

Observatorio del  
Desempeño Hospitalario  
2004





Observatorio del

Desempeño Hospitalario

2004



## **Observatorio del Desempeño Hospitalario 2004**

Primera edición, 2005

D.R.® Secretaría de Salud  
Lleja 7, Col. Juárez  
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

ISBN 970-721-291-8

La elaboración del **Observatorio del Desempeño Hospitalario 2004** estuvo a cargo de Francisco Garrido, Antonio Tapia, Raymundo Pérez, Tania Martínez y Vianey Campuzano de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.

Diseño de portada: Carlos Gayou  
Diseño de interiores: Victoria Castellanos  
Formación: Victoria Castellanos y Ulises Pérez Barba  
Fotografías: Dirección General de Comunicación Social, Secretaría de Salud.

**Observatorio del Desempeño Hospitalario 2004** puede recuperarse parcial o totalmente de la siguiente dirección en Internet:  
<http://evaluacion.salud.gob.mx>

# Índice

Presentación	7
Panorama General	11
Resultados	35
Recursos hospitalarios	
▶ Hospitales en el sector público	36
▶ Camas en hospitales públicos	38
▶ Médicos en hospitales públicos	40
▶ Enfermeras en hospitales públicos	42
▶ Equipos de alta tecnología en hospitales públicos: aceleradores lineales y tomógrafos	44
▶ Equipos de alta tecnología en hospitales públicos: mastógrafos y litotriptores	46
▶ Medicamentos en hospitales públicos	48
Egresos hospitalarios	
▶ Egresos en hospitales públicos	50
▶ Cirugías por quirófano	52
Sistemas de información	
▶ Calidad de los datos de egresos hospitalarios	54
Seguridad del paciente	
▶ Hospitales con servicio autorizado para el manejo de residuos peligrosos biológicos infecciosos (RPBI)	56
▶ Hospitales con laboratorio clínico, rayos X y farmacia autorizados	58
▶ Caídas de pacientes en el hospital y reacciones a transfusiones sanguíneas	60
▶ Infección de herida quirúrgica e inflamación del sitio de aplicación del suero	62
Calidad y eficiencia clínicas	
▶ Cesáreas	64
▶ Partos vaginales	66
▶ Colectomías	68
▶ Hernioplastia inguinal	70
▶ Apendicectomía	72
▶ Neumonías	74
▶ Hospitales certificados	76
Trato adecuado y satisfacción de los usuarios	
▶ Tiempo de espera en servicios de urgencias y en hospitalización	78
▶ Cirugías diferidas y tiempo de espera para cirugía	80
▶ Trato respetuoso	82
▶ Comunicación	84
▶ Autonomía	86
▶ Confidencialidad	88
▶ Capacidad de elección de los servicios	90
▶ Comodidades básicas	92
▶ Acceso a redes de apoyo durante la hospitalización	94
▶ Satisfacción del paciente	96
Notas metodológicas	99
Anexo	105
Bibliografía consultada	123
Agradecimientos	125



# Presentación

Con esta nueva edición del Observatorio del Desempeño Hospitalario (ODH) se refrenda el compromiso de esta administración de informar regularmente sobre los resultados que están obteniendo los hospitales públicos en los dominios de calidad y eficiencia clínicas, seguridad del paciente, trato adecuado y satisfacción de los usuarios, y producción de servicios.

A diferencia de la edición 2003 que incluyó solamente los hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA), la nueva edición del ODH ha incorporado a la medición del desempeño hospitalario unidades pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el programa IMSS-Oportunidades.

Para los trabajadores de los hospitales que están en contacto directo con los enfermos o los que cumplen funciones directivas, las comparaciones del desempeño entre las instituciones deben estimular la identificación de los retos y la búsqueda de oportunidades de mejora en sus servicios, contribuir a consolidar las prácticas institucionales que están mostrando resultados positivos, fortalecer el aprendizaje institucional mediante el intercambio de experiencias positivas o negativas y establecer mecanismos de corrección donde los resultados obtenidos no se correspondan con los esperados.

La evaluación del desempeño hospitalario es una práctica común a casi todos los sistemas de salud. Los países con ejercicios de evaluación consolidados pasaron, hace algunos años, por las etapas de incertidumbre por las que ahora transita nuestro sistema de salud, la cual está marcada por ciertas carencias de información específica que no permiten conocer con exactitud algunos aspectos del quehacer hospitalario, reduciendo con ello la posibilidad de ofrecer recomendaciones más sólidas a los gerentes y proveedores de servicios. Poner a la consideración de los tomadores de decisión estas necesidades de información es el primer paso para contar con ejercicios de evaluación que generen resultados que beneficien tanto al personal de los servicios como a los pacientes.

Se sabe que los sistemas de información de los hospitales no fueron diseñados para la evaluación del desempeño. Sin embargo, en todos los países constituyen la fuente principal de datos para estos ejercicios. Estas fuentes se complementan con información derivada de las encuestas de usuarios y prestadores, registros nacionales o institucionales de recursos humanos, inventarios de equipos y tecnologías médicas y, de los sistemas de cuentas nacionales de salud.

Uno de los aspectos que debemos fortalecer en materia de información hospitalaria se relaciona con los datos de egresos hospitalarios. En algunas instituciones no se registran de manera sistemática los diagnósticos secundarios que coexisten o se asocian al diagnóstico principal que motivó el ingreso del paciente, ni tampoco

se registran muchos de los procedimientos médico-quirúrgicos desplegados durante la atención. Esta situación impide agrupar los egresos por su grado de complejidad y cancela los intentos por estimar el gasto asociado a las intervenciones. Ambas situaciones limitan la comparación del desempeño entre hospitales similares y entre instituciones. Otros componentes a fortalecer dentro de los sistemas de información y que resulta imprescindible para las actividades de planeación y definición de políticas tienen que ver con la revisión, rediseño, o la actualización de los registros nacionales o institucionales de los recursos humanos, así como también con los inventarios de equipos y tecnologías médicas disponibles. La información actual sobre estos componentes está muy fragmentada y es insuficiente en cuanto a sus contenidos.

A pesar de las limitaciones de los sistemas de información ya comentadas, en la presente edición del ODH se describen un par de indicadores de disponibilidad de alta tecnología médica en hospitales como son los aceleradores lineales, tomógrafos, litotriptores y mastógrafos. Por ahora, nos limitamos a describir su distribución por institución y ubicación geográfica, esperando contar en el futuro cercano con datos adicionales que nos permitan relacionar la disponibilidad de la tecnología médica con las necesidades de salud de la población, incluyendo aspectos de productividad y de vida útil de los equipos, entre otros puntos de interés. Los resultados iniciales apuntan a una distribución muy desigual de los equipos y a una restricción seria de la población para acceder a esta tecnología.

Como parte de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud (SIC) y un grupo de hospitales de los SESA, están impulsando un ambicioso cambio en la cultura de seguridad del paciente en los ámbitos hospitalarios. La estrategia seguida incluye sensibilizar al personal sobre la naturaleza y magnitud de los problemas de seguridad, así como la revisión y adopción de los mecanismos más idóneos para registrar su ocurrencia y prevenir los errores en la atención de los pacientes. Esta estrategia se adhiere a la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente que la Organización Mundial de la Salud y organizaciones asociadas pusieron en marcha el 27 de octubre de 2004. En este mismo sentido, a principios de 2005 las instituciones del sector público acordaron con la SIC alinear progresivamente sus listas de indicadores con las sugeridas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en particular con la propuesta de 21 indicadores sobre seguridad del paciente publicada el 28 de octubre de 2004. En esta edición del ODH se presentan los primeros resultados obtenidos de la encuesta de usuarios en relación con los indicadores de caídas de los pacientes en el hospital, infección de la herida quirúrgica, reacciones a transfusiones sanguíneas e inflamación del sitio de aplicación del suero. Se mantienen en esta edición los indicadores de procesos seleccionados el año anterior que dan cuenta de los aspectos generales de seguridad del paciente en los hospitales.

De igual forma, la edición 2004 del ODH mantuvo el seguimiento de los indicadores agrupados en el dominio de calidad y eficiencia clínicas presentados el año previo. En este rubro se incluyó el porcentaje de hospitales certificados por el Consejo de Salubridad General, el promedio de intervenciones quirúrgicas por



quirófano, el porcentaje de suspensión y reprogramación de cirugías, así como seis rastreadores clínicos contruidos sobre la base de los días de estancia hospitalaria, porcentaje de complicaciones y de readmisiones.

Para el dominio de trato adecuado y satisfacción de los usuarios se seleccionó una muestra de 73 hospitales y 12,000 usuarios que egresaron de los hospitales seleccionados. Con los datos de esta encuesta se construyeron los ocho indicadores que miden la capacidad de respuesta de los hospitales a las expectativas no médicas de sus usuarios como trato digno, autonomía, confidencialidad, comunicación, capacidad de elección, atención pronta, comodidades básicas y acceso a redes de apoyo durante la hospitalización. Asimismo, en las visitas a los hospitales se incluyó una lista de 31 medicamentos seleccionados del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, para los cuales se verificó su disponibilidad en las farmacias o almacenes de los hospitales.

Esta nueva edición del ODH se ha enriquecido con la participación de los hospitales de la seguridad social y del IMSS-Oportunidades, esperamos ampliar y consolidar estos esfuerzos de coordinación entre las instituciones y mejorar cada vez más el ejercicio de evaluación a la par que fortalecemos nuestros sistemas de información. De igual forma, sería de esperar que para la edición 2005 se sumen los hospitales privados cuya información, por lo general, no está disponible.

Mantenemos la convicción que al hacer públicos los resultados de la evaluación del desempeño hospitalario, estamos promoviendo y fortaleciendo la democratización de los servicios de salud al transparentar el uso de los recursos públicos y entregándole al ciudadano la información sobre sus instituciones. De igual forma, se están proporcionando evidencias para la toma de decisiones que mejoren la gerencia y prestación de los servicios en los hospitales públicos.

