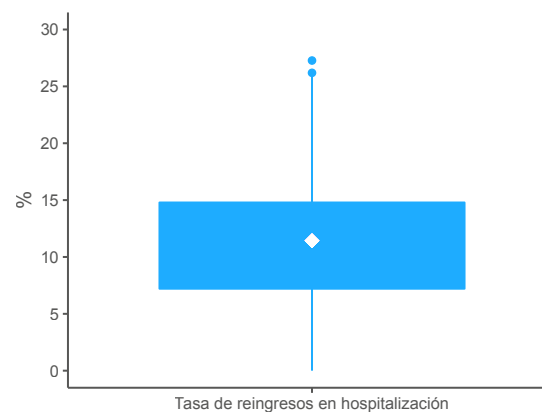
#### 3.5.6.2. Tasa de reingresos a los 30 días del alta

La tasa de reingresos a los 30 días del alta se sitúa en el 11,4 % (**Figuras 83 y 84**), resultado que sugiere una posible necesidad de atención

postoperatoria y seguimiento clínico más detallados para abordar las necesidades de este tipo de pacientes.



**FIGURA 83.** Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de colon. Episodios analizados en el año 2023: 2.716.

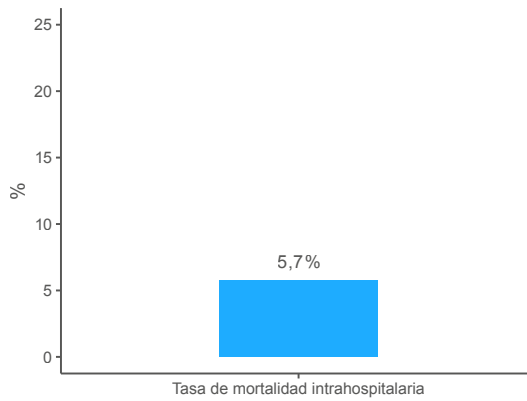


**FIGURA 84.** Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de cáncer de colon. Centros incluidos: 102.

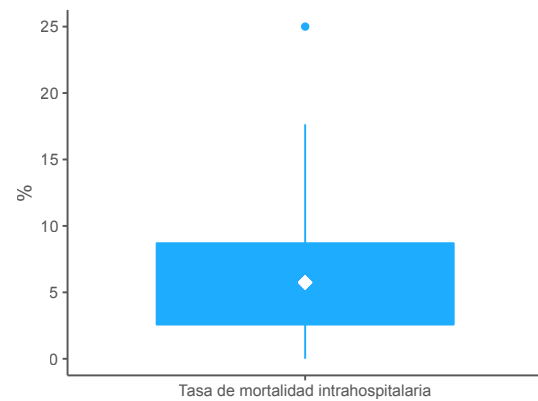
### 3.5.6.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

La tasa de mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con cáncer de colon es del 5,7% (**Figura 85**), con una amplia variabilidad por centro, con resultados que oscilan del 0 %

hasta el 17% (**Figura 86**), debida seguramente a las diferencias en la complejidad de los pacientes analizados, el estadio del tumor y la respuesta al tratamiento recibido.



**FIGURA 85.** Tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de cáncer de colon. Episodios analizados en el año 2023: 3.185.



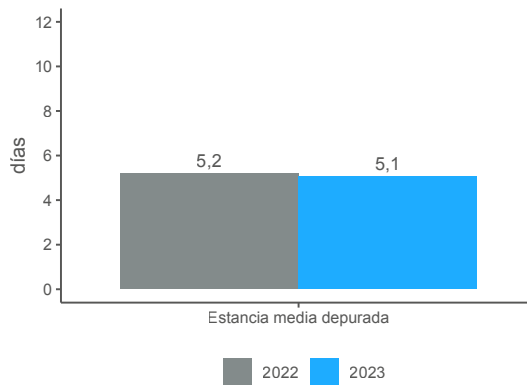
**FIGURA 86.** Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de cáncer de colon. Centros incluidos: 105.

### 3.5.7. Infarto agudo de miocardio

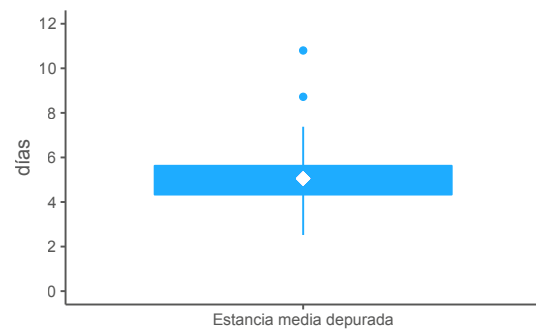
#### 3.5.7.1. Estancia media

La estancia media de los pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio es de 5,1 días, resultados casi idénticos a los obtenidos en la pasada edición (**Figura 87**). La variabilidad por centro, como se muestra en la **figura 88**, es considerable, con estancias

medias que oscilan entre los 3 y los 11 días de estancia promedio. Esta variabilidad puede atribuirse a la casuística y la complejidad de los pacientes tratados, ya que algunos de ellos requieren de una atención médica prolongada para prevenir posibles complicaciones.



**FIGURA 87.** Comparativa de la estancia media depurada en hospitalización en episodios de infarto agudo de miocardio. Episodios analizados en el año 2023: 3.527.

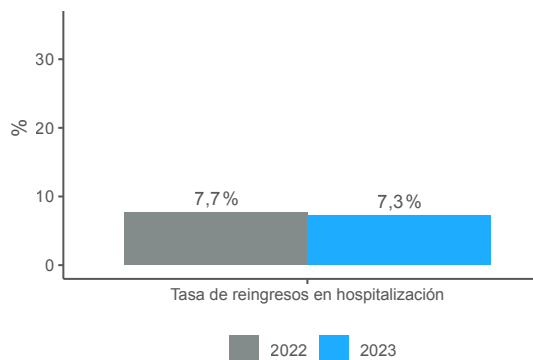


**FIGURA 88.** Variabilidad por centro de la estancia media en hospitalización en episodios de infarto agudo de miocardio. Centros incluidos: 101.

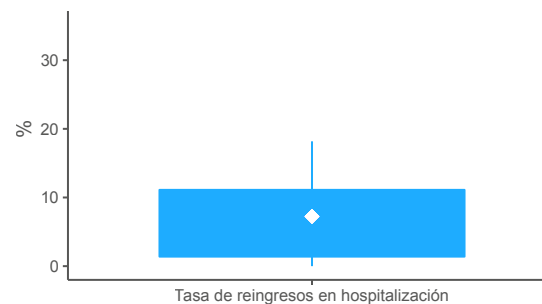
#### 3.5.7.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

En ocasiones, los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio necesitan ser readmitidos en el hospital dentro de los 30 días posteriores al alta, ya sea por complicaciones o dolencias relacionadas. El 7,3% de los pacientes

experimenta un reingreso en el hospital durante este periodo, ligeramente menor que el 7,7% observado en la edición anterior (**Figura 89**). En la mayoría de los hospitales la tasa de reingresos no supera el 10% (**Figura 90**).



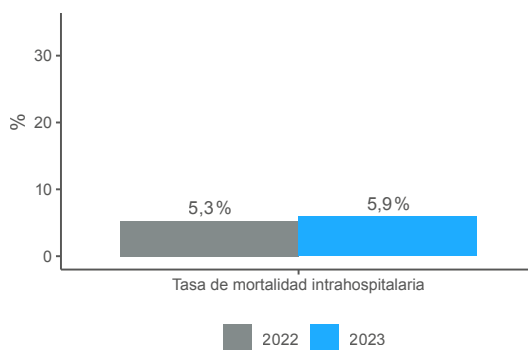
**FIGURA 89.** Comparativa de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de infarto agudo de miocardio. Episodios analizados en el año 2023: 2.930.



**FIGURA 90.** Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de infarto agudo de miocardio. Centros incluidos: 97.

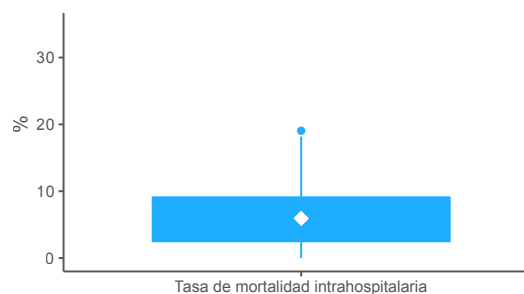
### 5.5.7.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

La tasa de mortalidad intrahospitalaria observada en los pacientes con infarto agudo de miocardio es del 5,9 %, un poco por encima del 5,3 % observado en la edición anterior (Figura 91). La tasa de mortalidad es muy



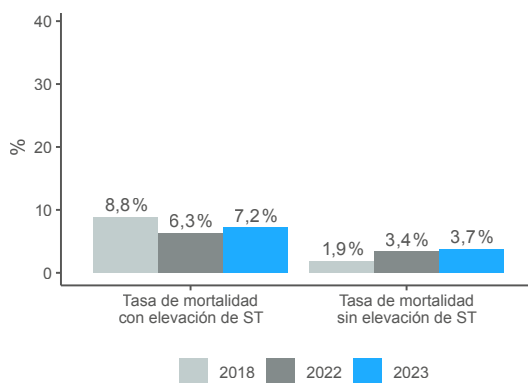
**FIGURA 91.** Comparativa de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de infarto agudo de miocardio. Episodios analizados en el año 2023: 3.669. (\*) Indicador comparable al de los observatorios.

variable entre centros, debido seguramente a las diferencias en la casuística de los pacientes atendidos, y fluctúa entre el 0 % y el 20 %, aunque no supera el 10 % en la mayoría de los centros (Figura 92).



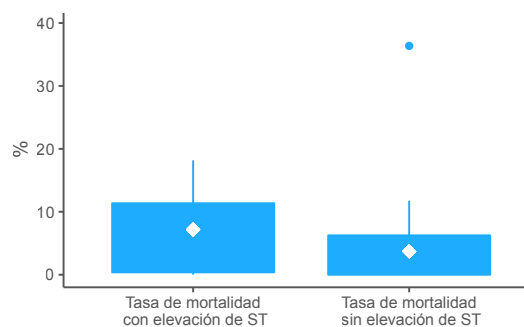
**FIGURA 92.** Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de infarto agudo de miocardio. Centros incluidos: 102.

La mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio puede desglosarse en función de la **presencia o ausencia de elevación del segmento ST**. La mortalidad en el infarto con elevación del segmento ST es del 7,2 %, el doble que la tasa de mortalidad en el infarto sin elevación del segmento ST. Ambos resultados han aumentado en comparación con la edición anterior, en la que se observó una tasa del 6,3 % y 3,4 %, respectivamente (Figura 93).



**FIGURA 93.** Comparativa de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de infarto agudo de miocardio con/sin elevación del segmento ST. Episodios analizados en el año 2023: 1.520 y 1.885, respectivamente.

La variabilidad por centro es mucho mayor en los pacientes con infarto con elevación del ST, con un 75 % de los centros presentando una tasa de mortalidad superior al 10 %. En cambio, en los pacientes sin elevación del ST la mayoría de los hospitales registra una tasa de mortalidad media de alrededor del 5 % (Figura 94).



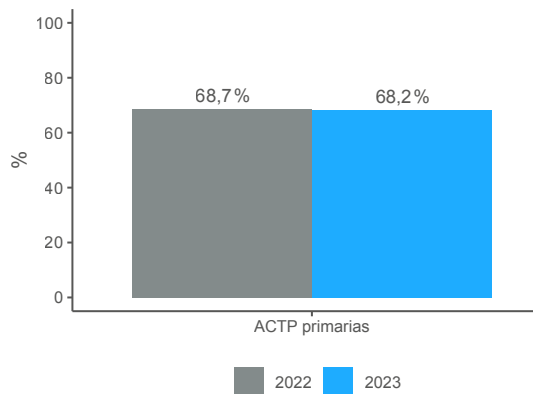
**FIGURA 94.** Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de infarto agudo de miocardio con/sin elevación del segmento ST. Centros incluidos: 89 y 94, respectivamente.

### 3.5.7.4. Tasa de angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria

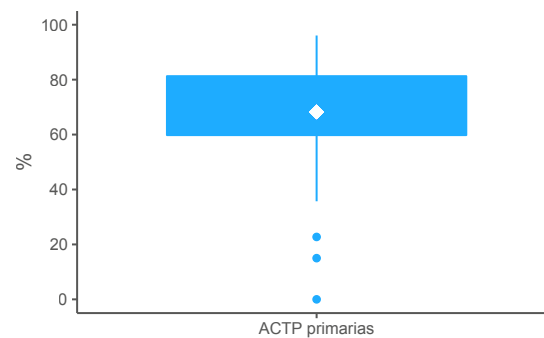
En los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST se recomienda, siempre que la casuística del paciente lo permita, aplicar una angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria como terapia de restauración del flujo coronario, ya que este tipo de terapia ha demostrado reducir el riesgo de complicaciones y de mortalidad.

En línea con esto, la tasa de infartos con elevación del segmento ST a los que se les ha practicado una ACTP primaria es del 68,2 %, cifra muy parecida al 68,7 % de la edición anterior (**Figura 95**).

La **figura 96** muestra la amplia variabilidad entre los hospitales, aunque la mayoría de ellos la realizan en un 60-80 % de los casos.



**FIGURA 95.** Comparativa de la tasa de ACTP primaria en episodios de infarto agudo de miocardio. Episodios analizados en el año 2023: 1.763.



**FIGURA 96.** Variabilidad por centro de la tasa de ACTP primaria en episodios de infarto agudo de miocardio. Centros incluidos: 97.



### 3.5.8. Hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico

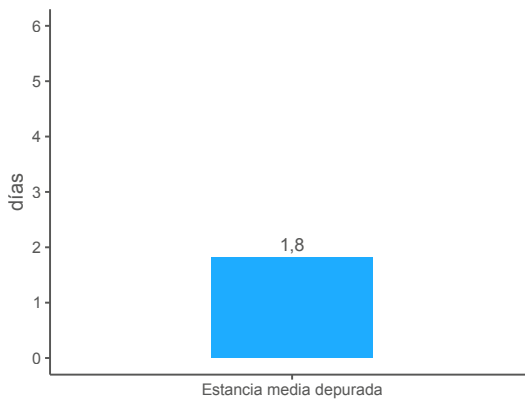
#### 3.5.8.1. Estancia media

La hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico es un proceso clínico incluido como novedad en esta edición. Por ende, no se dispone de datos comparativos con la edición anterior.