Dr. Enrique Ruelas Barajas

*SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN Y CALIDAD*





# Panorama General



Los hospitales son establecimientos que a través de personal especializado, combinan instalaciones físicas, tecnología médica, y recursos materiales y financieros, para satisfacer necesidades de salud de mediana a alta complejidad. Son, por otra parte, los centros más importantes para la producción y transferencia de conocimientos y habilidades del saber médico, de enfermería y de muchas otras disciplinas relacionadas con la salud.

Miles de personas entran en contacto cada día con los prestadores de servicios hospitalarios. En un día típico, en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios Estatales de Salud (SESA) e IMSS-Oportunidades se atienden 2 200 partos, y se realizan 940 cesáreas, 220 apendicectomías, 210 colecistectomías abiertas y 170 hernioplastías inguinales, entre muchos otros servicios que generan un promedio de 13 400 egresos diariamente.

Los servicios de salud en lo general y los servicios hospitalarios en lo particular, además de propiciar el desarrollo y bienestar de la población, constituyen un creciente sector de la actividad económica del país a través de la generación de empleos, la demanda de diversos insumos y el desarrollo de conocimientos e innovación tecnológica. La inversión en atención hospitalaria medido como porcentaje del gasto público en salud, alcanza en México 56.2 por ciento.

La evaluación del desempeño hospitalario es una práctica extendida en la mayoría de los sistemas de salud en el mundo y en casi todos ellos el objetivo es ofrecer evidencias a los tomadores de decisión respecto de varios dominios o componentes que rescatan las principales actividades del quehacer de estas instituciones. Las preguntas básicas que intenta responder son las siguientes: qué se está haciendo; cómo se está haciendo; qué resultados se están obteniendo, y qué medidas se podrían tomar para mejorar el desempeño de estas instituciones. Por otra parte, la difusión de los resultados de la evaluación promueve la identificación de oportunidades de mejora al comparar el nivel de logros alcanzado por un hospital en comparación con los logros de otros hospitales parecidos en actividades similares.

La edición 2004 del *Observatorio del Desempeño Hospitalario* (ODH) ha mantenido básicamente la misma estructura y contenido de la edición pasada. Las

En un día típico, en los hospitales se atienden 2 200 partos, y se realizan 940 cesáreas, 220 apendicectomías, 210 colecistectomías abiertas y 170 hernioplastías inguinales.

El sector público de la salud cuenta con 1 047 hospitales aunque se trata, en su gran mayoría, de hospitales pequeños.

modificaciones realizadas a la presente edición corresponden a una nueva sección relacionada con recursos y servicios donde se han incluido indicadores de disponibilidad de recursos y de equipos de alta tecnología médica. Los dominios que se mantuvieron en la evaluación fueron: calidad de los sistemas de información; seguridad del paciente; calidad y eficiencia clínicas, y trato adecuado y satisfacción de los usuarios. Las fuentes de información consultadas fueron las bases de datos de los egresos hospitalarios del IMSS, ISSSTE, el IMSS-Oportunidades y SESA; los registros institucionales sobre recursos humanos e inventarios de equipos que concentra la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud (SS), y los datos provenientes de una encuesta donde se seleccionaron a 12 000 usuarios que egresaron de los servicios de 73 hospitales seleccionados para el estudio.

#### Recursos en hospitales públicos

El sector público de la salud cuenta con 1 047 hospitales, incluyendo a los Institutos Nacionales de Salud y a los Hospitales Federales de Referencia. La mayor parte de los hospitales (909) se clasifican como generales y el resto como hospitales de especialidad. 55 por ciento de estas unidades prestan servicios a la población sin seguridad social, aunque se trata, en su gran mayoría, de hospitales pequeños. Tal es el caso de los hospitales de los SESA, donde 38 por ciento de sus unidades tienen menos de 30 camas y 70 por ciento 60 camas o menos.

Con la información disponible no se pudo estimar el porcentaje de la población del país que tiene acceso restringido a los servicios hospitalarios, medido en función de los tiempos de viaje desde las localidades al centro asistencial.

De acuerdo con la literatura, la investigación sobre aspectos vitales del quehacer hospitalario es muy escasa, por lo que las decisiones de política de cómo adecuar estas instituciones a la realidad actual y cómo definir el futuro de los hospitales no cuentan con evidencias sólidas que contribuyan a la toma de decisiones. Preguntas básicas sobre cómo funcionan los hospitales, cuál es el número y tipo de personal que se necesita, qué capacidad de producir servicios debe tener un hospital, dónde se deben construir las nuevas unidades, qué hospitales debieran ampliarse o reducirse, etc., no tienen respuestas sencillas, entre otras razones porque no se están investigando.

Por otro lado, hay varias incertidumbres respecto de los elementos a considerar en la planeación de los nuevos hospitales. Entre éstos destacan el pronóstico de la demanda, los cambios probables en los días de estancia y el desempeño hospitalario, el uso de nuevas tecnologías, los beneficios de la subespecialización y su efecto en el acceso a los servicios, y las nuevas estrategias de dotación de los recursos humanos, entre otros. Las instituciones académicas y las autoridades de salud debieran promover y fortalecer la investigación relacionada con estos tópicos con el objetivo de generar evidencias que permitan reducir las desigualdades en el acceso y utilización de los servicios hospitalarios y preparar la infraestructura necesaria para contender con los nuevos retos de la salud.

Una situación muy parecida a la anterior en cuanto a conocimiento escaso y fragmentado lo tenemos en el rubro de los recursos humanos, en particular lo relacionado con el personal médico y de enfermería en los hospitales públicos. A la fecha, la planeación de estos recursos enfrenta varios obstáculos que no se han resuelto completamente. En primer lugar, tenemos registros incompletos sobre el volumen de la fuerza laboral y su distribución en las diferentes unidades y servicios; poco sabemos de sus características sociodemográficas, académicas, contractuales, de movilidad laboral (migración interna y externa), de capacitación continua, de expectativas, etc. En segundo lugar, tenemos un conocimiento fragmentado de la inversión que el sector público de la salud está haciendo en la formación de estos recursos y cómo ésta se relaciona con la tasa de reemplazo de la fuerza laboral. Necesitamos avanzar en estas tareas que, en un principio, son básicamente acopio de datos primarios bajo la modalidad de registros nacionales, estatales o institucionales, como los que han establecido diferentes sistemas de salud en el mundo, y que constituyen el punto de partida para estudios y análisis más detallados de las necesidades y de la formulación de políticas en esta materia.

En los hospitales públicos, con la excepción de IMSS, se identificó para el año 2003 un total de 47 915 médicos generales, familiares, especialistas y en formación (pasantes, internos y residentes). Este personal se distribuyó de la siguiente manera: médicos generales y familiares, 12.6 por ciento; especialistas, 57.2 por ciento, y en formación, 30.2 por ciento. Los profesionales en formación constituyen una fracción muy importante de la fuerza laboral en algunas instituciones: en los hospitales del

En los hospitales públicos, con la excepción de IMSS, se identificó para el año 2003 un total de 47 915 médicos generales, familiares, especialistas y en formación.

A nivel nacional, se observó una relación de 1.1 médicos por cama y 4.5 médicos especialistas por médico general.

IMSS-Oportunidades, 76 por ciento de sus médicos pertenecen a esta categoría y en los SESA esta cifra es de 32.2 por ciento.

A nivel nacional, se observó una relación de 1.1 médicos por cama y 4.5 médicos especialistas por médico general. Ambos indicadores tienen una distribución desigual por entidad federativa.

En 2003, el total de enfermeras en los hospitales públicos (excepto IMSS) era de 71 592: enfermeras generales, 46.3 por ciento, especialistas, 14.8 por ciento y pasantes o auxiliares de enfermería, 38.9 por ciento. En los hospitales de la SEDENA poco más del 85 por ciento de su planta de enfermeras correspondió a enfermeras generales, mientras que en el IMSS-Oportunidades 50 por ciento se ubicaron en la categoría de pasantes o auxiliares. El ISSSTE mostró la distribución más balanceada de las tres categorías laborales, así como la proporción más alta de enfermeras especialistas (26.4%): por cada enfermera especialista en los SESA hay 2.4 enfermeras especialistas en el ISSSTE.

A nivel nacional, la relación de enfermeras por cama fue de 1.7, la relación de enfermeras por médico de 1.5 y la relación de enfermeras hospitalarias por enfermeras en servicios ambulatorios de 2.4.

A nivel nacional, la relación de enfermeras por cama fue de 1.7, la relación de enfermeras por médico de 1.5 y la relación de enfermeras hospitalarias por enfermeras en servicios ambulatorios de 2.4. Por entidad federativa, estos indicadores presentaron variaciones considerables, destacando la baja disponibilidad del personal de enfermería en Michoacán.

En los hospitales públicos hay 75 398 camas censables, lo que representa una disponibilidad de 0.7 camas por cada mil habitantes. Esta cifra es la más baja entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), donde el promedio es de 4.0 camas por mil habitantes. En comparación con algunos países de América, la disponibilidad de camas en México es similar a la de El Salvador (0.7), pero inferior a la de Panamá (1.8), Colombia (1.2), Perú (1.1) y Bolivia (1.0).

De 1995 a 2004, las camas censables en el sector público crecieron 9.7 por ciento. Los mayores incrementos por institución se observaron en la SEMAR (73.6%), el IMSS-Oportunidades (26.6%) y SESA (20.8%). Por el contrario, en SEDENA y PEMEX hubo un decremento de 27.2 y de 8.3 por ciento en el mismo periodo, respectivamente.

Por entidad federativa, en la población con seguridad social hay cinco entidades con una relación de camas por habitante satisfactoria (una o más camas por mil



habitantes): Distrito Federal, Yucatán, Morelos, Jalisco y Baja California Sur. Sin embargo, las diferencias interestatales son considerables: la disponibilidad de camas en estas entidades es de tres a seis veces más alta que la disponibilidad de camas del Estado de México. En la población atendida por los SESA y el IMSS-Oportunidades, las diferencias muestran un patrón similar: los estados de Aguascalientes, Durango, Sonora, Baja California Sur y Distrito Federal cuentan con tres y seis veces más camas por mil habitantes que el estado de Chiapas, respectivamente.

En el rubro de equipos de alta tecnología médica se incluyeron los aceleradores lineales, tomógrafos, mastógrafos y litotriptores. En México, el sector público cuenta con 15 aceleradores lineales, distribuidos en siete entidades federativas (Aguascalientes, Chiapas, Distrito Federal, Jalisco, Nuevo León, Puebla y San Luis Potosí). De éstos, siete se localizan en el Distrito Federal, tres en Jalisco y uno en cada una de las cinco entidades restantes.

El número de tomógrafos asciende a 193 equipos. Las instituciones públicas de salud de Hidalgo, Nayarit y Tlaxcala son las únicas que no disponen de esta tecnología. En cambio, los estados con el mayor número de tomógrafos son el Distrito Federal (67), Veracruz (13) y el Estado de México (12). La relación de tomógrafos por millón de habitantes en el país es de 1.8. Esta cifra es la más baja entre los países de la OCDE, donde Polonia y Hungría, países que le anteceden, cuentan con 6.3 y 6.9 tomógrafos cada millón de habitantes. Entre las entidades federativas que disponen de estos equipos hay diferencias notables: en el Distrito Federal existen 7.6 tomógrafos por millón de habitantes, mientras que en Chiapas esta cifra es de 0.7. La población con seguridad social dispone de 2.5 tomógrafos por millón de habitantes contra 1.3 en la población atendida por los SESA y el IMSS-Oportunidades.

En las instituciones públicas de salud se cuenta con 151 mastógrafos, lo que equivale a 5.6 mastógrafos por millón de mujeres de 25 años y más. Las diferencias entre las entidades federativas señalan que en Campeche hay 27.7 mastógrafos por millón de mujeres de 25 años y más, mientras que en el Estado de México esta cifra es de 1.6.

En materia de litotriptores, las instituciones públicas disponen de 32 equipos ubicados en once estados de la República, lo que implica que 48 por ciento de la población a nivel nacional no tiene acceso a esta tecnología.

La relación de tomógrafos por millón de habitantes en el país es de 1.8. Polonia y Hungría, cuentan con 6.3 y 6.9 tomógrafos cada millón de habitantes.

En Campeche hay 27.7 mastógrafos por millón de mujeres de 25 años y más, mientras que en el Estado de México esta cifra es de 1.6.

El IMSS como el ISSSTE mostraron los porcentajes más altos de abasto de medicamentos con 92 y 87.9 por ciento, respectivamente.

El último indicador incluido en este grupo fue el de medicamentos disponibles en los hospitales públicos, para lo cual se empleó una lista de verificación, en almacenes o farmacias, de 31 medicamentos. De acuerdo con el criterio de tener en existencia una o más presentaciones de los medicamentos seleccionados, tanto el IMSS como el ISSSTE mostraron los porcentajes más altos de abasto de medicamentos con 92 y 87.9 por ciento, respectivamente. El IMSS-Oportunidades presentó una cifra intermedia de 80 por ciento, mientras que en los SESA esta cifra fue de 70.4 por ciento.

Entre los medicamentos con menor disponibilidad en todos los hospitales destacaron el flunitrazepam, cefalotina, ergonovina y ketorolaco. De manera particular destacó la falta de cefalotina y sulfato de magnesio en los hospitales del ISSSTE, la furosemida y lidocaina en los SESA y la indometacina en los hospitales del IMSS-Oportunidades. De acuerdo con estos resultados, se mantiene la brecha de desabastecimiento de medicamentos en los hospitales de los SESA respecto de los hospitales de la seguridad social. Estas diferencias se empiezan a reducir en la atención ambulatoria con el efecto del Seguro Popular de Salud y es de esperar que en la atención hospitalaria ocurra algo similar en el corto plazo.

### Egresos en hospitales públicos

En 2004 los hospitales públicos generaron casi 4.5 millones de egresos hospitalarios, lo que representa 41.9 egresos por mil habitantes. Esta cifra es superior a la registrada en Perú y Guatemala, con 39.1 y 29.4 egresos por mil habitantes, respectivamente. Sin embargo, es inferior a la de Ecuador, Costa Rica y Chile, donde se registran 55.5, 79.7 y 99.2 egresos por mil habitantes, respectivamente.

Los egresos totales en varias instituciones públicas han aumentado consistentemente en la última década debido, entre otras razones, a la disminución en el promedio de los días de estancia y al aumento en el número de camas disponibles. De 1995 a 2004, el aumento en los egresos fue del 22 por ciento, mientras que las camas de hospital crecieron 9.7 por ciento en el mismo periodo. Las instituciones que presentaron los mayores incrementos durante el periodo fueron los SESA, con 71 por ciento, seguido de la SEDENA, con 44.8 por ciento,

IMSS-Oportunidades, con 5.7 por ciento e IMSS con 1.6 por ciento. Por otra parte, ISSSTE, PEMEX y SEMAR registraron una disminución de 2.4, 2.4 y 47 por ciento en este rubro, respectivamente. En el promedio de egresos por cama por año, SEDENA duplicó su número de egresos, pasando de 17.1 en 1995 a 34.1 egresos por cama en 2004, mientras que los SESA y PEMEX aumentaron 42 y 6.5 por ciento sus egresos por cama en el mismo periodo, respectivamente.

De 1995 a 2004 la distribución de los egresos por grupos de edad mostró algunos cambios esperados: una disminución porcentual que varió de 0.1 a 0.7 por ciento entre los menores de 14 años; una disminución de 2.8 por ciento en el grupo de 15 a 44 años; un aumento de 1.9 por ciento en el grupo de 45 a 64 años, y un aumento de 2.2 por ciento en la población de 65 años y más.

De igual forma, la distribución de los diagnósticos más frecuentes al egreso también se ha modificado en este periodo: se observó una disminución porcentual de los egresos por bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma en 23.4 por ciento; las enfermedades infecciosas intestinales en 17.5 por ciento y la insuficiencia renal en 1.7 por ciento. En sentido contrario, los diagnósticos principales que más aumentaron fueron la colecistitis y colelitiasis (67.4%), las infecciones respiratorias agudas (62.3%) y las enfermedades del corazón (43.4%). Le siguieron en orden de importancia las neumonías, la diabetes mellitus y los tumores malignos. Finalmente, habría que señalar que durante el periodo 1995-2004 se han mantenido invariables las primeras cuatro causas principales de egresos hospitalarios: causas obstétricas directas, parto único espontáneo, traumatismos y envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.

Otro indicador de productividad hospitalaria incluido fue el de cirugías por quirófano. En el IMSS se realizan casi 1.5 millones de cirugías anuales, 250 mil en el ISSSTE y casi un millón en los hospitales de los SESA, incluyendo los Hospitales Federales de Referencia e Institutos Nacionales de Salud.

La comparación interinstitucional en la productividad quirúrgica muestra diferencias interesantes. El IMSS y el IMSS-Oportunidades tienen la productividad quirúrgica más alta del sector público, con 4.0 y 3.54 cirugías diarias por quirófano, respectivamente, mientras que en el ISSSTE y los SESA el promedio es de 2.45 y

Los diagnósticos principales que más aumentaron fueron la colecistitis y colelitiasis (67.4%), las infecciones respiratorias agudas (62.3%) y las enfermedades del corazón (43.4%).

El IMSS y el IMSS-Oportunidades tienen la productividad quirúrgica más alta del sector público, con 4.0 y 3.54 cirugías diarias por quirófano, respectivamente.

2.43, respectivamente. La cifra más baja correspondió a los hospitales de PEMEX, donde el promedio fue de 1.88 cirugías diarias por quirófano. Las diferencias en la productividad de los quirófanos por instituciones pueden obedecer a varias causas: a) la oferta o disponibilidad de quirófanos en relación con la población de responsabilidad, como puede ser el caso de PEMEX, donde se cuenta con 0.7 quirófanos por 10 000 asegurados, mientras que en el IMSS esta relación es de 0.2; b) diferencias en el tipo de cirugías que se realizan en las instituciones, donde a mayor especialidad el tiempo quirúrgico suele ser más prolongado; c) diferencias en las condiciones de salud de los pacientes atendidos, y d) factores relacionados con la organización de los servicios quirúrgicos que se asocian con mayor o menor eficiencia de los mismos.

Por entidad federativa, la mayor productividad quirúrgica de los SESA se presentó en Querétaro y Guanajuato, con cifras cuatro veces más altas que las de Chihuahua. En la seguridad social, Querétaro presentó un promedio de intervenciones quirúrgicas dos veces más alto que Sonora y el Distrito Federal.

#### Sistemas de información de egresos hospitalarios

En la revisión de las bases de datos de egresos hospitalarios se observó un registro completo de las características sociodemográficas de los pacientes, así como de las variables biológicas de interés en algunos grupos de edad. Donde se observaron diferencias entre las instituciones fue en los campos de captura relacionados con los diagnósticos y procedimientos al egreso. Aun cuando hay diferencias entre las instituciones respecto del número de diagnósticos y procedimientos que pueden registrarse, los resultados indican que en el ISSSTE casi en el 100 por ciento de sus egresos sólo se registró un diagnóstico como causa de hospitalización. Un registro mejor se observó en el IMSS y los SESA. En el primero, cerca del 17 por ciento de los egresos tuvieron dos o más diagnósticos secundarios, mientras que en los SESA esta cifra fue de 16 por ciento.