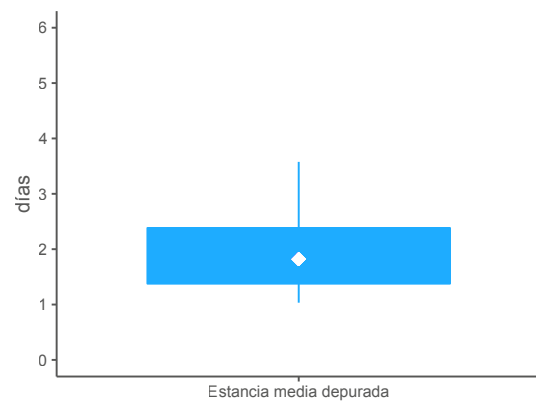
Los pacientes que acuden al hospital con hipertrofia benigna de próstata para recibir tratamiento quirúrgico suelen someterse a resecciones transuretrales de la próstata, prostatectomías, ablaciones o enucleaciones

prostáticas. Aunque la complejidad del paciente es un factor para tener en cuenta, en la mayoría de los casos se trata de procedimientos relativamente poco invasivos que requieren de una estancia hospitalaria corta. Esto se refleja en la estancia media de 1,8 días (**Figura 97**).

La variabilidad por centro muestra que la mayoría de los episodios están hospitalizados entre 1,5 y 2,5 días, siendo poco frecuente una duración de más de 3 días (**Figura 98**).



**FIGURA 97.** Estancia media depurada en hospitalización de los episodios de hipertrofia benigna de próstata. Episodios analizados en el año 2023: 8.953.

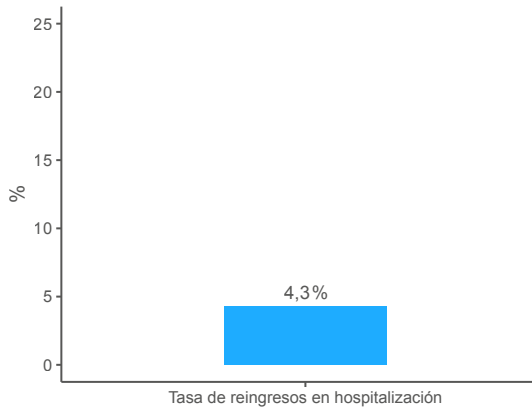


**FIGURA 98.** Variabilidad por centro de la estancia media en hospitalización de los episodios de hipertrofia benigna de próstata. Centros incluidos: 105.

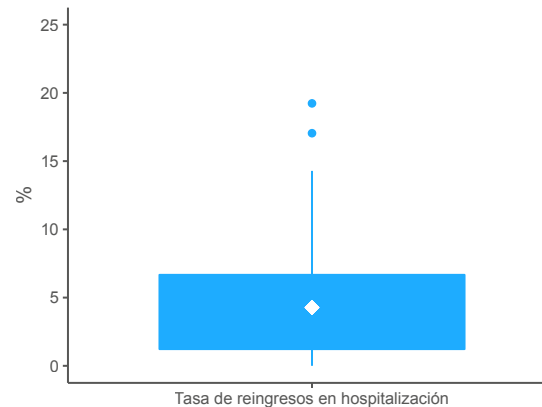
### 3.5.8.2. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

La tasa de reingresos al hospital a los 30 días del alta del episodio quirúrgico previo es del 4,3 % (Figura 99). Aunque existe variabilidad

entre los centros, se observa que la mayoría no tienen tasas de reingresos superiores al 7 % (Figura 100).



**FIGURA 99.** Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de hipertrofia benigna de próstata. Episodios analizados en el año 2023: 8.555.

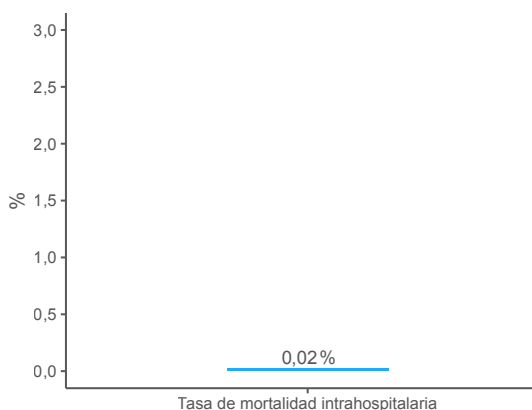


**FIGURA 100.** Variabilidad por centro de la tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en episodios de hipertrofia benigna de próstata. Centros incluidos: 106.

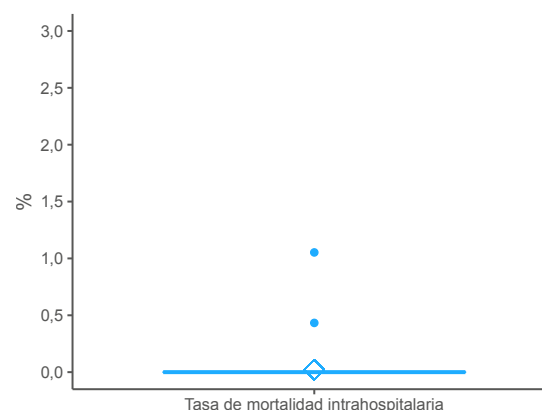
### 3.5.8.3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria

La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con hipertrofia benigna de próstata es prácticamente nula, con un 0,02 % (Figura 101).

La mayoría de los hospitales registran unas tasas de mortalidad igual al 0 % (Figura 102).



**FIGURA 101.** Tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de hipertrofia benigna de próstata. Episodios analizados en el año 2023: 9.308.



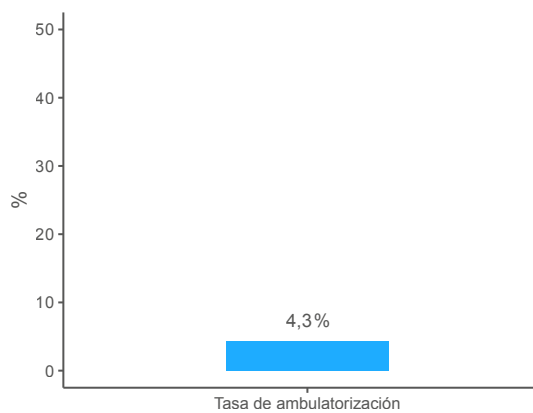
**FIGURA 102.** Variabilidad por centro de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en episodios de hipertrofia benigna de próstata. Centros incluidos: 106.

### 3.5.8.4. Tasa de ambulatorización

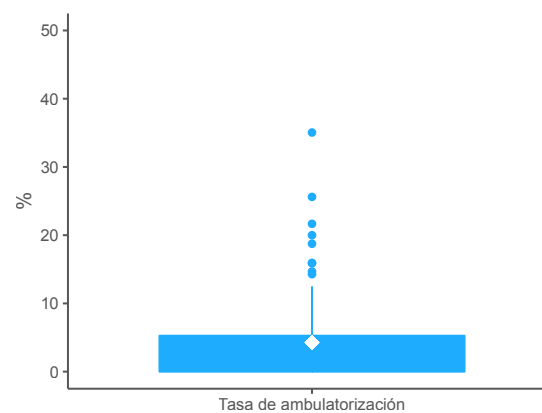
La proporción de pacientes con hipertrofia benigna de próstata que han recibido un procedimiento quirúrgico de manera ambulatoria es del 4,3% (**Figura 103**). Esta tasa es un indicador clave que refleja la preferencia y la viabilidad de los tratamientos ambulatorios para esta afección.

Cabe destacar que, si bien algunos centros ambulatorizan hasta un 35% de estos

pacientes, la mayoría no supera el 5% de sus pacientes (**Figura 104**). Este análisis detallado de la tasa de ambulatorización puede proporcionar información valiosa sobre las prácticas clínicas y las preferencias de tratamiento para la hipertrofia benigna de próstata en diferentes entornos hospitalarios.



**FIGURA 103.** Tasa de ambulatorización en episodios de hipertrofia benigna de próstata. Episodios analizados en el año 2023: 9.557.



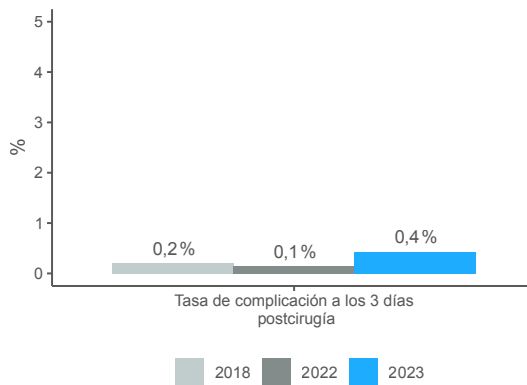
**FIGURA 104.** Variabilidad por centro de la tasa de ambulatorización en episodios de hipertrofia benigna de próstata. Centros incluidos: 108.

### 3.5.9. Cataratas

#### 3.5.9.1. Tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía

El proceso clínico de cataratas se distingue de los demás procesos analizados porque es el único en el que se calcula un solo indicador específico: la tasa de complicaciones, que estudia el porcentaje de pacientes que necesitan

volver al hospital a causa de una complicación relacionada con la cirugía de cataratas en los 3 días posteriores al alta. En esta edición la tasa es del 0,4 %, algo más alta que en las pasadas ediciones del estudio (**Figuras 105 y 106**).



**FIGURA 105.** Comparativa de la tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas. Episodios analizados en el año 2023: 82.634.



**FIGURA 106.** Variabilidad por centro de la tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas. Centros incluidos: 107.

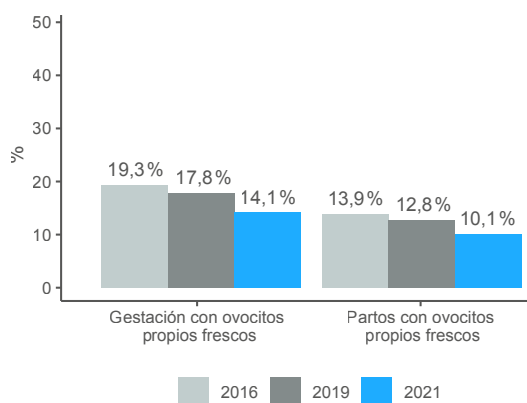
### 3.6. Indicadores de fertilidad

La Sociedad Española de Fertilidad (SEF) proporciona los indicadores globales para los centros privados de fertilidad, en este caso con datos del año 2021. Estos indicadores miden, por tipo de procedimiento, el porcentaje de gestaciones y el de partos por el número de ciclos de tratamiento realizado.

Se incluyen un total de 334 centros de reproducción asistida de nuestro país, un 7 % más que en la pasada edición del Estudio RESA.

#### 3.6.1. Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos

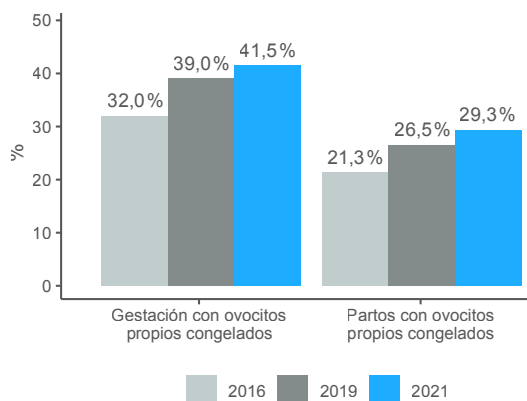
De los 46.224 ciclos evaluados, un 14,1 % de ellos resultó en una gestación y un 10,1 % acabó resultando en un parto (**Figura 107**). Estos resultados muestran la constante tendencia a la baja en las gestaciones y partos resultantes en los tratamientos con ovocitos frescos. Posiblemente debido al progresivo aumento de la edad de las mujeres que deciden comenzar un proceso de fertilidad con ovocitos propios frescos.



**FIGURA 107.** Comparativa de la tasa de gestaciones y partos del total de ciclos realizados con ovocitos propios frescos. Episodios analizados en el año 2023: 46.224.

#### 3.6.2. Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados

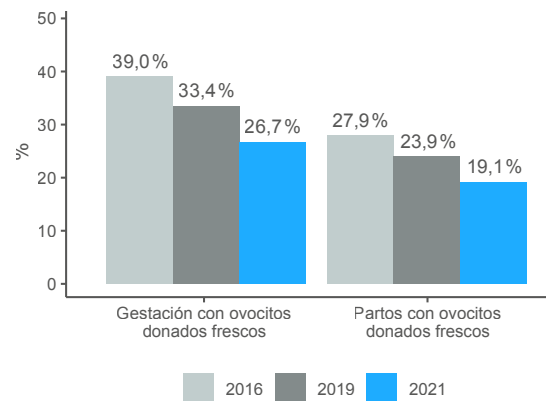
En la tasa de gestaciones y partos con ovocitos propios congelados se observa una tendencia claramente opuesta a la de los ovocitos propios frescos, en este caso al alza. De los 37.310 ciclos realizados, un 41,5 % resultó en un proceso gestacional, que supone un 6,4 % más que el año anterior. Y de estos, un 29,3 % acabó resultando en un parto, respecto al 26,5 % de la pasada edición del estudio (**Figura 108**). Posiblemente esto se debe al aumento de la tasa de éxito en estos procesos, ya que se utilizan ovocitos que fueron congelados a una edad más temprana.



**FIGURA 108.** Comparativa de la tasa de gestaciones y partos del total de ciclos realizados con ovocitos propios congelados. Episodios analizados en el año 2023: 37.310.

### 3.6.3. Gestaciones y partos con ovocitos donados frescos

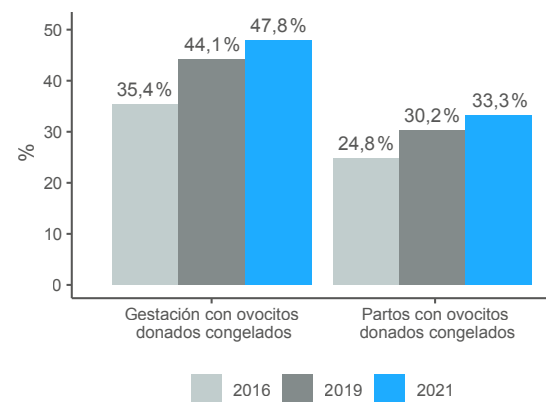
De los 13.287 ciclos realizados en los 334 centros analizados, un 26,7% resultó en una gestación y un 19,1% resultó en parto. La **figura 109** muestra el decrecimiento año tras año de estas tasas, posiblemente debido a los mismos motivos que en las gestaciones y los partos resultantes de los tratamientos con ovocitos propios frescos.



**FIGURA 109.** Comparativa de la tasa de gestaciones y partos del total de ciclos realizados con ovocitos donados frescos. Episodios analizados en el año 2023: 13.287.

### 3.6.4. Gestaciones y partos con ovocitos donados congelados

De los 15.096 ciclos realizados, un 47,8% resultó en una gestación y un 33,3% resultó en un parto (**Figura 110**). En este caso la tendencia observada es claramente creciente, como posible consecuencia del retraso de la edad de la maternidad y del aumento en la criopreservación de ovocitos a una edad más temprana.



**FIGURA 110.** Comparativa de la tasa de gestaciones y partos del total de ciclos realizados con ovocitos donados congelados. Episodios analizados en el año 2023: 15.096.