En el rubro de registro de procedimientos médico-quirúrgicos, los SESA mostraron una distribución más consistente con el tipo de diagnósticos al egreso: en 20 por ciento de los egresos no se registró ningún procedimiento; en el 37 por

ciento se registró uno y en el 43 por ciento restante se registraron dos y más procedimientos. En el IMSS estas cifras fueron de 48, 41.6 y 10.4 por ciento, respectivamente.

### Seguridad del paciente

Como parte de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad (SIC) y un grupo de hospitales de los SESA están impulsando un ambicioso cambio en la cultura de seguridad del paciente en los ámbitos hospitalarios. La estrategia incluye sensibilizar al personal sobre la naturaleza y magnitud de los problemas de seguridad, así como la revisión y adopción de los mecanismos más idóneos para registrar su ocurrencia y prevenir los errores en la atención de los pacientes. Esta estrategia se adhiere a la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente que la Organización Mundial de la Salud y organizaciones asociadas pusieron en marcha el 27 de octubre de 2004. En este mismo sentido, a principios de 2005 las instituciones del sector público acordaron con la SIC alinear progresivamente sus listas de indicadores con las sugeridas por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), en particular con la propuesta de 21 indicadores sobre seguridad del paciente publicada el 28 de octubre de 2004. En esta edición del ODH se presentan los primeros resultados obtenidos de la encuesta de usuarios en relación con los indicadores de caídas de los pacientes en el hospital, infección de la herida quirúrgica, reacciones a transfusiones sanguíneas e inflamación del sitio de aplicación del suero. Se mantienen en esta edición respecto de la edición pasada los indicadores siguientes: hospitales con servicio autorizado para el manejo de residuos peligrosos biológicos infecciosos (RPBI); hospitales con laboratorio clínico, rayos X y farmacia autorizados; caídas de pacientes en el hospital; reacciones a transfusiones sanguíneas; infección de la herida quirúrgica, e inflamación del sitio de aplicación del suero.

La NOM que regula el manejo de los RPBI establece el requisito de contratar a un prestador de servicios autorizado para el manejo de estos residuos. De acuerdo con los resultados de la encuesta de directivos hospitalarios, 90 por ciento de los hospitales del estudio contaban con dicho requisito. La cifra más alta de cumplimiento

En esta edición del ODH se presentan los primeros resultados obtenidos de la encuesta de usuarios en relación con los indicadores de caídas de los pacientes en el hospital, infección de la herida quirúrgica, reacciones a transfusiones sanguíneas e inflamación del sitio de aplicación del suero.

En materia de servicios de rayos X, sólo 45 por ciento de los hospitales contaban con la autorización de la COFEPRIS para la operación de los mismos.

se encontró en los hospitales del IMSS-Oportunidades, con 95 por ciento, y la más baja en los hospitales del ISSSTE, con 85 por ciento. Adicionalmente, 96 por ciento de los directivos afirmaron que sus unidades contaban con contenedores especiales para RPBI.

Los hospitales deben adherirse a las NOM que definen los criterios de operación de determinados servicios con el objetivo de garantizar la seguridad de los pacientes y prestadores. En materia de servicios de rayos X, sólo 45 por ciento de los hospitales contaban con la autorización de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para la operación de los mismos. Por otra parte, 80 por ciento de los servicios contaban con el personal responsable de acuerdo a la NOM correspondiente. Con respecto a los laboratorios clínicos, 61 por ciento de los hospitales tenían la autorización de la COFEPRIS, y 95 por ciento contaban con el personal adecuado. Respecto de las farmacias, 79 por ciento de las unidades tenían la autorización respectiva de la COFEPRIS y 95 por ciento cumplieron con los requisitos relacionados con el personal responsable.

Los indicadores de caídas de pacientes en el hospital, reacciones adversas por transfusiones sanguíneas e infección de la herida quirúrgica forman parte de la lista de 21 indicadores sugeridos por la OCDE para vigilar la seguridad de los pacientes en los hospitales de los Países Miembros. Los aspectos de seguridad de los pacientes en hospitales no se identifican fácilmente a través de los registros administrativos, por lo que su magnitud e importancia como causas de morbilidad hospitalaria permanecen desconocidas y son pocos los esfuerzos, hasta ahora, por identificarlos y desplegar estrategias para su prevención en los ámbitos locales.

A los usuarios entrevistados se les preguntó si durante su permanencia en el hospital habían sufrido alguna caída. El porcentaje de usuarios que experimentó este evento fue del 1 por ciento (122). Por institución, las cifras fueron similares en el IMSS, el IMSS-Oportunidades y los SESA, mientras que la cifra más baja se observó en el ISSSTE, con 0.53 por ciento.

Las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas se clasifican en hemolíticas y no hemolíticas. Las primeras son más graves aunque menos frecuentes sin embargo, en algunas ocasiones pueden causar la muerte de los pacientes. En algunos hospitales de países latinoamericanos se describen tasas de incidencia de reacciones a

transfusiones sanguíneas de 0.3 a 10 por ciento, mientras que en países desarrollados se registran incidencias de 335 por 5.5 millones de unidades transfundidas. Entre los pacientes entrevistados, 2.7 por ciento presentaron una reacción leve a moderada a la transfusión de sangre. Los usuarios del IMSS y los SESA presentaron las cifras más altas, con 2.95 y 2.97 por ciento, respectivamente.

Las infecciones de la herida quirúrgica son relativamente frecuentes en los diversos servicios de cirugía de los hospitales. En Inglaterra se han estimado tasas de incidencia que varían de 6.8 a 19.2 por ciento, dependiendo del método de clasificación empleado. Estas complicaciones aumentan la morbilidad de los pacientes, adicionan dolor y malestar a los enfermos, y en ocasiones pueden conducir a la muerte. En la población de estudio, poco más del 3 por ciento de los pacientes sometidos a una operación señaló haber tenido una infección del sitio quirúrgico. Por instituciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0.82$ ); sin embargo, las cifras más altas se encontraron entre los pacientes de los hospitales de los SESA e IMSS, con 3.22 y 2.99 por ciento, respectivamente.

El personal de enfermería de los hospitales tiene a su cargo la vigilancia de la administración de soluciones endovenosas (sueros) y emplea como indicador de la calidad de la atención de enfermería el porcentaje de pacientes con suero que presentan inflamación o "infección" en el sitio de la aplicación. En la población de estudio 16.4 por ciento de los usuarios señalaron haber presentado un evento de esa naturaleza. Por institución se encontró que los pacientes del IMSS presentaron el porcentaje más alto de inflamación del sitio de aplicación del suero, con 19.5 por ciento, seguido por los pacientes del ISSSTE, SESA e IMSS-Oportunidades, con 15.4, 14.8 y 10.4 por ciento, respectivamente.

### Calidad y eficiencia clínicas

En este dominio se incluyeron los rastreadores clínicos de cesáreas, partos vaginales, colecistectomías, hernioplastia inguinal, apendicectomías y neumonía. Para todos ellos se compararon el promedio de días de estancia (PDE) y el porcentaje de complicaciones. En algunos fue posible estimar el porcentaje de readmisiones hospitalarias. Se incluyó también en este dominio el porcentaje de hospitales

Poco más del 3 por ciento de los pacientes sometidos a una operación señaló haber tenido una infección del sitio quirúrgico.

En los hospitales de los SESA cerca del 25 por ciento de los egresos por cesárea se presentaron en la población menor de 19 años de edad.

La atención del parto en las instituciones públicas de salud es un procedimiento eficiente y seguro.

certificados con la justificación de que la certificación asegura la adherencia de las unidades a determinados componentes de estructura y procesos relacionados con la calidad de la atención.

En México se realizan cada año alrededor de 700 000 cesáreas. En los hospitales seleccionados se analizaron 56 177 egresos por esta causa. La mayor parte de estos egresos (73.2%) fueron en mujeres de 20 a 34 años de edad. Es de destacar que en los hospitales de los SESA cerca del 25 por ciento de los egresos por cesárea se presentaron en la población menor de 19 años de edad, mientras que una cifra similar, pero en el grupo de 35 años y más, se presentó en el ISSSTE. En el rubro de estadía hospitalaria, los hospitales de los SESA tuvieron el PDE más bajo, con 2.03 días (IC<sub>95%</sub> 2.02-2.04), y el más alto correspondió al IMSS-Oportunidades, con 2.46 días (IC<sub>95%</sub> 2.43-2.49). Al interior de las instituciones, las variaciones del PDE entre el hospital con la cifra más baja y el hospital con la cifra más alta fue de 1.4 días en el IMSS; 1.05 en el ISSSTE; 1.42 en los SESA, y 1.4 días en el IMSS-Oportunidades. En materia de complicaciones sólo se obtuvo información para el IMSS y los SESA. En el primero, el porcentaje de complicaciones fue de 0.6 por ciento, mientras que en los SESA fue de 2.1 por ciento. Cifras relativamente bajas se observaron también en el porcentaje de readmisiones: 0.35 por ciento en el ISSSTE; 0.54 en los SESA, y 1.0 por ciento en el IMSS.

La atención del parto vaginal es el principal motivo de egreso en los hospitales públicos del país. Alrededor del 65 por ciento de estos egresos se concentra en los hospitales de los SESA y le siguen en orden de importancia el IMSS y el IMSS-Oportunidades. Para el ODH se analizaron 118 000 egresos por parto vaginal en los hospitales seleccionados. Por grupos de edad destacó el alto porcentaje de egresos entre la población menor de 19 años en las instituciones que atienden a la población rural y de menores recursos: en el IMSS-Oportunidades este porcentaje fue de 25 por ciento y de casi 28 por ciento en los SESA.

Con relación al PDE por parto vaginal, cerca del 23 por ciento de los egresos tuvieron menos de un día de estancia hospitalaria. Entre los egresos que tuvieron uno o más días de estancia hospitalaria, el PDE fue similar en el IMSS y en los hospitales de los SESA (1.17 días), mientras que en los hospitales del ISSSTE y del IMSS-Oportunidades esta cifra fue de 1.3 y 1.25 días, respectivamente. El porcentaje



de complicaciones por parto vaginal en el IMSS fue de 0.25 por ciento, mientras que en los hospitales de los SESA esta cifra fue de 0.46 por ciento.

De acuerdo con los resultados, la atención del parto en las instituciones públicas de salud es un procedimiento eficiente y, a juzgar por los datos de complicaciones, seguro. Sin embargo, habría que tener cierta reserva a la hora de interpretar estos resultados por las deficiencias en el registro de los datos de egresos. Por otra parte, en el rubro de seguridad de la atención obstétrica deben incorporarse indicadores adicionales como pueden ser los traumas al nacimiento, las laceraciones o los hematomas cervicales, vaginales y perineales, entre otros.

La presencia de cálculos vesiculares es más común en la población de mujeres y su frecuencia aumenta con la edad. En México se estima que la prevalencia de esta enfermedad es de 5.8 por ciento en los hombres y de 19.7 por ciento en mujeres.

Para el ODH se analizaron 11 709 egresos por colecistectomía abierta: la mayoría (79.7%) fueron egresos del sexo femenino, y 63 por ciento correspondieron a egresos de pacientes menores de 50 años de edad. El PDE por institución varió de 3.05 días en el IMSS (IC<sub>95%</sub> 2.99-3.09) a 3.49 días en los hospitales de los SESA (IC<sub>95%</sub> 3.41-3.57). Al interior de las instituciones se encontraron diferencias en el PDE: en el IMSS hubo una diferencia de dos días entre el hospital con el PDE más bajo y el más alto; en el ISSSTE la diferencia fue de 2.38 días; de 3.79 días en los hospitales de los SESA, y de 1.93 días en el IMSS-Oportunidades. En el rubro de readmisiones se encontró que los reingresos, en un periodo de 30 días posteriores a la colecistectomía, ascendieron a 1.2 por ciento en los hospitales de los SESA; 1.5 en el ISSSTE, y 1.9 por ciento en el IMSS. Asimismo, el porcentaje de complicaciones fue mucho más alto en los hospitales de los SESA (6.4%) comparado con 1.6 por ciento en el IMSS. La mayor parte de las complicaciones y readmisiones se presentaron en los pacientes de 50 años y más de edad.

En los hospitales seleccionados para el ODH se revisaron 10 637 egresos de hernioplastia inguinal: 75 por ciento de los egresos se presentaron en la población masculina y poco más del 46 por ciento del total fueron egresos en la población mayor de 50 años. Con relación al PDE se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las instituciones. En el IMSS se observó el PDE más bajo, con 1.2 días (IC<sub>95%</sub> 1.18-1.21), mientras que en el IMSS-Oportunidades, con la cifra más alta,

Los reingresos, en un periodo de 30 días posteriores a la colecistectomía, ascendieron a 1.2 por ciento en los hospitales de los SESA; 1.5 en el ISSSTE, y 1.9 por ciento en el IMSS.

El porcentaje de complicaciones por colecistectomía fue bajo, aunque la cifra de los SESA fue tres veces más alta que la del IMSS.

el PDE fue de 2.12 días ( $IC_{95\%}$  2.06-2.17). A diferencia de otros indicadores clínicos donde no hubo una relación inversamente proporcional entre el volumen de egresos de un hospital y el PDE, en este caso los hospitales con mayor volumen de egresos consistentemente mostraron un PDE inferior al del resto de los hospitales. El porcentaje de complicaciones por colecistectomía fue bajo, aunque la cifra de los SESA fue tres veces más alta que la del IMSS (1.2 contra 0.4%).

Los egresos por neumonía adquirida en la comunidad se concentraron en la población menor de cinco años y en los mayores de 60. Como es conocido, los días de estancia hospitalaria por neumonía aumentan conforme se incrementa la edad de los pacientes. Los pacientes mayores de 60 años tuvieron en promedio dos días más de hospitalización respecto del grupo de edad menor de cinco años. Por institución, los hospitales del ISSSTE tuvieron un PDE superior al del resto de las instituciones con 5.64 días ( $IC_{95\%}$  5.27-6.04). Le siguió en orden de importancia el IMSS, con 4.87 ( $IC_{95\%}$  4.77-4.96), el IMSS Oportunidades, con 4.46 ( $IC_{95\%}$  4.31-4.62), y los hospitales de los SESA, con 4.29 días en promedio ( $IC_{95\%}$  4.20-4.39). Las diferencias en el PDE entre los hospitales del ISSSTE y los del resto de las instituciones pueden explicarse por el porcentaje más alto de pacientes mayores de 60 años atendidos por neumonía en esa institución, que fue de 54 por ciento, mientras que en el resto de las instituciones los porcentajes de egresos en mayores de 60 años fueron inferiores a 24 por ciento. Sin embargo, habría que señalar que por grupos de edad los egresos por neumonía en el ISSSTE mostraron consistentemente un PDE más alto que las demás instituciones. Al interior de las instituciones se observaron diferencias notables en el PDE de sus hospitales: en el IMSS se encontró una diferencia de cuatro días entre el hospital con el PDE más bajo y el que presentó la cifra más alta; en el ISSSTE fue de 3.1; en los hospitales de los SESA de 2.2, y en el IMSS-Oportunidades de 3.1 días. Estas diferencias no parecen ser explicadas ni por el volumen de egresos de cada hospital (bajo el supuesto que a mayor volumen de egresos mayor eficiencia) ni por una distribución distinta de los grupos de edad atendidos. Quedaría por resolver si la complejidad de los casos atendidos difiere significativamente entre los hospitales.

En el rubro de complicaciones se observaron porcentajes más altos en los egresos del IMSS y en los hospitales de los SESA, con cifras de 16.47 y 13.05 por

ciento, respectivamente. Como podía esperarse, estas complicaciones fueron más frecuentes entre la población mayor de 60 años de edad, alcanzando porcentajes de 13.7 por ciento en el ISSSTE, 23.5 en los hospitales de los SESA y 27.57 por ciento en el IMSS.

En los hospitales seleccionados para el ODH, se analizaron 13 506 egresos por apendicectomía: 90 por ciento de los egresos se registraron en pacientes menores de 50 años y casi la mitad de éstos en la población menor de 19 años. En la distribución por sexo predominaron los egresos en el sexo masculino (53%). En relación con los días de estancia hospitalaria hubo diferencias estadísticamente significativas entre las instituciones. Sin embargo, en términos prácticos estas diferencias no alcanzaron a ser de un día. Al interior de las instituciones se observó una variación importante del PDE entre los hospitales con la cifra más baja y la más alta: ésta fue de 0.54 días en el IMSS-Oportunidades; 1.33 en el IMSS; 1.7 en el ISSSTE, y 2.15 días en los hospitales de los SESA.

En el indicador de porcentaje de apéndices perforados la cifra más alta registrada correspondió a los hospitales de los SESA, con 6.16 por ciento, seguido por el IMSS-Oportunidades, con 3.31, ISSSTE, con 1.84, e IMSS, con 1.18 por ciento. Los grupos de edad más afectados fueron los menores de 19 años y los mayores de 50. Las cifras más altas encontradas en los hospitales de los SESA y en el IMSS-Oportunidades pueden obedecer al mayor volumen de usuarios provenientes de áreas rurales que llegan en un estadio avanzado de su enfermedad, o bien al retraso en el diagnóstico atribuible a factores de la organización de los servicios. Un factor que no puede descartarse en estas diferencias se relaciona con la calidad de los registros hospitalarios, elemento que no pudo evaluarse adecuadamente con los datos disponibles.

La certificación de establecimientos de atención médica, estrategia central de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, es coordinada por el Consejo de Salubridad General (CSG), órgano que garantiza la imparcialidad en el proceso de la evaluación de los establecimientos públicos y privados que participan en el programa. En diciembre de 2004, 32.7 por ciento de los hospitales públicos contaban con la certificación vigente. En el sector privado, esta cifra apenas era del 2.6 por ciento. Por institución, PEMEX presenta el porcentaje más alto de certificación

En el indicador de porcentaje de apéndices perforados la cifra más alta registrada correspondió a los hospitales de los SESA, con 6.16 por ciento, seguido por el IMSS-Oportunidades, con 3.31.

En diciembre de 2004, 32.7 por ciento de los hospitales públicos contaban con la certificación vigente. En el sector privado, esta cifra apenas era del 2.6 por ciento.

En los hospitales del IMSS e ISSSTE un tercio o más de los pacientes tuvieron que esperar tres horas o más para recibir la atención quirúrgica.

de hospitales, con 91.3 por ciento de sus unidades. Le sigue el IMSS con 57.1, los SESA, con 30, ISSSTE con 16.6, SEMAR con 11.7 y SEDENA, con 7.1 por ciento de sus hospitales certificados.

#### Trato adecuado y satisfacción de los usuarios

En este dominio se incluyeron los indicadores de tiempo de espera en servicios de urgencias y en hospitalización, suspensión de cirugías y tiempo de espera para cirugía, trato respetuoso, comunicación, autonomía, confidencialidad, capacidad de elección, comodidades básicas, acceso a redes de apoyo durante la hospitalización y satisfacción general de los usuarios con la atención hospitalaria.

Los servicios de urgencia de los hospitales generalmente están sometidos a fuertes presiones por una demanda de atención que muchas veces excede la capacidad de la oferta. En la muestra de pacientes seleccionados, 80 por ciento ingresaron a hospitalización por los servicios de urgencias, en particular por motivos de atención del parto, cirugías y lesiones. La mayor parte de los usuarios (67.3%) esperó menos de 15 minutos antes de ser atendidas, mientras que 13 por ciento esperaron más de una hora. La proporción de pacientes que esperó menos de 15 minutos fue superior en los hospitales de los SESA y en el IMSS-Oportunidades con 68 y 77 por ciento, respectivamente.