### 3.7. Indicadores de diálisis

Es el sexto año que el Estudio RESA incorpora indicadores fundamentales sobre la calidad asistencial para pacientes en hemodiálisis en el ámbito de la sanidad privada. Como novedad en esta edición, se ha llevado a cabo

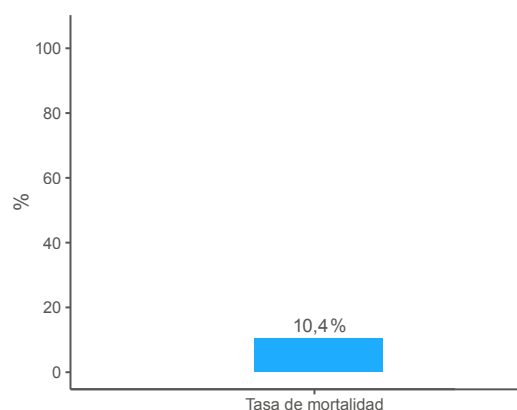
una revisión y adaptación de la metodología utilizada (véase el **anexo II**). Por consiguiente, no se realizará una comparativa con los resultados de ediciones anteriores, dado que los resultados obtenidos no son comparables.

#### 3.7.1. Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis

La hemodiálisis es un tratamiento fundamental en los pacientes con enfermedad renal crónica.

Aunque es importante considerar que los pacientes con enfermedad renal crónica pueden fallecer por causas distintas a esta enfermedad, ya que suelen caracterizarse por desarrollar múltiples comorbilidades, el análisis de la tasa de mortalidad sigue siendo un indicador relevante de la calidad asistencial.

En este caso, el 10,4 % de los pacientes tratados en hemodiálisis ha fallecido durante el periodo de estudio (**Figura 111**).

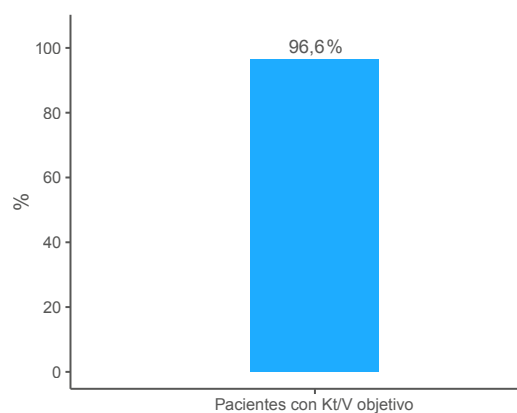


**FIGURA 111.** Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis. Pacientes analizados en el año 2023: 5.984.

#### 3.7.2. Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo

El Kt/V es una medida utilizada para evaluar la eficacia de la diálisis en pacientes con enfermedad renal crónica, que tiene en cuenta el aclaramiento de la urea (K) durante el tiempo de diálisis (t) y el volumen de distribución de la urea (V). Este indicador permite medir la dosis de diálisis administrada al paciente, estrechamente relacionada con la calidad de vida y supervivencia de este.

Según la Sociedad Española de Nefrología (SEN), la supervivencia del paciente mejora cuando el Kt/V es igual o mayor a 1,3, por lo que esta medida se considera el Kt/V objetivo. Según su estándar, al menos el 80 % de los pacientes deberían superar el valor objetivo. En el ámbito de la sanidad privada, el 96,6 % de los pacientes cumplen el Kt/V objetivo, prácticamente la totalidad de los pacientes atendidos (**Figura 112**), superando considerablemente, el estándar marcado por la SEN.



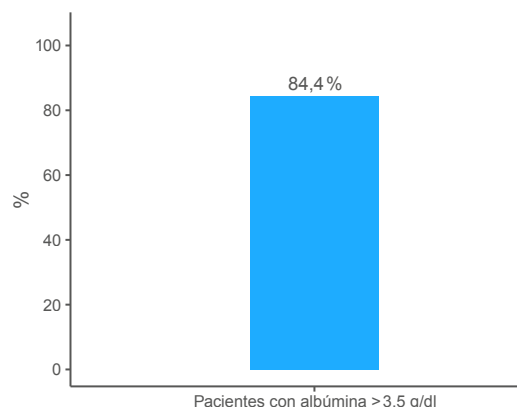
**FIGURA 112.** Tasa de pacientes con Kt/V objetivo. Pacientes analizados en el año 2023: 3.917.

### 3.7.3. Porcentaje de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl

La medición de la albúmina sérica es otro de los indicadores clave para evaluar la salud renal y la condición de los pacientes tratados en hemodiálisis. La albúmina es una proteína que se encuentra en la sangre, y que cumple una serie de funciones vitales como el mantenimiento de la presión oncótica del plasma, el transporte de hormonas y metabolitos y la regulación del equilibrio ácido-base. Un nivel bajo de albúmina puede ser indicativo de desnutrición, inflamación crónica y daño renal.

La SEN establece que, al menos, el 80 % de los pacientes en diálisis deberían presentar una concentración de albúmina en sangre igual o superior a 3,5 g/dl.

Según los resultados obtenidos, el 84,4 % de los pacientes tienen una concentración de albúmina superior a la marcada por la SEN (**Figura 113**).



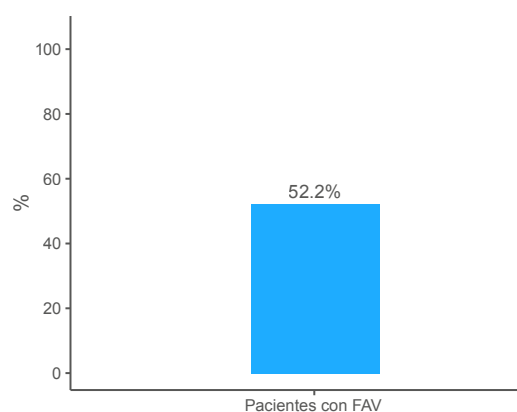
**FIGURA 113.** Tasa de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl. Pacientes analizados en el año 2023: 3.917.

### 3.7.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga

La fístula arteriovenosa (FAV) autóloga es considerada el mejor acceso vascular para la diálisis debido a su durabilidad y menor riesgo de complicaciones en comparación con otras formas de acceso para el tratamiento.

Según el estándar de calidad de la SEN, al menos el 75 % de los pacientes tratados en diálisis deberían tener la FAV autóloga como primer acceso vascular.

En este caso, tan solo el 52,2 % la tienen (**Figura 114**). Este porcentaje más bajo puede ser atribuible, en parte, al aumento en la edad media de los pacientes que reciben el tratamiento, ya que puede estar correlacionado con un mayor deterioro vascular que dificulta el acceso a través de la FAV.



**FIGURA 114.** Tasa de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga. Pacientes analizados en el año 2023: 4.027.



**04**

# CONCLUSIONES



Tras el análisis exhaustivo de más de 100 indicadores, se confirma la capacidad de la sanidad privada para mantener niveles de excelencia en áreas clave como la accesibilidad, la eficiencia, la resolución asistencial, la calidad y la seguridad, siendo además un socio estratégico para el desarrollo de un sistema de salud integral y eficaz.

Los resultados revelan que, a pesar del significativo aumento en el número de pacientes atendidos, la accesibilidad en la sanidad privada sigue siendo excepcional, lo que resalta la resiliencia y capacidad de adaptación de este sector. Asimismo, los hallazgos reflejan la agilidad e innovación de los hospitales privados, que demuestran una notable capacidad para ajustarse a las cambiantes necesidades de los pacientes: la adopción de nuevas tecnologías para mejorar los resultados asistenciales y la

implementación de modalidades de consulta más eficientes, que reducen los tiempos de espera, ejemplifican esta capacidad de adaptación.

Según la serie histórica que presenta el informe, se observa además una mejora significativa en los resultados, situando los indicadores en niveles similares a los de la etapa prepandemia, y un incremento en la aportación de datos, lo que configura una representatividad sólida del sector privado.

En resumen, estos resultados ponen de manifiesto el compromiso inquebrantable de la sanidad privada por la mejora continua, la transparencia, la calidad y la seguridad, reafirmando su papel fundamental en el sistema de salud y como agente imprescindible para garantizar su sostenibilidad.

**05**

# **ANEXOS**



## Anexo I. Definición de procesos clínicos

### I.1. Fractura de cadera

Para la definición de fractura de cadera se seleccionan aquellos episodios que tienen el diagnóstico S72.\*<sup>1</sup> (Fractura de fémur) en posición principal y alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- OQH6\*, OQH7\*: Inserción en extremo proximal del fémur.
- OQH8\*, OQH9\*: Inserción en diáfisis femoral.
- OQHB\*, OQHC\*: Inserción en extremo distal del fémur.
- OQS6\*, OQS7\*: Reposición de extremo proximal del fémur.
- OQS8\*, OQS9\*: Reposición de diáfisis femoral.
- OQSB\*, OQSC\*: Reposición de extremo distal del fémur.
- OSR9\*, OSRB\*: Sustitución de articulación de cadera.
- OSRA\*, OSRE\*: Sustitución de articulación de cadera, superficie acetabular.
- OSRR\*, OSRS\*: Sustitución de articulación de cadera, superficie femoral.

#### I.1.1. Fractura de cadera pertrocanterea

Para la definición de fractura de cadera pertrocanterea se seleccionan aquellos episodios que tienen el diagnóstico S72.1\* (Fractura pertrocanterea) en posición principal y alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- OQH6\*, OQH7\*: Inserción en extremo proximal del fémur.
- OQH8\*, OQH9\*: Inserción en diáfisis femoral.
- OQHB\*, OQHC\*: Inserción en extremo distal del fémur.
- OQS6\*, OQS7\*: Reposición de extremo proximal del fémur.
- OQS8\*, OQS9\*: Reposición de diáfisis femoral.
- OQSB\*, OQSC\*: Reposición de extremo distal del fémur.
- OSR9\*, OSRB\*: Sustitución de articulación de cadera.
- OSRA\*, OSRE\*: Sustitución de articulación de cadera, superficie acetabular.
- OSRR\*, OSRS\*: Sustitución de articulación de cadera, superficie femoral.

<sup>1</sup>El asterisco (\*) en el código diagnóstico o de procedimiento indica que se seleccionan todas las subcategorías de dicho código.

## I.1.2. Fractura de cuello de fémur

Para la definición de fractura de cuello de fémur se seleccionan aquellos episodios que tienen el diagnóstico S72.0\* (Fractura de cabeza y cuello de fémur) en posición principal y alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- OQH6\*, OQH7\*: Inserción en extremo proximal del fémur.
- OQH8\*, OQH9\*: Inserción en diáfisis femoral.
- OQHB\*, OQHC\*: Inserción en extremo distal del fémur.
- OQ56\*, OQ57\*: Reposición de extremo proximal del fémur.
- OQS8\*, OQS9\*: Reposición de diáfisis femoral.
- OQSB\*, OQSC\*: Reposición de extremo distal del fémur.
- OSR9\*, OSRB\*: Sustitución de articulación de cadera.
- OSRA\*, OSRE\*: Sustitución de articulación de cadera, superficie acetabular.
- OSRR\*, OSRS\*: Sustitución de articulación de cadera, superficie femoral.

## I.1.3. Fractura de cadera con prótesis sintética

Para la definición de fractura de cadera con prótesis sintética se seleccionan aquellos episodios que tienen el diagnóstico S72.\* (Fractura de fémur) en posición principal y alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- OSR9\*, OSRB\*: Sustitución de articulación de cadera.
- OSRA\*, OSRE\*: Sustitución de articulación de cadera, superficie acetabular.
- OSRR\*, OSRS\*: Sustitución de articulación de cadera, superficie femoral.

En el listado anterior se excluyen los procedimientos en los que la sustitución se hace con tejido, ya sea autólogo o no autólogo.

## I.1.4. Fractura de cadera sin prótesis sintética

Para la definición de fractura de cadera sin prótesis sintética se seleccionan aquellos episodios que tienen el diagnóstico S72.\* (Fractura de fémur) en posición principal y alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- OQH6\*, OQH7\*: Inserción en extremo proximal del fémur.
- OQH8\*, OQH9\*: Inserción en diáfisis femoral.
- OQHB\*, OQHC\*: Inserción en extremo distal del fémur.
- OQ56\*, OQ57\*: Reposición de extremo proximal del fémur.
- OQS8\*, OQS9\*: Reposición de diáfisis femoral.
- OQSB\*, OQSC\*: Reposición de extremo distal del fémur.
- OSR9\*, OSRB\*: Sustitución de articulación de cadera (únicamente los procedimientos con sustituto de tejido).
- OSRA\*, OSRE\*: Sustitución de articulación de cadera, superficie acetabular (únicamente los procedimientos con sustituto de tejido).
- OSRR\*, OSRS\*: Sustitución de articulación de cadera, superficie femoral (únicamente los procedimientos con sustituto de tejido).

## I.2. Partos

En la definición de parto se seleccionan los episodios según su grupo de diagnósticos relacionados (GRD), basándose en el agrupador MS-GRD v38.0:

- 768: Parto vaginal con procedimiento quirúrgico excepto dilatación o legrado y/o esterilización.
- 783, 784, 785: Cesárea con esterilización.
- 786, 787, 788: Cesárea sin esterilización.
- 796, 797, 798: Parto vaginal con esterilización, dilatación o legrado.
- 805, 806, 807: Parto vaginal sin esterilización, dilatación o legrado.

### I.2.1. Cesáreas

En la definición de cesáreas se seleccionan los episodios según su grupo de diagnósticos relacionados (GRD), basándose en agrupador MS-GRD v38.0:

- 783, 784, 785: Cesárea con esterilización.
- 786, 787, 788: Cesárea sin esterilización.