El tiempo de espera para pasar del servicio de urgencias a una cama o quirófano en ocasiones también se prolonga innecesariamente, entre otras razones porque hay deficiencias en la comunicación y coordinación entre las áreas de admisión y las salas de hospitalización o quirófanos, así como también retrasos en la preparación de las camas desocupadas. Entre los pacientes que pasaron del servicio de urgencias a quirófanos 51 por ciento esperaron menos de una hora y 29 por ciento, tres horas o más. En los hospitales del IMSS e ISSSTE un tercio o más de los pacientes tuvieron que esperar tres horas o más para recibir la atención quirúrgica, mientras que en el IMSS-Oportunidades y en los SESA estas cifras fueron de 12 y 24 por ciento, respectivamente. El tiempo de espera para ocupar una cama mostró cifras ligeramente mejores, ya que 57 por ciento de los pacientes esperaron menos de una hora y 25 por ciento, tres horas o más.

Una de las quejas comunes entre los pacientes se relaciona con los largos periodos de espera para someterse a una cirugía electiva. Por otra parte, la suspensión de una cirugía programada se asocia con varias consecuencias negativas tanto para los pacientes como para los servicios. En los hospitales seleccionados se encontró que el porcentaje de cirugías suspendidas fue de 18.2 por ciento. Por institución, este porcentaje fue relativamente homogéneo en el IMSS, los SESA e ISSSTE (de 18.2 a 19.8%), mientras que en el IMSS-Oportunidades esta cifra fue de 12.8 por ciento. Casi la mitad de las cirugías suspendidas (47%) se cancelaron mientras el paciente se encontraba hospitalizado. Con relación a los motivos de la suspensión de las cirugías, 71 por ciento de los casos se debió a causas atribuibles a los servicios de salud, destacando la falta de insumos, quirófanos y personal médico.

El tiempo de espera mayor de tres meses para una cirugía afectó más a los pacientes del IMSS y del ISSSTE, con porcentajes de 15.4 y 17.5 por ciento, respectivamente. Porcentajes significativamente más bajos se observaron entre los pacientes del IMSS-Oportunidades y de los SESA.

El respeto a la dignidad de las personas forma parte de todos los códigos de ética que las agrupaciones médicas y la de otros prestadores de salud han definido para normar sus prácticas profesionales. En ellos, los profesionales reconocen el valor intrínseco del ser humano como único e irrepetible, y por lo tanto, digno y merecedor de respeto sin importar la concurrencia de características personales como edad, sexo, religión, condición socioeconómica, etc.

La mayoría de los pacientes entrevistados (92.5%) señaló que en todo momento fueron tratados respetuosamente por los médicos. Sin embargo, cerca de 890 pacientes (7.5%) tuvieron una experiencia negativa al respecto debido a que nunca o sólo en algunas ocasiones percibieron este atributo. Por institución, el porcentaje de usuarios que nunca o sólo en ocasiones fue tratado con respeto varió de 5.2 por ciento en usuarios del IMSS-Oportunidades a 8.5 por ciento en el IMSS. No se encontraron diferencias por sexo ni por origen étnico. Sin embargo, por nivel de escolaridad y por grupos de edad hubo variaciones significativas: a mayor escolaridad el porcentaje de usuarios descontentos con este dominio fue más alto respecto de los pacientes sin escolaridad o con nivel de primaria ( $p=0.002$ ). En relación con la

En los hospitales seleccionados se encontró que el porcentaje de cirugías suspendidas fue de 18.2 por ciento.

El porcentaje de usuarios que nunca o sólo en ocasiones fue tratado con respeto varió de 5.2 por ciento en usuarios del IMSS-Oportunidades a 8.5 por ciento en el IMSS.

edad, los grupos de 15-39 y de 65 años y más presentaron porcentajes de descontento con el trato respetuoso de 8.1 y 7.1 por ciento, respectivamente.

Los porcentajes de aprobación del trato respetuoso de otros prestadores de servicios hospitalarios también resultaron altos, aunque un poco menores a las calificaciones que recibieron los médicos. La excepción fueron las relativamente bajas calificaciones otorgadas por los usuarios al personal de farmacia y de vigilancia quienes fueron aprobados por 86 y 73 por ciento de los usuarios, respectivamente. En este rubro, los usuarios del ISSSTE calificaron consistentemente más bajo el trato respetuoso de estos prestadores.

En el rubro de comunicación se mide la amplitud y claridad de la información que el proveedor de servicios ofrece al usuario sobre diversos componentes de la atención, así como la oportunidad para que éste pueda preguntar y resolver sus dudas y preocupaciones relacionadas con su salud. En materia de explicaciones recibidas sobre el diagnóstico y tratamiento, poco más del 80 por ciento de los usuarios de los hospitales de la seguridad social y del IMSS-Oportunidades señalaron haber recibido información detallada. En cambio, en los hospitales de los SESA estas cifras fueron de 77 y 73 por ciento, respectivamente. En cuanto a las explicaciones del médico respecto de los estudios que se realizarían, los usuarios del ISSSTE reconocieron haber recibido información detallada en una proporción cercana al 84 por ciento, siguiéndole en importancia los usuarios del IMSS y del IMSS-Oportunidades con 78 y 76 por ciento, respectivamente.

Uno de los aspectos que los médicos de los hospitales del sector público deben mejorar, en particular los del IMSS y de los SESA, se relaciona con las facilidades que se les deben dar a los pacientes para hacer preguntas relacionadas con su salud. En ambas instituciones poco más del 6 por ciento de los usuarios no recibieron la oportunidad de formularle preguntas a sus médicos.

En la evaluación de la autonomía se mide la oportunidad que tienen los pacientes hospitalizados de ejercer su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su salud. Al respecto, 86 por ciento de los pacientes que estuvieron hospitalizados señalaron que es un derecho del enfermo participar en las decisiones que atañen a su salud. 13.4 por ciento señalaron que es el médico quien debe decidir, mientras que 0.6 por ciento restante reconocieron tener ese derecho pero prefirieron no

ejercerlo. Cuando se preguntó si en el último ingreso al hospital se tuvo la oportunidad de participar en las decisiones, 69 por ciento respondieron afirmativamente, mientras que 6 por ciento declararon no haber tenido la oportunidad de hacerlo. Esta última situación fue más frecuente entre los usuarios del IMSS y los SESA, con 6.4 y 6.7 por ciento, respectivamente.

Otro dominio del trato adecuado es la confidencialidad. El enfermo tiene derecho a la privacidad mientras se elabora su expediente clínico, se le explora físicamente, y se le realizan los estudios y procedimientos necesarios para tratar su condición. En este rubro, 88 por ciento de los pacientes entrevistados señalaron que para ellos era muy importante mantener la privacidad durante las revisiones médicas y la aplicación de tratamientos, y sólo 3.3 por ciento consideraron que esto no era importante. Sin embargo, lo que se hace en la práctica contrasta un poco con la opinión previa de los usuarios, ya que poco menos del 80 por ciento de los pacientes reconocieron que la privacidad se había mantenido durante las exploraciones médicas y procedimientos mientras estuvieron hospitalizados. Por institución se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta respuesta ( $p < 0.001$ ): mientras que la privacidad se mantuvo en el 74.3 por ciento de los usuarios de los hospitales de los SESA, en el IMSS-Oportunidades esta cifra fue de 94 por ciento. En general, la opinión sobre la privacidad durante los estudios de laboratorio y rayos X fue superior al 90 por ciento en todas las instituciones, con la excepción de los usuarios del ISSSTE que la calificaron como buena o muy buena en el 88 por ciento de los casos.

La información que se intercambia durante el acto médico es considerada una "comunicación privilegiada", en el sentido que se asume que esta información será siempre confidencial. En este componente, cerca del 89 por ciento de los usuarios estuvieron completamente de acuerdo en que sus datos personales se mantuvieran de manera confidencial, mientras que 1.7 por ciento señalaron que no era algo importante. Al ajustar por las expectativas de los usuarios, la calificación de buena y muy buena en el manejo confidencial de su datos ubicó al IMSS-Oportunidades como la institución mejor calificada (93.9), mientras que los SESA se ubicaron en el cuarto lugar, con una calificación de 71.2 de un máximo de 100.

Cuando se preguntó si en el último ingreso al hospital se tuvo la oportunidad de participar en las decisiones, 69 por ciento respondieron afirmativamente.

La calificación de buena y muy buena en el manejo confidencial de su datos ubicó al IMSS-Oportunidades como la institución mejor calificada.

En relación con la limpieza general del hospital, 78.2 por ciento de los usuarios la calificaron como buena o muy buena.

En el dominio de capacidad de elección se mide qué tanto los usuarios pueden ejercer el derecho de elegir la unidad de salud donde atenderse, así como al médico tratante. Aunque parece evidente este derecho, en la práctica el ejercicio del mismo se enfrenta a barreras organizacionales que buscan equilibrar los recursos disponibles con la población que potencialmente puede usar los servicios. En México, la capacidad de elección que tienen los usuarios de las instituciones públicas es baja y las posibilidades de buscar alternativas de tratamiento se limitan a la búsqueda de atención en el ámbito privado, por lo que el derecho a elegir se ve mediado por la capacidad económica de los usuarios potenciales. Esta capacidad de elección es todavía más limitada en los ámbitos hospitalarios. A pesar de lo anterior, 77 por ciento de los usuarios consideraron como buena o muy buena su posibilidad de elección. Es probable que este porcentaje sea todavía menor ya que, dada la dinámica del sistema de salud mexicano, las expectativas de los usuarios propicia que califiquen como favorables algunas situaciones que en otros ámbitos serían inaceptables.

Finalmente, vale la pena mencionar que, un tanto sorpresivamente, las mujeres señalaron tener más posibilidades que los hombres de elegir las unidades donde se atienden. Este hallazgo fue consistente entre todos los grupos de edad y en todas las instituciones, y es destacable porque las políticas institucionales no marcan diferencias para la elección de médicos o unidades.