### I.2.2. Parto de bajo riesgo

Para la definición de parto de bajo riesgo se seleccionan aquellos episodios de parto en los que la edad de la gestante es menor de 35 años o que no tienen ninguno de los siguientes códigos diagnósticos:

- Complicaciones del embarazo: 012.01, 012.02, 012.03, 012.04, 012.14, 012.21, 012.22, 012.23, 012.24, 016.01, 023.41, 023.42, 023.43, 023.91, 023.92, 023.93, 026.02, 026.03, 026.11, 026.12, 026.13, 026.21, 026.22, 026.23, 026.41, 026.42, 026.43, 026.611, 026.612, 026.613, 026.62, 026.811, 026.812, 026.813, 026.821, 026.822, 026.823, 026.831, 026.832, 026.833, 026.891, 026.892, 026.893, 031.01X0, 031.02X0, 031.03X0, 099.89.
- Desproporción pelvi-fetal: 033.0, 033.1, 033.2, 033.3XX0, 033.4XX0, 033.5XX0, 033.6XX0, 033.7XX1, 033.7XX2, 033.7XX3, 033.7XX4, 033.7XX5, 033.7XX9, 033.8, 033.9.
- Embarazo múltiple: 030.001, 030.002, 030.003, 030.013, 030.033, 030.043, 030.101, 030.102, 030.103, 030.201, 030.202, 030.203, 030.801, 030.802, 030.803, 030.91, 030.92, 030.93, 031.11X0, 031.31X0, 031.32X0, 031.33X0, 031.8X10, 031.8X20, 031.8X30.
- Embarazo postérmino: 048.1.
- Embarazo pretérmino: 060.12X0, 060.13X0, 060.14X0.
- Enfermedades infecciosas y parasitarias: 098.011, 098.012, 098.013, 098.02, 098.111, 098.112, 098.113, 098.12, 098.211, 098.212, 098.213, 098.22, 098.311, 098.312, 098.313, 098.32, 098.413, 098.42, 098.513, 098.52, 098.62, 098.72, 098.811, 098.812, 098.813, 098.82, 098.911, 098.912, 098.913, 098.92, 099.820, 099.824, 099.830, 099.834, 099.891, 099.892, 099.893.
- Fiebre materna: 075.2.
- Hemorragia anteparto, desprendimiento de placenta y placenta previa: 044.01, 044.02, 044.03, 044.11, 044.12, 044.13, 044.21, 044.22, 044.23, 044.31, 044.32, 044.33, 044.41, 044.42, 044.43, 044.51, 044.52, 044.53, 045.001, 045.002, 045.003, 045.011, 045.012, 045.013, 045.021, 045.022, 045.023, 045.091, 045.092, 045.093, 045.8X1, 045.8X2, 045.8X3, 045.91, 045.92, 045.93, 046.001, 046.002, 046.003, 046.011, 046.012, 046.013, 046.021, 046.022, 046.023, 046.091, 046.092, 046.093, 046.8X1, 046.8X2, 046.8X3, 046.91, 046.92, 046.93, 067.0, 067.8, 067.9.
- Hemorragias en fase temprana del embarazo: 020.0, 020.8, 020.9.

- Hipertensión arterial: 010.011, 010.012, 010.013, 010.02, 010.111, 010.112, 010.113, 010.12, 010.211, 010.212, 010.213, 010.22, 010.311, 010.312, 010.313, 010.32, 010.411, 010.412, 010.413, 010.42, 010.911, 010.912, 010.913, 010.92, 011.1, 011.2, 011.3, 011.4, 013.1, 013.2, 013.3, 013.4, 014.02, 014.03, 014.04, 014.12, 014.13, 014.14, 014.22, 014.23, 014.24, 014.92, 014.93, 014.94, 015.02, 015.03, 015.1, 016.1, 016.2, 016.3, 016.4.
- Otras enfermedades de la madre: 024.013, 024.02, 024.12, 024.32, 024.410, 024.414, 024.419, 024.420, 024.424, 024.425, 024.429, 024.82, 024.911, 024.912, 024.913, 024.92, 025.2, 099.011, 099.012, 099.013, 099.02, 099.281, 099.282, 099.283, 099.284, 099.321, 099.322, 099.323, 099.324, 099.341, 099.342, 099.343, 099.344, 099.411, 099.4111, 099.412, 099.413, 099.42, 099.810, 099.814.
- Parto obstruido: 064.0XX0, 064.0XX0, 064.0XX1, 064.0XX2, 064.0XX9, 064.1XX0, 064.1XX1, 064.1XX2, 064.1XX3, 064.2XX0, 064.3XX0, 064.4XX0, 064.5XX0, 064.8XX0, 064.8XX1, 064.8XX2, 064.9XX0, 064.9XX1, 065.4, 065.5, 066.0, 066.1, 066.40, 066.5, 066.8, 066.9.
- Presentación anómala del feto: 032.0XX0, 032.1XX0, 032.1XX1, 032.1XX2, 032.1XX9, 032.2XX0, 032.2XX1, 032.2XX2, 032.2XX9, 032.3XX0, 032.3XX1, 032.4XX0, 032.4XX1, 032.6XX0, 032.8XX0, 032.8XX1, 032.8XX2, 032.8XX9, 032.9XX0, 032.9XX1.
- Septicemia: 075.3.
- Vómitos en embarazo (se excluye la hiperémesis gravídica leve): 021.1, 021.2, 021.8.

### I.2.3. Cesáreas previas

Para la definición de cesárea previa se seleccionan los episodios que tienen en posición diagnóstica secundaria alguno de los siguientes diagnósticos:

- 034.211: Atención materna por cicatriz transversal baja de cesárea anterior.
- 034.212: Atención materna por cicatriz vertical de cesárea anterior.
- 034.219: Atención materna por cicatriz de tipo no especificado de cesárea anterior.
- 034.29: Atención materna por cicatriz uterina por otra cirugía anterior.

### I.2.4. Parto vaginal

En la definición de falso trabajo de parto se seleccionan los episodios según su grupo de diagnósticos relacionados (GRD), basándose en el agrupador MS-GRD v38.0:

- 768: Parto vaginal con procedimiento quirúrgico excepto dilatación o legrado y/o esterilización.
- 796, 797, 798: Parto vaginal con esterilización, dilatación o legrado.
- 805, 806, 807: Parto vaginal sin esterilización, dilatación o legrado.

### I.2.5. Falso trabajo de parto

En la definición de falso trabajo de parto se seleccionan los episodios según su grupo de diagnósticos relacionados (GRD), basándose en el agrupador MS-GRD v38.0:

- 817, 818, 819: Otros diagnósticos anteparto con procedimiento quirúrgico.
- 831, 832, 833: Otros diagnósticos anteparto sin procedimiento quirúrgico.

### I.3. Cáncer de mama

Para la definición de cáncer de mama se seleccionan aquellos episodios que tienen alguno de los siguientes diagnósticos:

- C50.\*: Neoplasia maligna de mama.
- D05.\*: Carcinoma *in situ* de mama.

En el caso de que los diagnósticos mencionados estén en posición secundaria, el episodio debe tener en primera posición un diagnóstico de neoplasia maligna secundaria, que puede ser:

- C77.\*: Neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos.
- C78.\*: Neoplasia maligna secundaria de órganos respiratorios y digestivos.

- C79.\*: Neoplasia maligna secundaria de otras localizaciones y las no especificadas.
- C80.\*: Neoplasia maligna de localización no especificada.

Tras la selección de episodios por diagnóstico, se aplican las siguientes exclusiones:

- Episodios paliativos (Z51.5) o con servicio de alta 331 (Unidad de cuidados paliativos).
- Episodios englobados en categoría diagnóstica mayor (CDM) 19 (Trastornos mentales) o 20 (Alcohol y drogas).
- Episodios que no ingresan en el hospital, es decir, con circunstancia de admisión 5 (Hospital de día) o 7 (Hospitalización a domicilio).

### I.4. Cáncer de pulmón

Para la definición de cáncer de pulmón se seleccionan aquellos episodios que tienen alguno de los siguientes diagnósticos:

- C34.\*: Neoplasia maligna de bronquio y pulmón.
- D02.2\*: Carcinoma *in situ* de bronquio y pulmón.

En el caso de que los diagnósticos mencionados estén en posición secundaria, el episodio debe tener en primera posición un diagnóstico de neoplasia maligna secundaria, que puede ser:

- C77.\*: Neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos.
- C78.\*: Neoplasia maligna secundaria de órganos respiratorios y digestivos.

- C79.\*: Neoplasia maligna secundaria de otras localizaciones y las no especificadas.
- C80.\*: Neoplasia maligna de localización no especificada.

Tras la selección de episodios por diagnóstico, se aplican las siguientes exclusiones:

- Episodios paliativos (Z51.5) o con servicio de alta 331 (Unidad de cuidados paliativos).
- Episodios englobados en categoría diagnóstica mayor (CDM) 19 (Trastornos mentales) o 20 (Alcohol y drogas).
- Episodios que no ingresan en el hospital, es decir, con circunstancia de admisión 5 (Hospital de día) o 7 (Hospitalización a domicilio).



## I.5. Cáncer de próstata

Para la definición de cáncer de próstata se seleccionan aquellos episodios que tienen alguno de los siguientes diagnósticos:

- C61: Neoplasia maligna de próstata.
- D07.5: Carcinoma *in situ* de próstata.

En el caso de que los diagnósticos mencionados estén en posición secundaria, el episodio debe tener en primera posición un diagnóstico de neoplasia maligna secundaria, que puede ser:

- C77.\*: Neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos.
- C78.\*: Neoplasia maligna secundaria de órganos respiratorios y digestivos.

- C79.\*: Neoplasia maligna secundaria de otras localizaciones y las no especificadas.
- C80.\*: Neoplasia maligna de localización no especificada.

Tras la selección de episodios por diagnóstico, se aplican las siguientes exclusiones:

- Episodios paliativos (Z51.5) o con servicio de alta 331 (Unidad de cuidados paliativos).
- Episodios englobados en categoría diagnóstica mayor (CDM) 19 (Trastornos mentales) o 20 (Alcohol y drogas).
- Episodios que no ingresan en el hospital, es decir, con circunstancia de admisión 5 (Hospital de día) o 7 (Hospitalización a domicilio).

## I.6. Cáncer de colon

Para la definición de cáncer de colon se seleccionan aquellos episodios que tienen alguno de los siguientes diagnósticos:

- C18.\*: Neoplasia maligna de colon.
- D01.0: Carcinoma *in situ* de colon.

En el caso de que los diagnósticos mencionados estén en posición secundaria, el episodio debe tener en primera posición un diagnóstico de neoplasia maligna secundaria, que puede ser:

- C77.\*: Neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos.
- C78.\*: Neoplasia maligna secundaria de órganos respiratorios y digestivos.

- C79.\*: Neoplasia maligna secundaria de otras localizaciones y las no especificadas.
- C80.\*: Neoplasia maligna de localización no especificada.

Tras la selección de episodios por diagnóstico, se aplican las siguientes exclusiones:

- Episodios paliativos (Z51.5) o con servicio de alta 331 (Unidad de cuidados paliativos).
- Episodios englobados en categoría diagnóstica mayor (CDM) 19 (Trastornos mentales) o 20 (Alcohol y drogas).
- Episodios que no ingresan en el hospital, es decir, con circunstancia de admisión 5 (Hospital de día) o 7 (Hospitalización a domicilio).

## I.7. Infarto agudo de miocardio

Para la definición de infarto agudo de miocardio se seleccionan aquellos episodios que tienen alguno de los siguientes diagnósticos en posición principal:

- I21.\*: Infarto agudo de miocardio.

- I22.\*: Infarto agudo de miocardio subsiguiente con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) y sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI).

### I.7.1. Angioplastia coronaria transluminal percutánea primaria

Para la definición de ACTP primaria se aplican los mismos criterios que en la definición de Infarto agudo de miocardio, pero se descartan

los episodios que contienen el diagnóstico I21.4 (Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST).

### I.7.2. Infarto agudo de miocardio con elevación de ST

Para la definición de infarto agudo de miocardio con elevación de ST se seleccionan aquellos episodios que tienen alguno de los siguientes diagnósticos en posición principal:

- I21.0.\*: Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) de cara anterior.
- I21.1.\*: Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de cara inferior.
- I21.2.\*: Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de otras localizaciones.
- I21.3: Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de localización no especificada.

### I.7.3. Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST

Para la definición de infarto agudo de miocardio sin elevación de ST se seleccionan aquellos episodios que tienen el siguiente diagnóstico en posición principal:

- I21.4: Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI).

## I.8. Hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico

Para la definición de hiperplasia benigna de próstata, se seleccionan aquellos episodios quirúrgicos (tipo de GRD = quirúrgico) que tienen en posición principal alguno de los siguientes códigos diagnósticos:

- N40.0: Hiperplasia prostática benigna sin síntomas del tracto urinario inferior.
- N40.1: Hiperplasia prostática benigna con síntomas del tracto urinario inferior.
- N40.2: Próstata nodular sin síntomas del tracto urinario inferior.
- N40.3: Próstata nodular con síntomas del tracto urinario inferior.
- N13.8: Otros tipos de uropatía obstructiva y por reflujo.
- N39.4: Otros tipos específicos de incontinencia urinaria.
- R33.8: Retención urinaria.
- R35.0: Polaquiuria.
- R35.1: Nicturia.
- R39.11: Dificultad para iniciar la micción.
- R39.12: Flujo urinario débil.
- R39.14: Sensación de vaciado incompleto de la vejiga.
- R39.15: Urgencia miccional.
- R39.16: Esfuerzo para orinar.

En el caso de que los diagnósticos mencionados estén en posición secundaria, el episodio debe tener en primera posición alguno de los siguientes diagnósticos:

## I.9. Cataratas

Para la definición de cirugía de cataratas se seleccionan aquellos episodios que tienen en posición principal alguno de los siguientes diagnósticos:

- H25.\*: Catarata relacionada con la edad.
- H26.\*: Otras cataratas.
- H28: Catarata en enfermedades clasificadas bajo otro concepto.
- 08BJ3ZZ: Escisión de cristalino, derecho, abordaje percutáneo.
- 08BK3ZX: Escisión de cristalino, izquierdo, diagnóstico, abordaje percutáneo.
- 08BK3ZZ: Escisión de cristalino, izquierdo, abordaje percutáneo.
- 08CJ3ZZ: Extirpación en cristalino, derecho, abordaje percutáneo.
- 08CJXZZ: Extirpación en cristalino, derecho, abordaje externo.
- 08CK3ZZ: Extirpación en cristalino, izquierdo, abordaje percutáneo.
- 08CKXZZ: Extirpación en cristalino, izquierdo, abordaje externo.
- 08DJ3ZZ: Extracción de cristalino, derecho, abordaje percutáneo.

Además, el episodio debe tener al menos uno de los siguientes procedimientos de cirugía de cataratas:

- 085J3ZZ: Destrucción de cristalino, derecho, abordaje percutáneo.
- 085K3ZZ: Destrucción de cristalino, izquierdo, abordaje percutáneo.
- 08BJ3ZX: Escisión de cristalino, derecho, diagnóstico, abordaje percutáneo.

- 08DK3ZZ: Extracción de cristalino, izquierdo, abordaje percutáneo.
- 08RJ30Z: Sustitución de cristalino, derecho, con sustituto sintético, telescopio intraocular, abordaje percutáneo.
- 08RJ37Z: Sustitución de cristalino, derecho, con sustituto de tejido autólogo, abordaje percutáneo.
- 08RJ3JZ: Sustitución de cristalino, derecho, con sustituto sintético, abordaje percutáneo.
- 08RJ3KZ: Sustitución de cristalino, derecho, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje percutáneo.
- 08RK30Z: Sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto sintético, telescopio intraocular, abordaje percutáneo.
- 08RK37Z: Sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto de tejido autólogo, abordaje percutáneo.
- 08RK3JZ: Sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje percutáneo.
- 08RK3KZ: Sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje percutáneo.

## I.9.1. Complicaciones de la cirugía de cataratas

Para la definición de complicaciones de cirugía de cataratas se seleccionan aquellos episodios que tienen en posición principal alguno de los siguientes diagnósticos:

- H59.02\*: Fragmentos de catarata (cristalino) en ojo tras cirugía de catarata.
- H44.00\*: Endoftalmitis purulenta no especificada.
- H33.\*: Desprendimientos y rotura de retina.

- H59.\*: Complicaciones y trastornos intraoperatorios y postprocedimiento de ojo y sus anexos, no clasificados bajo otro concepto.

Para el cálculo del indicador "*Tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas*" se considera también una complicación todo aquel episodio que reingrese por el mismo diagnóstico de cirugía de catarata.

## Anexo II. Detalle de indicadores

### II.1. Accesibilidad en la atención sanitaria

#### II.1.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias

Tiempo medio de espera de citación para mamografía	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita para una mamografía hasta su realización	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de mamografías realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de realización de la mamografía no está dentro del año 2023	

Tiempo medio de espera de citación para TAC	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita para una TAC hasta su realización	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de TAC realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de realización de la TAC no está dentro del año 2023	

Tiempo medio de espera de citación para resonancia magnética	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita para una resonancia magnética hasta su realización	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de resonancias magnéticas realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de realización de la resonancia magnética no está dentro del año 2023	

#### II.1.2. Tiempo medio de entrega del informe de pruebas complementarias

Tiempo medio de entrega del informe de resultados de mamografía	
Promedio de días de espera desde la realización de una mamografía hasta que la paciente dispone del informe de resultados	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de mamografías realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de realización de la mamografía no está dentro del año 2023	

Tiempo medio de entrega del informe de resultados de TAC	
Promedio de días de espera desde la realización de una TAC hasta que el paciente dispone del informe de resultados	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de TAC realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de realización de la TAC no está dentro del año 2023	

Tiempo medio de entrega del informe de resultados de resonancia magnética	
Promedio de días de espera desde la realización de una resonancia magnética hasta que el paciente dispone del informe de resultados	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de resonancias magnéticas realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de realización de la resonancia magnética no está dentro del año 2023	

### II.1.3. Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio

Tiempo medio de espera de citación para pruebas de bioquímica y hematología	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita hasta la toma de muestra para el análisis bioquímico y hematológico	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de análisis bioquímicos y hematológicos realizados
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de realización de toma de muestra no está dentro del año 2023	

Tiempo medio de espera de citación para pruebas de microbiología, inmunología y genética	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita hasta la toma de muestra para el análisis microbiológico, inmunológico y genético	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de análisis microbiológicos, inmunológicos y genéticos realizados
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de realización de toma de muestra no está dentro del año 2023	

### II.1.4. Tiempo medio de entrega del informe de laboratorio

Tiempo medio de espera de entrega del informe de resultados de las pruebas de bioquímica y hematología	
Promedio de días de espera desde la toma de muestra hasta que el paciente dispone del informe de resultados del análisis bioquímico y hematológico	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de análisis bioquímicos y hematológicos realizados
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de realización de toma de muestra no está dentro del año 2023	

Tiempo medio de espera de entrega del informe de resultados de las pruebas de microbiología, inmunología y genética	
Promedio de días de espera desde la toma de muestra hasta que el paciente dispone del informe de resultados del análisis microbiológico, inmunológico y genético	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de análisis microbiológicos, inmunológicos y genéticos realizados
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de realización de toma de muestra no está dentro del año 2023	

### II.1.5. Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de oftalmología	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita de oftalmología hasta la fecha de consulta	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de consultas de oftalmología realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2023	

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de dermatología	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita de dermatología hasta la fecha de consulta	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de consultas de dermatología realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2023	

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de traumatología	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita de traumatología hasta la fecha de consulta	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de consultas de traumatología realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2023	

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de ginecología y obstetricia	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita de ginecología y obstetricia hasta la fecha de consulta	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de consultas de ginecología y obstetricia realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2023	

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de neurología	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita de neurología hasta la fecha de consulta	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de consultas de neurología realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2023	

Tiempo medio de espera de citación para una consulta de cardiología	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita de cardiología hasta la fecha de consulta	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de consultas de cardiología realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2023	

Tiempo medio de espera de citación en la primera consulta del especialista por tipo de consulta	
Promedio de días de espera desde la solicitud de cita con el especialista hasta la fecha de consulta desglosado por tipo de consulta (presencial, videollamada, llamada telefónica)	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera por tipo de consulta	<b>Denominador</b> Número total de consultas de especialista
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de consulta no está dentro del año 2023 y que no tienen informada la tipología de la consulta	



### II.1.6. Tiempo medio de espera quirúrgica

Espera media quirúrgica	
Promedio de días de espera entre la consulta preanestésica y la cirugía	
<b>Numerador</b> Número total de días de espera	<b>Denominador</b> Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los registros cuya fecha de intervención quirúrgica no está dentro del año 2023	

### II.1.7. Tiempo medio de asistencia en urgencias

Tiempo medio de asistencia en el triaje	
Tiempo de espera medio transcurrido desde la entrada a urgencias hasta el triaje	
<b>Numerador</b> Tiempo total de espera	<b>Denominador</b> Número total de visitas a urgencias
<b>Exclusiones</b> No se aplica ninguna exclusión	

Tiempo medio de asistencia facultativa	
Tiempo de espera medio transcurrido desde el triaje hasta la atención médica	
<b>Numerador</b> Tiempo total de espera	<b>Denominador</b> Número total de visitas a urgencias
<b>Exclusiones</b> No se aplica ninguna exclusión	

## II.2. Eficiencia

### II.2.1. Estancia media

Estancia media bruta en hospitalización	
Promedio de días que los pacientes están ingresados en hospitalización	
<b>Numerador</b> Número total de estancias	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> <li>- La circunstancia de admisión es desconocida               <ul style="list-style-type: none"> <li>- El GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> </ul> </li> </ul>	

### II.2.2. Estancia media prequirúrgica

Estancia media prequirúrgica bruta	
Promedio de días desde la fecha de ingreso y la fecha de intervención quirúrgica en el total de episodios de hospitalización con intervención quirúrgica	
<b>Numerador</b> Número total de estancias preoperatorias	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización con intervención quirúrgica
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El GRD no es quirúrgico</li> <li>- El GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> </ul>	

Estancia media prequirúrgica bruta en episodios urgentes	
Promedio de días desde la fecha de ingreso y la fecha de intervención quirúrgica en episodios de hospitalización con admisión urgente e intervención quirúrgica	
<b>Numerador</b> Número total de estancias preoperatorias	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización urgentes con intervención quirúrgica
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente               <ul style="list-style-type: none"> <li>- El GRD no es quirúrgico</li> <li>- El GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> </ul> </li> </ul>	

Estancia media prequirúrgica bruta en episodios programados	
Promedio de días desde la fecha de ingreso y la fecha de intervención quirúrgica en episodios de hospitalización con admisión programada e intervención quirúrgica	
<b>Numerador</b> Número total de estancias preoperatorias	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización programados con intervención quirúrgica
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es programada</li> <li>- EL GRD no es quirúrgico</li> <li>- EL GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> </ul>	

### II.2.3. Tasa de ambulatorización

Tasa bruta de ambulatorización	
Tasa de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias (CMA) sobre el total de intervenciones quirúrgicas, tanto en CMA como en hospitalización	
<b>Numerador</b> Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	<b>Denominador</b> Número total de intervenciones quirúrgicas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- EL GRD no es quirúrgico</li> <li>- EL GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> </ul>	

Tasa bruta de ambulatorización en menores de edad	
Tasa de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias (CMA) sobre el total de intervenciones quirúrgicas en pacientes menores de edad, tanto en CMA como en hospitalización	
<b>Numerador</b> Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	<b>Denominador</b> Número total de intervenciones quirúrgicas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- EL GRD no es quirúrgico</li> <li>- EL GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> <li>- La edad del paciente es mayor o igual a 18 años</li> </ul>	

Tasa bruta de ambulatorización en adultos	
Tasa de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias (CMA) sobre el total de intervenciones quirúrgicas en pacientes adultos, tanto en CMA como en hospitalización	
<b>Numerador</b> Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	<b>Denominador</b> Número total de intervenciones quirúrgicas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- EL GRD no es quirúrgico</li> <li>- EL GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> <li>- La edad del paciente es menor o igual a 17 años</li> </ul>	

## II.3. Resolución asistencial

### II.3.1. Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	
Tasa de reingresos en hospitalización tras un alta previa en el mismo hospital en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
<b>Numerador</b> Número total de episodios que reingresan en hospitalización	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión del episodio no es urgente</li> <li>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) del episodio es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen</li> </ul> <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta del episodio corresponde al mes de diciembre del año de estudio</li> </ul>	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes menores de edad	
Tasa de reingresos en hospitalización tras un alta previa en el mismo hospital en un periodo de 30 días desde el episodio inicial en pacientes menores de edad	
<b>Numerador</b> Número total de episodios que reingresan en hospitalización	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> <li>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen</li> <li>- La edad del paciente es mayor o igual a 18 años</li> </ul> <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio</li> <li>- La edad del paciente es mayor o igual a 18 años</li> </ul>	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes adultos	
Tasa de reingresos en hospitalización tras un alta previa en el mismo hospital en un periodo de 30 días desde el episodio inicial en pacientes adultos	
<b>Numerador</b> Número total de episodios de hospitalización que reingresan a los 30 días	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> <li>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen</li> <li>- La edad del paciente es menor o igual a 17 años</li> </ul> <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio</li> <li>- La edad del paciente es menor o igual a 17 años</li> </ul>	

### II.3.2. Tasa de reingresos postcausa quirúrgica a los 7 días

Tasa bruta de reingresos postalta quirúrgica a los 7 días	
Tasa de reingresos en hospitalización tras un alta quirúrgica previa en el mismo hospital en un periodo de 7 días desde el episodio inicial	
<b>Numerador</b> Número total de episodios quirúrgicos que reingresan a los 7 días	<b>Denominador</b> Número total de episodios quirúrgicos
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> <li>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen</li> </ul> <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio</li> <li>- EL GRD no es quirúrgico</li> </ul>	
Tasa bruta de reingresos postalta quirúrgica a los 7 días en pacientes menores de edad	
Tasa de reingresos en hospitalización tras un alta quirúrgica previa en el mismo hospital en un periodo de 7 días desde el episodio inicial en pacientes menores de edad	
<b>Numerador</b> Número total de episodios quirúrgicos que reingresan a los 7 días	<b>Denominador</b> Número total de episodios quirúrgicos
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> <li>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen</li> <li>- La edad del paciente es mayor o igual a 18 años</li> </ul> <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio</li> <li>- EL GRD no es quirúrgico</li> <li>- La edad del paciente es mayor o igual a 18 años</li> </ul>	
Tasa bruta de reingresos postalta quirúrgica a los 7 días en pacientes adultos	
Tasa de reingresos en hospitalización tras un alta quirúrgica previa en el mismo hospital en un periodo de 7 días desde el episodio inicial en pacientes adultos	
<b>Numerador</b> Número total de episodios quirúrgicos que reingresan	<b>Denominador</b> Número total de episodios quirúrgicos
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> <li>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen</li> <li>- La edad del paciente es menor o igual a 17 años</li> </ul> <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio</li> <li>- EL GRD no es quirúrgico</li> <li>- La edad del paciente es menor o igual a 17 años</li> </ul>	

### II.3.3. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta

Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta	
Porcentaje de pacientes que retornan al servicio de urgencias antes de las 72 horas posteriores tras el primer ingreso	
<b>Numerador</b> Número total de pacientes que vuelven a urgencias	<b>Denominador</b> Número total de pacientes que han realizado una visita a urgencias
<b>Exclusiones</b> No se aplica ninguna exclusión	

### II.3.4. Tasa de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a 30 días

Tasa bruta de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días	
Tasa de reingresos en hospitalización o cirugía mayor ambulatoria (CMA) tras un alta de cirugía ambulatoria en el mismo hospital en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
<b>Numerador</b> Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria que reingresan	<b>Denominador</b> Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria
<b>Exclusiones</b> Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El episodio no tiene un tipo de alta quirúrgico</li> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> </ul> - La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen  Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- El GRD no es quirúrgico</li> <li>- El episodio no es ambulatorio</li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días en pacientes menores de edad	
Tasa de reingresos en hospitalización o cirugía mayor ambulatoria (CMA) tras un alta de cirugía ambulatoria en el mismo hospital en un periodo de 30 días desde el episodio inicial en pacientes menores de edad	
<b>Numerador</b> Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria que reingresan	<b>Denominador</b> Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria
<b>Exclusiones</b> Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El episodio no tiene un tipo de alta quirúrgico</li> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> </ul> - La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen <ul style="list-style-type: none"> <li>- La edad del paciente es mayor o igual a 18 años</li> </ul> Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- El GRD no es quirúrgico</li> <li>- El episodio no es ambulatorio</li> <li>- La edad del paciente es mayor o igual a 18 años</li> </ul> </li> </ul>	

<b>Tasa bruta de reingresos postalta de cirugía ambulatoria a los 30 días en pacientes adultos</b>	
Tasa de reingresos en hospitalización o cirugía mayor ambulatoria (CMA) tras un alta de cirugía ambulatoria en el mismo hospital en un periodo de 30 días desde el episodio inicial en pacientes adultos	
<b>Numerador</b>	<b>Denominador</b>
Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria que reingresan	Número total de episodios quirúrgicos de cirugía ambulatoria
<b>Exclusiones</b>	
<p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El episodio no tiene un tipo de alta quirúrgico</li> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> </ul> <p>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 22 o 24 (parto, neonatos, quemados y traumatismos múltiples), ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La edad del paciente es menor o igual a 17 años</li> </ul> <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- EL GRD no es quirúrgico</li> <li>- El episodio no es ambulatorio</li> </ul> </li> <li>- La edad del paciente es menor o igual a 17 años</li> </ul>	

## II.4. Calidad y seguridad

### II.4.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios

Acreditaciones y certificaciones	
<p>Número de unidades y/o servicios que han obtenido un reconocimiento externo de calidad en las principales áreas de funcionamiento del hospital</p> <p>Las unidades en las que se subdividen los centros son: hospitalización, hospital de día, consultas externas y servicios ambulatorios, bloque quirúrgico y obstétrico, urgencia, servicios centrales de diagnóstico y terapéutico, gestión del paciente y servicios generales de soporte</p>	
<p><b>Numerador</b></p> <p>Número de centros con acreditación y/o certificación</p>	<p><b>Denominador</b></p> <p>Número total de centros participantes</p>
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Únicamente se consideran las certificaciones otorgadas por los principales organismos internacionales como International Organization for Standardization (ISO), European Federation of Quality Management (EFQM) y Hospital Accreditation of The Joint Commission</p>	

### II.4.2. Indicadores de seguridad del paciente

Mortalidad en GRD de baja mortalidad
<p>Mortalidad intrahospitalaria en hospitalizaciones con baja mortalidad esperada (menos del 0,5 %) en pacientes adultos</p>
<p><b>Fuente</b></p> <p>Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 02 (PSI 02) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022</p>

Mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables
<p>Mortalidad intrahospitalaria en pacientes adultos y obstétricos de cualquier edad con complicaciones serias tratables (paro cardíaco, sepsis, neumonía, hemorragia gastrointestinal, úlcera aguda, trombosis venosa profunda o embolia pulmonar)</p>
<p><b>Fuente</b></p> <p>Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 04 (PSI 04) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022</p>