En el indicador de comodidades básicas se incluyen varias características relacionadas con los servicios de alimentación, limpieza de salas y baños, ventilación, iluminación, ropa de cama, disponibilidad de agua caliente, entre otros, que contribuyen al bienestar de los pacientes hospitalizados. Algunos de estos servicios operan en su totalidad o parcialmente de manera subrogada pero es responsabilidad del personal directivo de los hospitales hacer que estos servicios cumplan con los estándares esperados. Los usuarios calificaron como bueno o muy bueno este servicio en el 82 por ciento de los casos. Por institución, los usuarios del ISSSTE y del IMSS presentaron la aprobación más baja, con 76.7 y 79.9 por ciento, respectivamente, mientras que la cifra de aprobación entre los usuarios de los SESA fue de 83 por ciento. La más alta, de 93.5 por ciento, correspondió al IMSS-Oportunidades.

En relación con la limpieza general del hospital, 78.2 por ciento de los usuarios la calificaron como buena o muy buena. Por institución, los usuarios del ISSSTE y del IMSS otorgaron las calificaciones más bajas a este rubro, con 66.9 y 71.2 por ciento,



respectivamente, mientras que los usuarios de los SESA y del IMSS-Oportunidades la aprobaron en 85 por ciento de los casos.

El componente que obtuvo las calificaciones de aprobación más bajas fue el de la limpieza de los baños, con 58 por ciento en el conjunto de las instituciones. Los usuarios de los SESA y del IMSS-Oportunidades fueron los que mejor calificaron este rubro, con 67 y 75.5 por ciento de aprobación. De acuerdo con estos resultados, el dominio de comodidades básicas en todas las instituciones mostró el desempeño más bajo entre los componentes de trato adecuado. Las autoridades hospitalarias deben ocuparse por mejorar estos servicios, en particular los relacionados con la limpieza general del hospital y, muy en especial, la limpieza de los baños.

El último de los indicadores del componente de trato adecuado mide las facilidades que otorgan los hospitales para que los pacientes tengan acceso a sus redes de apoyo social durante la hospitalización. Los arreglos institucionales que favorecen el contacto de los pacientes hospitalizados con sus familiares y amistades, proporcionan bienestar a los enfermos al evitar que éstos se desvinculen con su ambiente familiar y social. Algunos autores han definido el apoyo social como el sentimiento de ser apreciado y de contar con la ayuda o solidaridad de otras personas cuando es necesario. Este apoyo reduce la tensión asociada a la hospitalización, influye positivamente en la salud del paciente y contribuye a fortalecer la adherencia del paciente a las recomendaciones médicas.

La mayor parte de los pacientes (83%) estuvieron acompañados por algún familiar durante su hospitalización. Esta cifra fue casi 10 puntos porcentuales más alta en los hospitales del IMSS-Oportunidades, institución que brinda servicios preferentemente a la población rural y de habla indígena. Esta particularidad puede estar determinada por los fuertes lazos culturales de las comunidades donde el IMSS-Oportunidades presta sus servicios, así como por regulaciones institucionales que favorecen la participación de las redes sociales de apoyo.

Otro elemento que hace más funcional a la red de apoyo del paciente, es la información que los prestadores de servicios proporcionan a los familiares sobre la situación de salud del enfermo. En este rubro, 77 por ciento de los pacientes que estuvieron acompañados señalaron que el médico siempre mantuvo informados a sus familiares. Una vez más, el número de usuarios que reconocieron este hecho fue mayor en el IMSS-Oportunidades, con 84 por ciento. En el IMSS y los SESA el

El componente que obtuvo las calificaciones de aprobación más bajas fue el de la limpieza de los baños, con 58 por ciento en el conjunto de las instituciones.

77 por ciento de los pacientes que estuvieron acompañados señalaron que el médico siempre mantuvo informados a sus familiares.

94 por ciento de los pacientes entrevistados señalaron que, ante una nueva necesidad de salud, regresarían a solicitar atención en el mismo hospital.

porcentaje de usuarios cuyos familiares no fueron informados fue de 8.7 y 7.8 por ciento, respectivamente.

### Satisfacción del paciente

El concepto de satisfacción del paciente ha sido usado como una variable de resumen de la calidad general de la atención médica. Sin embargo, la satisfacción es el resultado del efecto combinado de factores como la efectividad de las intervenciones médicas, las expectativas previas de los usuarios, así como de las múltiples interacciones que el paciente tiene con otros prestadores de servicios en el hospital. Este indicador mide también la "lealtad" de los pacientes con las instituciones, la que a menudo se complementa con la disposición de esos mismos usuarios a recomendar los servicios del hospital a familiares y amigos.

Casi 94 por ciento de los pacientes entrevistados señalaron que, ante una nueva necesidad de salud, regresarían a solicitar atención en el mismo hospital. Por institución, el porcentaje de respuestas afirmativas fue superior entre los usuarios del IMSS-Oportunidades, con 98.8 por ciento, mientras que entre los usuarios del ISSSTE esta cifra fue de 90.9 por ciento. Respecto de las características de los usuarios que no volverían a solicitar servicios destacaron el sexo femenino, la escolaridad, el nivel educativo y el origen étnico. Las mujeres tuvieron una probabilidad 26 por ciento más alta de no regresar al mismo hospital respecto de los hombres. Por edad, esta falta de intención se concentró tanto en hombres como en mujeres en el grupo de 15 a 39 años de edad. En el caso de las mujeres, la mayoría de las que no regresaría al mismo hospital demandaron servicios relacionados con la atención del parto, cirugías y estudios para precisar el diagnóstico. La variable que mostró mayor asociación con la intención de no regresar al mismo hospital fue la escolaridad: 10% de los usuarios con nivel de licenciatura o más no regresarían, comparados con 4.4% de los usuarios con nivel de primaria o menos ( $p=0.0001$ ). Respecto del origen étnico, la mayoría de los usuarios que no regresarían (96.5%) pertenece a la población no indígena.



# Resultados

## Hospitales en el sector público

Los hospitales son establecimientos que, a través de personal especializado, combinan tecnología médica, instalaciones físicas, recursos materiales y financieros, para satisfacer necesidades de salud de mediana a alta complejidad. Son, por otra parte, centros importantes para la producción y la transferencia de conocimientos y habilidades del saber médico y de enfermería.

Entre los países de la OCDE, los hospitales concentran entre 40 y 60 por ciento del gasto en salud, mientras que en algunos países de Europa del Este esta cifra puede llegar a 70 por ciento. En el caso de México, 56.2 por ciento del gasto público en salud se ejerce en la atención hospitalaria.

Conocer el número de hospitales, su distribución geográfica, los tiempos de traslado de los usuarios al hospital, los tipos de servicios disponibles, así como el personal y los recursos físicos con los que cuentan es indispensable, entre otras razones, para ajustar la oferta de los servicios con las necesidades de salud de la población, establecer flujos de atención entre las instituciones y para la planeación de nuevas unidades en caso de ser necesario.

En algunos países desarrollados se observa una tendencia a reducir el número de hospitales y derivar hacia la atención ambulatoria o de corta estancia muchas de las condiciones de salud que tradicionalmente se atendían en las unidades hospitalarias. Sin embargo, se ha observado que de manera simultánea al incremento de la atención de corta estancia, la demanda de atención hospitalaria no se ha reducido, por el contrario ha aumentado consistentemente a expensas de una mayor eficiencia en el manejo de los pacientes, lo que se refleja

en la reducción significativa de los días de estancia, que han pasado de un promedio de 12 días en 1970 a 4.5 días en 2000.

En México existen 1 047 hospitales públicos. De éstos 909 se clasifican como hospitales generales y 138 de especialidad. En términos relativos esta cifra significa tener un hospital por cada cien mil habitantes, mientras que en algunos países desarrollados esta cifra varía de 3 a 4 hospitales por cien mil habitantes. Sin embargo, la relación hospitales-población deja muchas interrogantes relacionadas con la distribución geográfica y el acceso efectivo de la población a la atención hospitalaria. En el caso de los hospitales de la seguridad social, pareciera que la ubicación geográfica de sus unidades está acorde con la distribución de su población, la que mayoritariamente habita en los medianos y grandes centros urbanos. Por lo que toca a los hospitales de las SESA y del IMSS-Oportunidades, un número considerable de sus unidades se ubica en zonas rurales. En los SESA casi 38 por ciento de sus hospitales tienen menos de 30 camas y cerca del 70 por ciento menos de 60; la mayor parte de estas unidades están ubicadas en zonas rurales. En este rubro se necesitan análisis adicionales para medir el porcentaje de población que de acuerdo a los tiempos de traslado no tienen un acceso expedito a la atención hospitalaria.

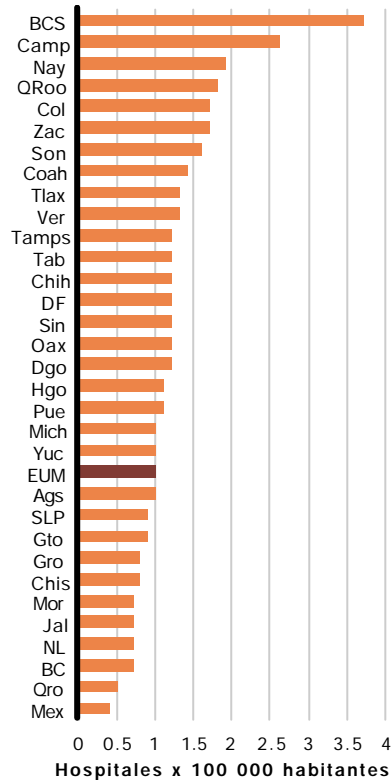
La población con seguridad social tiene una disponibilidad de hospitales un poco mejor que la población sin seguridad social: 1.0 contra 0.88 por cada cien mil habitantes. Por entidad federativa, la disponibilidad de hospitales públicos en Baja California Sur es nueve veces más alta que la observada en el Estado de México.