Úlcera por presión
<p>Úlceras por presión de estadio 3 o 4 no presentes en admisión sobre el total de altas hospitalarias, ya sean médicas o quirúrgicas, en pacientes adultos</p>
<p><b>Fuente</b></p> <p>Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 03 (PSI 03) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022</p>



**Neumotórax iatrogénico**

Ingresos por neumotórax iatrogénico (en posición diagnóstica secundaria) sobre el total de altas hospitalarias médicas en pacientes adultos

**Fuente**

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 06 (PSI 06) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

**Infección sanguínea relacionada con catéter venoso central**

Ingresos con infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con catéter venoso central (en posición diagnóstica secundaria) sobre el total de episodios médicos y quirúrgicos en pacientes adultos y obstétricos de cualquier edad

**Fuente**

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 07 (PSI 07) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

**Fractura de cadera intrahospitalaria**

Fracturas de cadera intrahospitalarias asociadas a caídas sobre el total de episodios en pacientes adultos, sin considerar pacientes obstétricos

**Fuente**

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 08 (PSI 08) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

**Hematoma o hemorragia postoperatoria**

Episodios de hospitalización con hemorragia o hematoma postoperatorio (en posición diagnóstica secundaria) asociado con un procedimiento para tratar la hemorragia o hematoma después de una cirugía, sobre el total de episodios quirúrgicos en pacientes adultos

**Fuente**

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 09 (PSI 09) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

**Daño agudo renal postoperatorio que requiere diálisis**

Episodios hospitalarios con insuficiencia renal aguda postoperatoria (en posición diagnóstica secundaria) que requieren diálisis sobre el total de episodios quirúrgicos en pacientes adultos

**Fuente**

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 10 (PSI 10) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

**Fallo respiratorio postoperatorio**

Episodios hospitalarios con insuficiencia respiratoria postoperatoria (en posición diagnóstica secundaria), ventilación mecánica prolongada o casos de intubación sobre el total de episodios quirúrgicos en pacientes adultos

**Fuente**

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 11 (PSI 11) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

**Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda perioperatoria**

Episodios con embolismo pulmonar perioperatorio o trombosis venosa profunda proximal (en posición diagnóstica secundaria) sobre el total de episodios de hospitalización quirúrgicos, en pacientes adultos

**Fuente**

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 12 (PSI 12) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

**Sepsis postoperatoria**

Episodios hospitalarios con sepsis postoperatoria (en posición diagnóstica secundaria) sobre el total de episodios hospitalarios quirúrgicos, en pacientes adultos

**Fuente**

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 13 (PSI 13) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

**Dehiscencia de herida quirúrgica postoperatoria**

Episodios hospitalarios con procedimientos de recierre postoperatorio que involucran la pared abdominal con un diagnóstico de interrupción de la operación interna de la herida, sobre el total de cirugías abdominopélvicas en pacientes adultos

**Fuente**

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 14 (PSI 14) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

**Punción o laceración accidental abdominopélvica**

Episodios hospitalarios con punciones o laceraciones (en posición diagnóstica secundaria) sobre el total de pacientes adultos que se han sometido a un procedimiento abdominopélvico, seguido de un procedimiento potencialmente relacionado para la evaluación o tratamiento de la punción o laceración accidental, hasta 30 días después del procedimiento abdominopélvico índice

**Fuente**

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 15 (PSI 15) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

**Traumatismo obstétrico en parto vaginal instrumentado**

Episodios de hospitalización con lesiones obstétricas de tercer o cuarto grado sobre el total de parto vaginales asistidos por instrumentos

**Fuente**

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 18 (PSI 18) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

**Traumatismo obstétrico en parto vaginal no instrumentado**

Episodios de hospitalización con lesiones obstétricas de tercer o cuarto grado sobre el total de parto vaginales, excluyendo todos los partos vaginales instrumentados

**Fuente**

Para el cálculo de este indicador se aplican los mismos criterios descritos en el Patient Safety Indicator 19 (PSI 19) de los AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification v2022

### II.4.3. Tasa de intervenciones de cirugía segura (checklist quirúrgico)

Tasa de intervenciones con checklist quirúrgico	
Porcentaje de intervenciones quirúrgicas con anestesia general con checklist quirúrgico realizado sobre el total de intervenciones quirúrgicas	
<b>Numerador</b>	<b>Denominador</b>
Número de intervenciones quirúrgicas con el checklist realizado	Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas
<b>Exclusiones</b>	
Se excluyen los registros cuya fecha de intervención quirúrgica no está dentro del año 2023	

## II.5. Procesos clínicos

### II.5.1. Fractura de cadera

Estancia media bruta en hospitalización en pacientes con fractura de cadera	
Promedio de días que los pacientes con fractura de cadera están ingresados en hospitalización	
<b>Numerador</b>	<b>Denominador</b>
Número total de estancias	Número total de episodios de hospitalización
<b>Exclusiones</b>	
Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar Anexo I.1)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión es desconocida</li> <li>- El GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	

Episodios de fractura de cadera con más de 20 días de estancia hospitalaria	
Porcentaje de episodios de hospitalización por fractura de cadera con una estancia mayor de 20 días	
<b>Numerador</b>	<b>Denominador</b>
Número total de episodios de hospitalización con una estancia superior a 20 días	Número total de episodios de hospitalización
<b>Exclusiones</b>	
Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar Anexo I.1)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul> </li> </ul>	

Episodios de fractura de cadera intervenidos en menos de 48 horas desde el ingreso en hospitalización	
Porcentaje de episodios de hospitalización por fractura de cadera intervenidos quirúrgicamente en menos de 40 horas desde el ingreso	
<b>Numerador</b> Número total de episodios intervenidos en menos de 48 horas	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar Anexo I.1)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> <li>- La circunstancia de admisión al hospital es urgente</li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con fractura de cadera	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con fractura de cadera tras un alta previa en el mismo hospital en un período de 30 días desde el episodio inicial	
<b>Numerador</b> Número total de episodios que reingresan en hospitalización	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> <li>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples</li> </ul> <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar Anexo I-1)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio</li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fractura de cadera	
Porcentaje de pacientes con fractura de cadera fallecidos durante el ingreso hospitalario	
<b>Numerador</b> Número total de <i>exitus</i>	<b>Denominador</b> Número total de pacientes hospitalizados
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera (consultar Anexo I-1)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fractura de cadera pertrocantérea	
Porcentaje de pacientes con fractura de cadera pertrocantérea fallecidos durante el ingreso hospitalario	
<b>Numerador</b> Número total de <i>exitus</i>	<b>Denominador</b> Número total de pacientes hospitalizados
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera pertrocantérea (consultar Anexo I.1.1)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fractura de cuello de fémur	
Porcentaje de pacientes con fractura de cuello de fémur fallecidos durante el ingreso hospitalario	
<b>Numerador</b> Número total de <i>exitus</i>	<b>Denominador</b> Número total de pacientes hospitalizados
<p style="text-align: center;"><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cuello de fémur (consultar Anexo I.1.2)</li> <li>- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul>	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fractura de cadera con prótesis sintética	
Porcentaje de pacientes con fractura de cadera con prótesis sintética fallecidos durante el ingreso hospitalario	
<b>Numerador</b> Número total de <i>exitus</i>	<b>Denominador</b> Número total de pacientes hospitalizados
<p style="text-align: center;"><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera con prótesis sintética (consultar Anexo I.1.3)</li> <li>- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul>	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes sin fractura de cadera sin prótesis sintética	
Porcentaje de pacientes con fractura de cadera sin prótesis sintética fallecidos durante el ingreso hospitalario	
<b>Numerador</b> Número total de <i>exitus</i>	<b>Denominador</b> Número total de pacientes hospitalizados
<p style="text-align: center;"><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de fractura de cadera sin prótesis sintética (consultar Anexo I.1.4)</li> <li>- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul>	

## II.5.2. Partos

Estancia media depurada de pacientes que ingresan por parto	
Promedio de días de los episodios de parto en hospitalización	
<b>Numerador</b> Número total de estancias	<b>Denominador</b> Número total de episodios de parto
<p style="text-align: center;"><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de trastorno de parto (consultar Anexo I.2)</li> <li>- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> <li>- La circunstancia de admisión es desconocida</li> <li>- El GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad de la paciente es nula</li> </ul>	

Tasa de partos por cesárea	
Tasa de cesáreas realizadas sobre el total de episodios de parto	
<b>Numerador</b> Número total de cesáreas	<b>Denominador</b> Número total de episodios de parto
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de parto (consultar Anexo I.2) - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cesárea (consultar Anexo I.2.1)	
Tasa de partos por cesárea en partos de bajo riesgo	
Tasa de cesáreas realizadas sobre el total de episodios de parto de bajo riesgo	
<b>Numerador</b> Número total de cesáreas	<b>Denominador</b> Número total de episodios de parto de bajo riesgo
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de parto de bajo riesgo (consultar Anexo I.2.2) - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cesárea (consultar Anexo I.2.1)	
Tasa de partos vaginales con cesárea previa	
Porcentaje de partos vaginales en pacientes con una cesárea previa	
<b>Numerador</b> Número total de partos vaginales	<b>Denominador</b> Número total de episodios de parto
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de parto vaginal (consultar Anexo I.2.4) - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cesárea previa (consultar Anexo I.2.3)	
Ingresos preparto	
Porcentaje de mujeres que ingresan al hospital por un falso trabajo de parto respecto a todos los ingresos por parto	
<b>Numerador</b> Número total de partos vaginales	<b>Denominador</b> Número total de episodios de parto
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de parto (consultar Anexo I.2) - Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de falso trabajo de parto (consultar Anexo I.2.4)	

### II.5.3. Cáncer de mama

Estancia media bruta en hospitalización en pacientes con cáncer de mama	
Promedio de días que las pacientes con cáncer de mama están ingresadas en hospitalización	
<b>Numerador</b> Número total de estancias	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<b>Exclusiones</b>	
Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de mama (consultar Anexo I.3)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> <li>- La circunstancia de admisión es desconocida</li> <li>- El GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad de la paciente es nula</li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con cáncer de mama	
Tasa de reingresos en hospitalización de las pacientes con cáncer de mama tras un alta previa en el mismo hospital en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
<b>Numerador</b> Número total de episodios que reingresan en hospitalización	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<b>Exclusiones</b>	
Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> <li>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples</li> </ul> Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de mama (consultar Anexo I.3)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio</li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cáncer de mama	
Porcentaje de pacientes con cáncer de mama fallecidas durante el ingreso hospitalario	
<b>Numerador</b> Número total de <i>exitus</i>	<b>Denominador</b> Número total de pacientes hospitalizadas
<b>Exclusiones</b>	
Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de mama (consultar Anexo I.3)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de ambulatorización	
Tasa de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias (CMA) sobre el total de intervenciones quirúrgicas tanto en CMA como en hospitalización en pacientes con cáncer de mama	
<b>Numerador</b> Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	<b>Denominador</b> Número total de intervenciones quirúrgicas
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de mama (consultar Anexo I.3)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- El GRD no es quirúrgico</li> <li>- El GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad de la paciente es nula</li> </ul> </li> </ul>	

### II.5.4. Cáncer de pulmón

Estancia media depurada en hospitalización en pacientes con cáncer de pulmón	
Promedio de días que los pacientes con cáncer de pulmón están ingresados en hospitalización	
<b>Numerador</b> Número total de estancias	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<b>Exclusiones</b> Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de pulmón (consultar Anexo I.4)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión es desconocida</li> <li>- El GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con cáncer de pulmón	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con cáncer de pulmón tras un alta previa en el mismo hospital en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
<b>Numerador</b> Número total de episodios que reingresan en hospitalización	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<b>Exclusiones</b> Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> <li>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples</li> </ul> Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de pulmón (consultar Anexo I.4)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio</li> </ul> </li> </ul>	



Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cáncer de pulmón	
Porcentaje de pacientes con cáncer de pulmón fallecidos durante el ingreso hospitalario	
<b>Numerador</b> Número total de <i>exitus</i>	<b>Denominador</b> Número total de pacientes hospitalizados
<p style="text-align: center;"><b>Exclusiones</b></p> <p style="text-align: center;">Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de pulmón (consultar Anexo I.4)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul> </li> </ul>	

### II.5.5. Cáncer de próstata

Estancia media depurada en hospitalización en pacientes con cáncer de próstata	
Promedio de días que los pacientes con cáncer de próstata están ingresados en hospitalización	
<b>Numerador</b> Número total de estancias	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<p style="text-align: center;"><b>Exclusiones</b></p> <p style="text-align: center;">Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de próstata (consultar Anexo I.5)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión es desconocida</li> <li>- El GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con cáncer de próstata	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con cáncer de próstata tras un alta previa en el mismo hospital en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
<b>Numerador</b> Número total de episodios que reingresan en hospitalización	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<p style="text-align: center;"><b>Exclusiones</b></p> <p style="text-align: center;">Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> <li>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples</li> </ul> <p style="text-align: center;">Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de próstata (consultar Anexo I.5)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio</li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cáncer de próstata	
Porcentaje de pacientes con cáncer de próstata fallecidos durante el ingreso hospitalario	
<b>Numerador</b> Número total de <i>exitus</i>	<b>Denominador</b> Número total de pacientes hospitalizados
<p style="text-align: center;"><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de próstata (consultar Anexo I.5)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul> </li> </ul>	

## II.5.6. Cáncer de colon

Estancia media depurada en hospitalización en pacientes con cáncer de colon	
Promedio de días que los pacientes con cáncer de colon están ingresados en hospitalización	
<b>Numerador</b> Número total de estancias	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<p style="text-align: center;"><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de colon (consultar Anexo I.6)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> <li>- La circunstancia de admisión es desconocida</li> <li>- El GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con cáncer de colon	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con cáncer de colon tras un alta previa en el mismo hospital en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
<b>Numerador</b> Número total de episodios que reingresan en hospitalización	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<p style="text-align: center;"><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> <li>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples</li> </ul> <p>Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de colon (consultar Anexo I.6)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio</li> </ul> </li> </ul>	

Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cáncer de colon	
Porcentaje de pacientes con cáncer de colon fallecidos durante el ingreso hospitalario	
<b>Numerador</b> Número total de <i>exitus</i>	<b>Denominador</b> Número total de pacientes hospitalizados
<p style="text-align: center;"><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cáncer de colon (consultar Anexo I.6)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul> </li> </ul>	

## II.5.7. Infarto agudo de miocardio

### Estancia media depurada en hospitalización en pacientes con infarto agudo de miocardio

Promedio de días que los pacientes con infarto agudo de miocardio están ingresados en hospitalización

#### Numerador

Número total de estancias

#### Denominador

Número total de episodios de hospitalización

#### Exclusiones

Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:

- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio (consultar Anexo I.7)
  - La circunstancia del alta es un traslado a otro hospital
  - La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días
  - La circunstancia de admisión es desconocida
    - El GRD no es agrupable (999, 998)
    - La edad del paciente es nula

### Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con infarto agudo de miocardio

Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con infarto agudo de miocardio tras un alta previa en el mismo hospital en un periodo de 30 días desde el episodio inicial

#### Numerador

Número total de episodios que reingresan en hospitalización

#### Denominador

Número total de episodios de hospitalización

#### Exclusiones

Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:

- La circunstancia de admisión no es urgente
- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples

Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:

- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio (consultar Anexo I.7)
  - La circunstancia del alta es el *exitus* o el traslado a otro hospital
  - La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio

### Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio

Porcentaje de pacientes con infarto agudo de miocardio fallecidos durante el ingreso hospitalario

#### Numerador

Número total de *exitus*

#### Denominador

Número total de pacientes hospitalizados

#### Exclusiones

Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:

- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio (consultar Anexo I.7)
  - La circunstancia del alta es un traslado a otro hospital
  - La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días

<b>Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación de ST</b>	
Porcentaje de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación de ST fallecidos durante el ingreso hospitalario	
<b>Numerador</b> Número total de <i>exitus</i>	<b>Denominador</b> Número total de pacientes hospitalizados
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio con elevación de ST (consultar Anexo I.7.2)</li> <li>- La circunstancia del alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul>	

<b>Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación de ST</b>	
Porcentaje de pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación de ST fallecidos durante el ingreso hospitalario	
<b>Numerador</b> Número total de <i>exitus</i>	<b>Denominador</b> Número total de pacientes hospitalizados
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (consultar Anexo I.7.3)</li> <li>- La circunstancia del alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul>	

<b>Tasa de angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria</b>	
Tasa de ACTP primarias realizadas sobre el total de episodios con infarto agudo de miocardio	
<b>Numerador</b> Número total de episodios con ACTP primaria	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de ACTP primarias (consultar Anexo I.7.1)</li> </ul>	

## II.5.8. Hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico

<b>Estancia media depurada en hospitalización en pacientes con hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico</b>	
Promedio de días que los pacientes con hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico están ingresados en hospitalización	
<b>Numerador</b> Número total de estancias	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<p><b>Exclusiones</b></p> <p>Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de hipertrofia benigna de próstata (consultar Anexo I.8)</li> <li>- La circunstancia del alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> <li>- La circunstancia de admisión es desconocida</li> <li>- El GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> </ul>	

Tasa bruta de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta en pacientes con hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico	
Tasa de reingresos en hospitalización de los pacientes con hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico tras un alta previa en el mismo hospital en un periodo de 30 días desde el episodio inicial	
<b>Numerador</b> Número total de episodios que reingresan en hospitalización	<b>Denominador</b> Número total de episodios de hospitalización
<b>Exclusiones</b>	
Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia de admisión no es urgente</li> <li>- La categoría diagnóstica mayor (CDM) es 14, 15, 19, 20, 22 o 24, ya que no es posible que estén relacionados con el episodio origen. Esto incluye embarazo, parto y puerperio, neonatos, enfermedades mentales, alcohol y drogas, quemados y traumatismos múltiples</li> </ul> Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico (consultar Anexo I.8)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital</li> <li>- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio</li> </ul> </li> </ul>	
Tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico	
Porcentaje de pacientes con hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico fallecidos durante el ingreso hospitalario	
<b>Numerador</b> Número total de <i>exitus</i>	<b>Denominador</b> Número total de pacientes hospitalizados
<b>Exclusiones</b>	
Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico (consultar Anexo I.8)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La circunstancia del alta es un traslado a otro hospital</li> <li>- La estancia es menor de 1 día o mayor de 365 días</li> </ul> </li> </ul>	
Tasa bruta de ambulatorización	
Tasa de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias (CMA) sobre el total de intervenciones quirúrgicas, tanto en CMA como en hospitalización, en pacientes con hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico	
<b>Numerador</b> Número total de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	<b>Denominador</b> Número total de intervenciones quirúrgicas
<b>Exclusiones</b>	
Se excluyen los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de hipertrofia benigna de próstata con tratamiento quirúrgico (consultar Anexo I.8)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- El GRD no es quirúrgico</li> <li>- El GRD no es agrupable (999, 998)</li> <li>- La edad del paciente es nula</li> </ul> </li> </ul>	

## II.5.9. Cataratas

Tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas	
Porcentaje de episodios de cirugía de cataratas, tanto de hospitalización como ambulatorios, que reingresan por una complicación en un periodo máximo de 3 días desde el episodio inicial	
<b>Numerador</b>	<b>Denominador</b>
Número total de episodios que reingresan	Número total de episodios de cirugía de cataratas
<b>Exclusiones</b>	
Se excluyen del numerador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:	
- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de complicación de cirugía de cataratas (consultar Anexo I.9.1)	
- La circunstancia de admisión no es urgente	
Se excluyen del denominador los episodios que cumplen alguna de las siguientes condiciones:	
- Pacientes que no cumplen los criterios de la definición de cirugía de cataratas (consultar Anexo I.9)	
- La circunstancia del alta es el <i>exitus</i> o el traslado a otro hospital	
- La fecha de alta corresponde al mes de diciembre del año de estudio	

## II.6. Indicadores de fertilidad

### II.6.1. Gestaciones y partos con ovocitos propios frescos

Gestaciones con ovocitos propios frescos	
Porcentaje de gestaciones con ovocitos propios frescos sobre el total de ciclos realizados	
<b>Numerador</b>	<b>Denominador</b>
Número de gestaciones	Número total de ciclos iniciados
<b>Exclusiones</b>	
No se aplica ninguna exclusión	

Partos con ovocitos propios frescos	
Porcentaje de partos con ovocitos propios frescos sobre el total de ciclos realizados	
<b>Numerador</b>	<b>Denominador</b>
Número de partos	Número total de ciclos iniciados
<b>Exclusiones</b>	
No se aplica ninguna exclusión	

### II.6.2. Gestaciones y partos con ovocitos propios congelados

Gestaciones con ovocitos propios congelados	
Porcentaje de gestaciones con ovocitos propios congelados sobre el total de ciclos realizados	
<b>Numerador</b>	<b>Denominador</b>
Número de gestaciones	Número total de ciclos iniciados
<b>Exclusiones</b>	
No se aplica ninguna exclusión	

Partos con ovocitos propios congelados	
Porcentaje de partos con ovocitos propios congelados sobre el total de ciclos realizados	
<b>Numerador</b> Número de partos	<b>Denominador</b> Número total de ciclos iniciados
<b>Exclusiones</b> No se aplica ninguna exclusión	

### II.6.3. Gestaciones con ovocitos donados frescos

Gestaciones con ovocitos donados frescos	
Porcentaje de gestaciones con ovocitos donados frescos sobre el total de ciclos realizados	
<b>Numerador</b> Número de gestaciones	<b>Denominador</b> Número total de ciclos iniciados
<b>Exclusiones</b> No se aplica ninguna exclusión	

Partos con ovocitos donados frescos	
Porcentaje de partos con ovocitos donados frescos sobre el total de ciclos realizados	
<b>Numerador</b> Número de partos	<b>Denominador</b> Número total de ciclos iniciados
<b>Exclusiones</b> No se aplica ninguna exclusión	

### II.6.4. Gestaciones con ovocitos donados congelados

Gestaciones con ovocitos donados congelados	
Porcentaje de gestaciones con ovocitos donados congelados sobre el total de ciclos realizados	
<b>Numerador</b> Número de gestaciones	<b>Denominador</b> Número total de ciclos iniciados
<b>Exclusiones</b> No se aplica ninguna exclusión	

Partos con ovocitos donados congelados	
Porcentaje de partos con ovocitos donados congelados sobre el total de ciclos realizados	
<b>Numerador</b> Número de partos	<b>Denominador</b> Número total de ciclos iniciados
<b>Exclusiones</b> No se aplica ninguna exclusión	

## II.7. Indicadores de diálisis

### II.7.1. Tasa bruta de mortalidad en diálisis

Tasa bruta de mortalidad en hemodiálisis	
Tasa de mortalidad entre los pacientes con indicación de hemodiálisis	
<b>Numerador</b> Número de muertes en pacientes con indicación de hemodiálisis	<b>Denominador</b> Número total de pacientes con indicación de hemodiálisis
<b>Exclusiones</b> No se aplica ninguna exclusión	

### II.7.2. Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo

Porcentaje de pacientes con Kt/V objetivo	
Porcentaje de pacientes con el Kt/V medio mayor de 1,3 durante el año 2023 sobre el total de pacientes con indicación de hemodiálisis	
<b>Numerador</b> Número de pacientes con un valor medio de Kt/V mayor de 1,3	<b>Denominador</b> Número total de pacientes con indicación de hemodiálisis
<b>Exclusiones</b> No se aplica ninguna exclusión	

### II.7.3. Porcentaje de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl

Porcentaje de pacientes con albúmina superior a 3,5 g/dl	
Porcentaje de pacientes con un nivel de albúmina sérica superior a 3,5g/dl durante el año 2023 sobre el total de pacientes con indicación de hemodiálisis	
<b>Numerador</b> Número de pacientes con un nivel de albúmina sérica superior a 3,5 g/dl	<b>Denominador</b> Número total de pacientes con indicación de hemodiálisis
<b>Exclusiones</b> No se aplica ninguna exclusión	

### II.7.4. Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga

Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga	
Porcentaje de pacientes prevalentes con fístula arteriovenosa autóloga sobre el total de pacientes con indicación de hemodiálisis	
<b>Numerador</b> Número de pacientes con fístula arteriovenosa autóloga	<b>Denominador</b> Número total de pacientes con indicación de hemodiálisis
<b>Exclusiones</b> No se aplica ninguna exclusión	



## Anexo III. Análisis comparativo de resultados

Test de comparación de los resultados por indicador (2022 vs 2023)

Área	Indicador	Resultado 2022	Resultado 2023	Variación 2023-2022	p-valor del test Wilcoxon
Accesibilidad	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (mamografía)	9,8 días	8,4 días	● -14,0 %	0,993
	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (TAC)	4,0 días	2,9 días	● -26,4 %	0,126
	Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias (resonancia magnética)	7,7 días	5,9 días	● -23,5 %	0,152
	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (mamografía)	0,2 días	0,8 días	● 256,9 %	0,000
	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (TAC)	1,9 días	2,0 días	● 5,2 %	0,801
	Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias (resonancia magnética)	3,1 días	3,5 días	● 14,6 %	0,062
	Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio (bioquímica y hematología)	0,8 días	0,3 días	● -68,9 %	0,115
	Tiempo medio de espera de citación de pruebas de laboratorio (microbiología, inmunología, genética)	0,2 días	1,6 días	● 622,9 %	0,000
	Tiempo medio de entrega de informe de laboratorio (bioquímica y hematología)	0,8 días	0,3 días	● -61,8 %	0,000
	Tiempo medio de entrega de informe de laboratorio (microbiología, inmunología, genética)	1,4 días	1,4 días	● -4,5 %	0,020
	Tiempo medio de espera citación primera consulta especialista (oftalmología)	12,3 días	9,8 días	● -20,2 %	0,075
	Tiempo medio de espera citación primera consulta especialista (dermatología)	22,7 días	22,1 días	● -2,7 %	0,744
	Tiempo medio de espera citación primera consulta especialista (traumatología)	12,4 días	12,0 días	● -3,2 %	0,685
	Tiempo medio de espera citación primera consulta especialista (ginecología y obstetricia)	16,2 días	15,7 días	● -3,1 %	0,101
	Espera media quirúrgica	27,3 días	24,1 días	● -11,5 %	0,390
	Tiempo medio de asistencia en triage en urgencias	7,7 min	7,4 min	● -3,9 %	0,000
	Tiempo medio de asistencia facultativa en urgencias	19,4 min	19,8 min	● 2,1 %	0,000

Eficiencia	Estancia media bruta	4,0 días	3,8 días	● -3,1%	0,710
	Estancia media depurada	2,9 días	2,9 días	● 0,5 %	0,703
	Estancia preoperatoria media global	0,34 días	0,33 días	● -4,7%	0,723
	Estancia preoperatoria media global (episodios urgentes)	1,72 días	1,75 días	● 1,6 %	0,837
	Estancia preoperatoria media global (episodios no urgentes)	0,08 días	0,07 días	● -11,9 %	0,239
	Tasa de ambulatorización	44,9%	53,2%	● 18,4%	🚩 0,000
	Tasa de ambulatorización (niños)	57,2%	64,8%	● 13,3%	🚩 0,004
	Tasa de ambulatorización (adultos)	44,3%	52,6%	● 18,6%	🚩 0,001
Resolución asistencial	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	4,5 %	5,0 %	● 11,5 %	0,282
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta (niños)	2,9 %	2,8 %	● -2,7%	0,912
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta (adultos)	4,6 %	5,1%	● 12,2 %	0,297
	Tasa de reingresos post causa quirúrgica a los 7 días	1,2 %	1,3 %	● 7,4 %	0,431
	Tasa de reingresos post causa quirúrgica a los 7 días (niños)	1,2 %	1,1 %	● -1,8 %	0,764
	Tasa de reingresos post causa quirúrgica a los 7 días (adultos)	1,2 %	1,3 %	● 7,8 %	0,508
	Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta	3,1 %	3,2 %	● 3,0 %	0,277
	Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a los 30 días	0,5 %	0,6 %	● 19,2%	0,078
	Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a los 30 días (niños)	0,4 %	0,6 %	● 40,8 %	0,311
	Tasa de reingresos post alta de cirugía ambulatoria a los 30 días (adultos)	0,5 %	0,6 %	● 18,0 %	0,137
Calidad y seguridad	Mortalidad en grd de baja mortalidad	0,12 %	0,16 %	● 30,4 %	0,254
	Mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables	20,36 %	19,40 %	● -4,7%	0,067
	Mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables - trombosis venosa profunda	1,23 %	0,82 %	● -33,3%	0,165
	Mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables - neumonía	2,73 %	3,01 %	● 10,0 %	0,366
	Mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables - sepsis	9,97 %	7,65 %	● -23,3%	🚩 0,016
	Mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables - shock séptico	5,46 %	7,24 %	● 32,5 %	0,462

Calidad y seguridad	Mortalidad en pacientes quirúrgicos con complicaciones serias tratables - hemorragia gastrointestinal	0,96 %	0,68 %	● -28,6 %	0,621
	Úlcera por presión	0,04 %	0,03 %	● -21,6 %	0,276
	Neumotórax iatrogénico	0,01 %	0,01 %	● 12,8 %	0,252
	Infección sanguínea relacionada con catéter venoso central	0,02 %	0,02 %	● -8,5 %	0,911
	Fractura de cadera intrahospitalaria	0,00 %	0,01 %	● 49,9 %	0,191
	Hematoma o hemorragia posoperatoria	0,13 %	0,14 %	● 5,8 %	0,832
	Daño agudo renal posoperatorio que requiere diálisis	0,02 %	0,02 %	● -5,8 %	0,501
	Fallo respiratorio posoperatorio	0,02 %	0,02 %	● 11,9 %	0,749
	Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda perioperatoria	0,04 %	0,03 %	● -15,0 %	0,941
	Sepsis posoperatoria	0,06 %	0,05 %	● -17,2 %	0,692
	Dehiscencia herida quirúrgica posoperatoria	0,12 %	0,11 %	● -10,4 %	0,622
	Punción o laceración accidental abdominopélvica	0,26 %	0,33 %	● 30,2 %	0,125
	Traumatismo obstétrico – parto vaginal instrumentado	2,90 %	2,74 %	● -5,8 %	🚩 0,006
	Traumatismo obstétrico – parto vaginal no instrumentado (obstétrica)	0,49 %	0,59 %	● 21,7 %	🚩 0,038
	Ratio de intervenciones de cirugía segura (checklist quirúrgico)	91,9 %	98,6 %	● 7,3 %	🚩 0,000
Fractura de cadera	Estancia media bruta	8,8 días	8,3 días	● -5,3 %	0,609
	Estancia media depurada	7,9 días	7,8 días	● -1,4 %	0,671
	% de episodios con más de 20 días de estancia	5,2 %	4,1 %	● -21,3 %	0,827
	% de episodios intervenidos en < 48 horas desde el ingreso	66,4 %	68,8 %	● 3,6 %	0,445
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	7,3 %	8,3 %	● 13,6 %	0,749
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria global	2,9 %	3,5 %	● 22,0 %	0,928
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera pertrocantérea	3,4 %	3,0 %	● -10,1 %	0,265
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cuello de fémur	2,7 %	3,9 %	● 43,1 %	0,466
	Tasa de mortalidad en fractura de cadera sin procedimiento de prótesis sintético	3,1 %	3,4 %	● 9,5 %	0,820
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria en fractura de cadera con procedimiento de prótesis sintético	2,7 %	3,7 %	● 41,2 %	0,865

Partos	Estancia media bruta	2,9 días	3,0 días	● 0,8 %	0,627
	Estancia media depurada	2,8 días	2,8 días	● 0,5 %	0,611
	Tasa de partos por cesárea	34,7%	33,6 %	● -3,2%	0,609
	% de partos vaginales con cesárea previa	31,4 %	31,5 %	● 0,3 %	0,737
	Ingresos preparto (falso trabajo de parto)	5,9 %	5,9 %	● -0,1%	0,799
Cancer de mama	Estancia media bruta	2,3 días	2,3 días	● 0,6 %	0,913
	Estancia media depurada	1,6 días	1,6 días	● -1,4 %	0,783
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	2,2 %	2,4 %	● 9,8 %	0,447
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	1,5 %	1,6 %	● 9,7 %	0,512
	Tasa de intervenciones quirúrgicas ambulatorias	14,9 %	24,0 %	● 61,1%	0,021
Cancer de pulmón	Estancia media bruta	7,9 días	7,6 días	● -2,9 %	0,894
	Estancia media depurada	6,4 días	6,3 días	● -2,2 %	0,821
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	17,7 %	16,4 %	● -7,4 %	0,328
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	13,1 %	12,0 %	● -8,6 %	0,841
Cancer de próstata	Estancia media bruta	3,8 días	3,3 días	● -13,9 %	0,006
	Estancia media depurada	3,1 días	2,7 días	● -13,4 %	0,000
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	4,9 %	5,3 %	● 8,1 %	0,358
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	1,6 %	1,5 %	● -2,0 %	0,937
IAM	Estancia media bruta	6,0 días	6,0 días	● -1,2 %	0,957
	Estancia media depurada	5,2 días	5,1 días	● -2,5 %	0,356
	Tasa de reingresos en hospitalización a los 30 días del alta	7,7 %	7,3 %	● -5,2 %	0,687
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria	5,3 %	5,9 %	● 13,1%	0,091
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo con elevación de ST	6,3 %	7,2 %	● 14,4 %	0,422
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio sin elevación de ST	3,4 %	3,7 %	● 10,2 %	0,236
	% ACTP Primarias	68,7 %	68,2 %	● -0,6 %	0,313
Cataratas	Tasa de complicaciones en los 3 días posteriores a la cirugía de cataratas	0,1 %	0,4 %	● 203,6 %	0,000

## Anexo IV. Relación de participantes

### IV.1. Centros hospitalarios y clínicas participantes

Listado de centros hospitalarios y clínicas participantes en el Estudio RESA 2024:

#### IMQ

- Clínica IMQ Zorrotzaurre
- Clínica IMQ Virgen Blanca

#### Grupo Hospitales Católicos de Madrid

- Hospital Universitario San Francisco de Asís

#### Grupo Ribera Salud

- Hospital Universitario del Vinalopó
- Hospital Universitario de Torrejón
- Hospital Ribera Povisa
- Hospital de Molina

#### Orden hospitalaria de San Juan de Dios

- Hospital San Juan de Dios Córdoba
- Hospital San Juan Grande Jerez
- Hospital San Rafael Madrid
- Hospital San Juan de Dios Tenerife

#### Grupo hospitalario HLA

- Hospital Mediterráneo
- Clínica Montpellier
- Clínica Perpetuo Socorro
- Clínica Santa Isabel
- Clínica Vistahermosa

- Hospital El Ángel
- Hospital Inmaculada
- Hospital Jerez Puerta del Sur
- Hospital La Vega
- Hospital Moncloa
- Hospital San Carlos

#### Grupo HM Hospitales

- HM Sanchinarro
- HM Madrid
- HM Puerta del Sur
- HM Montepíncipe
- HM Vallés
- HM Torreldones
- HM Nuevo Belén
- HM Nou Delfos
- HM Nens
- HM Modelo
- HM Rosaleda
- HM Regla
- HM San Francisco
- HM Rivas
- HM La Esperanza

## Grupo Hospiten

- Hospital Universitario Hospiten Bellevue
- Hospital Universitario Hospiten Sur
- Hospital Universitario Hospiten Rambla
- Hospiten Lanzarote
- Hospiten Roca
- Hospiten Estepona
- MD Anderson Cancer Center Madrid

## Grupo Quirónsalud

- Hospital Universitario La Luz
- Hospital Quirónsalud Tenerife
- Hospital Quirónsalud El Pilar
- Hospital Quirónsalud Barcelona
- Hospital Universitari Dexeus
- Hospital Universitari General de Catalunya
- Hospital Quirónsalud Bizkaia
- Hospital Quirónsalud Ciudad Real
- Hospital Quirónsalud Clideba
- Hospital Ruber Internacional
- Hospital Quirónsalud Sur
- Hospital Quirónsalud Toledo
- Hospital Quirónsalud Torrevieja
- Hospital Quirónsalud Infanta Luisa
- Hospital Quirónsalud Lugo
- Hospital Quirónsalud Costa Adeje
- Hospital Quirónsalud Campo de Gibraltar
- Hospital Quirónsalud Córdoba
- Hospital Quirónsalud del Vallés
- Hospital Quirónsalud Miguel Domínguez
- Hospital Quirónsalud Huelva
- Hospital Universitario Quirónsalud Madrid
- Hospital Quirónsalud Málaga
- Hospital Universitari Sagrat Cor
- Hospital Quirónsalud Cáceres
- Hospital Quirónsalud Son Verí
- Hospital Quirónsalud Valencia
- Hospital Quirónsalud Zaragoza
- Hospital Quirónsalud Albacete
- Hospital Ruber Juan Bravo
- Hospital Quirónsalud Santa Cristina
- Hospital Quirónsalud Vitoria
- Hospital Quirónsalud Murcia
- Hospital Quirónsalud Palmaplanas
- Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón
- Hospital Quirónsalud San José
- Hospital Quirónsalud Marbella
- Hospital Quirónsalud A Coruña
- Hospital Quirónsalud Valle del Henares - Torrejón de Ardoz
- Hospital Digital Quirónsalud
- Hospital Quirónsalud Santa Justa
- Hospital Quirónsalud Vida
- Hospital Universitario General de Villalba
- Hospital Universitario Infanta Elena
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
- Hospital Quirónsalud Badalona

## Grupo Recoletas

- Hospital Recoletas de Castilla y León
- Hospital Recoletas de Burgos
- Hospital Recoletas Segovia
- Hospital Recoletas Zamora
- Hospital Recoletas Cuenca
- Hospital Recoletas Ponferrada
- Hospital Recoletas Campo Grande
- Hospital Recoletas Palencia
- Hospital Recoletas Felipe II

## Sanitas

- Hospital Sanitas CIMA
- Hospital Universitario Sanitas La Moraleja
- Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela
- Hospital Universitario Sanitas Virgen del Mar

## Grupo Viamed Salud

- Hospital Viamed Bahía de Cádiz
- Hospital Viamed San José
- Hospital Viamed Fuensanta
- Hospital Viamed Santa Elena
- Hospital Viamed Monegal
- Hospital Viamed Los Manzanos
- Hospital Viamed Montecanal
- Hospital Viamed Novo Sancti Petri
- Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz
- Hospital Viamed Santiago
- Hospital Viamed Fátima

## Grupo Vithas

- Hospital Vithas Alicante
- Hospital Vithas Medimar
- Hospital Vithas Almería
- Hospital Vithas Castellón
- Hospital Vithas Las Palmas
- Hospital Vithas Granada
- Hospital Vithas Sevilla
- Hospital Vithas Lleida
- Hospital Vithas Madrid La Milagrosa
- Hospital Vithas Madrid Aravaca
- Hospital Vithas Madrid Arturo Soria
- Hospital Vithas Málaga
- Hospital Vithas Xanit Internacional
- Hospital Vithas Vigo
- Hospital Vithas Valencia 9 de octubre
- Hospital Vithas Aguas Vivas
- Hospital Vithas Valencia Consuelo
- Hospital Vithas Vitoria
- Hospital Vithas Tenerife

## Grupo Hospitales San Roque Universitarios

- Hospital San Roque Maspalomas
- Hospital San Roque Las Palmas de Gran Canaria

## Policlínica Comarcal del Vendrell

## Hospital Perpetuo Socorro

## Centro Médico Asturias

## IV.2. Centros ambulatorios participantes

Listado de centros ambulatorios participantes en el Estudio RESA 2024:

### Grupo HM Hospitales

- Policlínico HM Rosaleda Lalín
- Policlínico HM Cruz Verde Alcalá de Henares
- Policlínico HM IMI Toledo
- Policlínico HM La Paloma Torrejón de Ardoz
- Policlínico HM Las Tablas
- Policlínico HM Sant Andreu
- Policlínico HM Virgen del Val Alcalá de Henares
- Policlínico HM Arapiles
- Policlínico HM Arganda
- Policlínico HM Collblanc
- Policlínico HM Getafe
- HM Gabinete Médico Velázquez
- Centro Médico HM La Paloma Hilados
- Policlínico HM Sanchinarro
- Policlínico HM Matogrande A Coruña
- Policlínico HM Moraleja
- Policlínico HM Distrito Telefónica
- Policlínico HM Valdebebas
- Policlínico HM Viladecans

### Grupo Quirónsalud

- Olympia
- Policlínica Gipuzkoa
- Clínica Rotger
- Centro Médico Teknon

- Centro Médico Quirónsalud Alicante
- Centro Médico Quirónsalud Valle del Henares
- Centro Médico Quirónsalud Badalona
- HDQS Talavera
- Clínica Ricardo Palma
- Clínica Quirónsalud Alcázar
- Instituto Extremeño de Reproducción Asistida (IERA)
- Hospital de Día Donostia
- Quirónprevención
- Centro Médico Quirónsalud Baleares
- Centro Médico Quirónsalud Tres Cantos
- Centro Médico Quirónsalud Almendralejo
- Centro Médico Quirónsalud Don Benito
- Hospital de Día Quirónsalud Zaragoza
- Centro Médico Quirónsalud Elche
- Centro de Protonterapia
- Health Diagnostic
- Centro Médico Quirónsalud Valdebebas
- Centro Médico Quirónsalud Aribau
- Instituto de Reproducción Asistida QS Dexeus Murcia

### Grupo Recoletas

- Recoletas Laboratorios Clínicos
- Centro de Diagnóstico Recoletas Castilla y León



- Centro de Diagnóstico Cuenca
- Diagnóstico por Imagen Recoletas Segovia
- Clínica Médica Campoamor
- Vida-Unidad de la Mujer Recoletas
- Centro Médico Recoletas Paracelso
- Centro Médico Recoletas VEA
- Centro Médico Recoletas Calzadas
- Centro Médico La Marquesina
- Centro Médico Recoletas Guardo
- Centro Médico Recoletas Angustias
- Centro Médico Recoletas Jardín Botánico
- Centro Médico Recoletas Avenida de Castilla (Palencia)
- Centro Médico Recoletas Cervantes
- Centro Médico Recoletas Benavente
- Centro Médico Recoletas Palencia
- Centro Médico Recoletas Segovia
- Centro Médico Recoletas Zamora
- Centro Médico Recoletas Campoamor
- Centro Médico Recoletas Medina
- Centro Médico Recoletas Iscar
- Centro Médico Recoletas La Flecha
- Centro Diagnóstico Campo Grande

### Grupo hospitalario HLA

- Clínica Los Naranjos
- Clínica Dr. Sanz Vázquez

### Fresenius Medical Care

- 46 centros de Fresenius Medical Care

## IV.3. Información de la Sociedad Española de Fertilidad

La información sobre los 334 centros de reproducción asistida ha sido obtenida de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF).

## IV.4. Comité de expertos

El comité de expertos del Estudio RESA 2024 está formado por:

- José María Alcázar Peral, Quirónsalud
- Cristina Caramés, Quirónsalud
- Joaquín José Carreño Glaria, HLA
- Elena Casado Sanz, HM Hospitales
- Nicolás Guerra, IMQ
- Sonia Gutiérrez Gabriel, Sanitas
- María Fernanda Ramos, HM Hospitales
- Blanca Rodríguez Alonso, Quirónsalud
- Marta Sánchez Trigo, HLA
- Elena Seral, Orden Hospitalaria San Juan de Dios
- Ana Vara Lorenzo, Sanitas

## IV.5. Responsables del estudio

El equipo responsable de llevar a cabo el Estudio RESA 2024 está formado por profesionales de la Fundación IDIS y de IQVIA.

**Coordinación:** Marta Villanueva, directora general de la Fundación IDIS

- Mayte Segura, Fundación IDIS
- Ángel de Benito, Fundación IDIS
- Alessandra Rubio, Fundación IDIS
- Juan Carlos Álvarez, IQVIA
- Lucía González, IQVIA
- Sandra Segarra, IQVIA



Instituto para el Desarrollo  
e Integración de la Sanidad

Calle Magallanes, 34  
Local comercial  
28015 Madrid

91 790 67 56

91 790 68 69

[info@fundacionidis.com](mailto:info@fundacionidis.com)



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