**Hospitales públicos por institución  
México 2004**

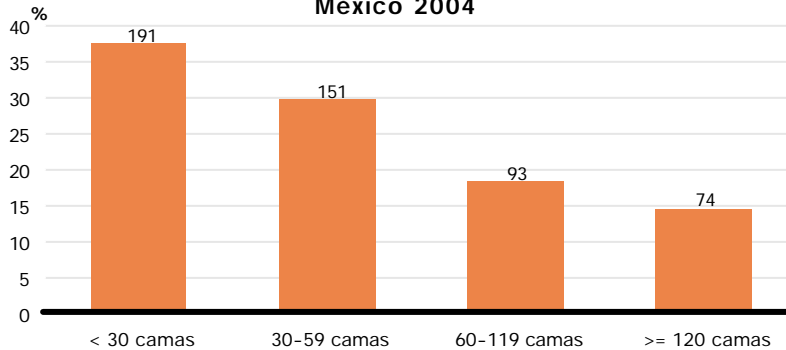
Institución	Generales	Especialidad	Total
SSA	435	74	509
IMSS-Oport	69	0	69
IMSS	223	41	264
ISSSTE	95	11	106
PEMEX	15	8	23
SEDENA	39	3	42
SEMAR	33	1	34
<b>Total</b>	<b>909</b>	<b>138</b>	<b>1 047</b>

La disponibilidad de hospitales públicos en BCS es nueve veces mayor que en el Estado de México.

**Hospitales públicos por entidad federativa  
México 2004**



**Hospitales de los SESA\* por número de camas censables  
México 2004**



\* Incluye a los Institutos Nacionales de Salud (INSALUD) y a los Hospitales Federales de Referencia (HFR).

## Camas en hospitales públicos

El indicador de camas censables por habitantes se obtiene de dividir el número total de camas disponibles en un periodo determinado entre la población total en ese mismo periodo, multiplicando este cociente por 1,000.

La disponibilidad de camas en los hospitales públicos es un indicador de la oferta de servicios y de la capacidad de las unidades de salud de producir un volumen de egresos esperados en función de los recursos humanos y otros insumos desplegados por cama, y el tipo de condiciones de salud en ellas atendidas.

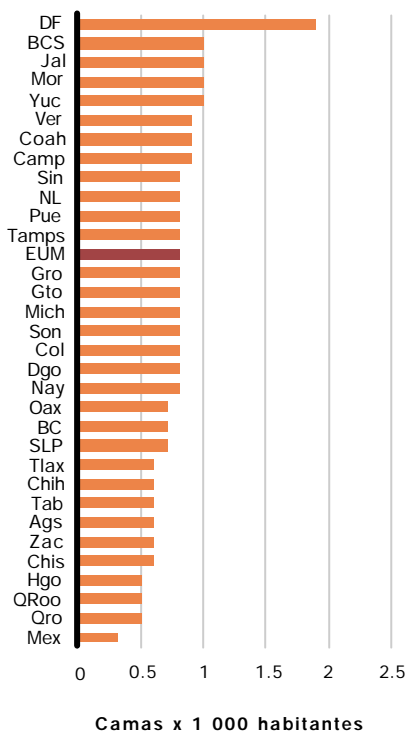
En México, la disponibilidad de camas censables en el sector público es de 0.7 camas por mil habitantes. Esta cifra es la más baja entre los países de la OCDE, donde el promedio es de 4.0 camas por mil habitantes. En comparación con algunos países de América, la disponibilidad de camas en México es similar a la de El Salvador (0.7), pero inferior a la de Panamá (1.8); Colombia (1.2), Perú (1.1) y Bolivia (1.0).

De 1995 a 2004, las camas censables en el sector público crecieron 9.7 por ciento. Los porcentajes de incrementos más altos por institución se observaron en la SECMAR (73.6%), IMSS-Oportunidades (26.6%) y Servicios Estatales de Salud (SESA) (20.8%). En sentido opuesto, tanto en los hospitales de la SEDENA como de PEMEX se observó un decremento de las camas censables en el mismo periodo con cifras que variaron de 27.2 a 8.3 por ciento, respectivamente.

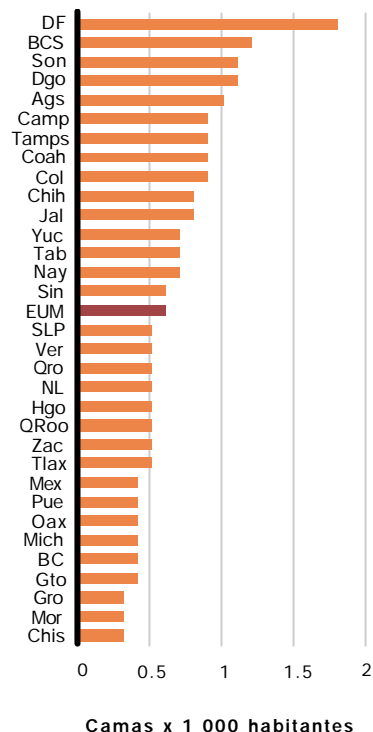
En el sector público se cuenta con 75 398 camas censables, la mayor parte de las cuales se concentra en los hospitales de los SESA, incluyendo los Hospitales Federales de Referencia y los Institutos Nacionales de Salud (43.2%). En segundo lugar se ubica el IMSS, con 38.8 por ciento de las camas, mientras que PEMEX presenta el porcentaje más bajo, con el 1.3 por ciento del total de camas. Por institución, la disponibilidad de camas por mil habitantes es un poco mayor en los hospitales del ISSSTE e IMSS, con 0.85 y 0.76 camas, mientras que en el IMSS-Oportunidades esta cifra es de 0.35 camas por mil habitantes.

Por entidad federativa, en la población con seguridad social hay cinco entidades con una relación de camas por habitante satisfactoria (una o más camas por mil habitantes): D.F., Yucatán, Morelos, Jalisco y Baja California Sur. Las cifras de estas entidades, sin embargo, llegan a ser de tres a seis veces más altas que la cifra de camas del Estado de México. En la población sin seguridad social, las diferencias muestran un patrón similar: Aguascalientes, Durango, Sonora, Baja California Sur y el Distrito Federal tienen entre tres y seis veces más camas por mil habitantes que el Estado de Chiapas.

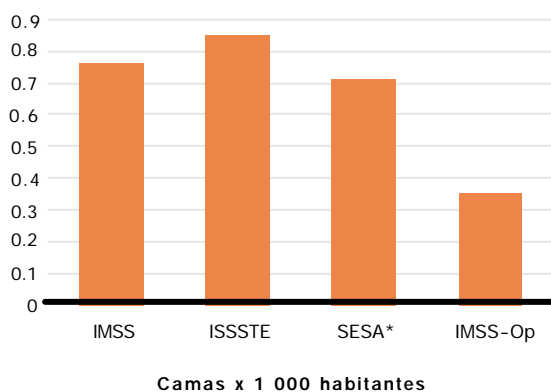
Camas censables en hospitales de la seguridad social por entidad federativa México 2004



Camas censables en hospitales de los SESA\* por entidad federativa México 2004



Camas censables por habitante por institución México 2004



Camas censables por institución México 2004

Institución	Camas	%
SESA*	32 606	43.2
IMSS	29 233	38.8
ISSSTE	6 786	9.0
SEDENA	2 527	3.4
IMSS-Oport	2 181	2.9
SECMAR	1 080	1.4
PEMEX	985	1.3
<b>Total</b>	<b>75 398</b>	<b>100</b>

\* Incluye INSALUD y HFR

## Médicos en hospitales públicos

No existe ninguna duda sobre el papel fundamental que los médicos de los hospitales juegan en las tareas de provisión de servicios clínicos y en menor medida en las tareas gerenciales. Ellos son los encargados de traducir el conocimiento y las habilidades médicas en acciones concretas en beneficio de los pacientes.

A la fecha, la planeación de los recursos humanos en salud, en particular la de médicos y enfermeras, enfrenta varios obstáculos que no se han resuelto completamente. En primer lugar, tenemos registros incompletos sobre el volumen de la fuerza laboral y su distribución en las diferentes unidades y servicios; poco sabemos de sus características sociodemográficas, académicas, contractuales, de movilidad laboral (migración interna y externa) y de capacitación continua, y de sus expectativas. Tenemos también un conocimiento fragmentado de la inversión que el sector público de la salud está haciendo en la formación de sus recursos humanos y cómo ésta se relaciona con la tasa de reemplazo de la fuerza laboral. Necesitamos avanzar en estas tareas que son básicamente acopio de datos primarios bajo la modalidad de registros nacionales, estatales o institucionales, como los que han establecido diferentes sistemas de salud en el mundo, y que constituyen el punto de partida para estudios y análisis más detallados de las necesidades y la formulación de políticas en el rubro de los recursos humanos en salud.

Los datos que se pudieron reunir sobre la disponibilidad de médicos en los hospitales del sector público corresponden al año 2003. En estos datos no se incluyó al IMSS. En el resto de las instituciones se identificó un total de 47 915 médicos generales,

familiares, especialistas y en formación (pasantes, internos y residentes). Este personal se distribuyó de la siguiente manera: médicos generales y familiares, 12.6 por ciento, especialistas, 57.2 por ciento y en formación, 30.2 por ciento. Habría que mencionar que los profesionales en formación constituyen una fracción muy importante de la fuerza laboral en algunas instituciones. De acuerdo con los datos que aquí se presentan en los hospitales del IMSS-Oportunidades, 76 por ciento de los médicos pertenecen a esta categoría; en los SESA esta cifra asciende a 32.2 por ciento, y en el ISSSTE, a 22 por ciento.

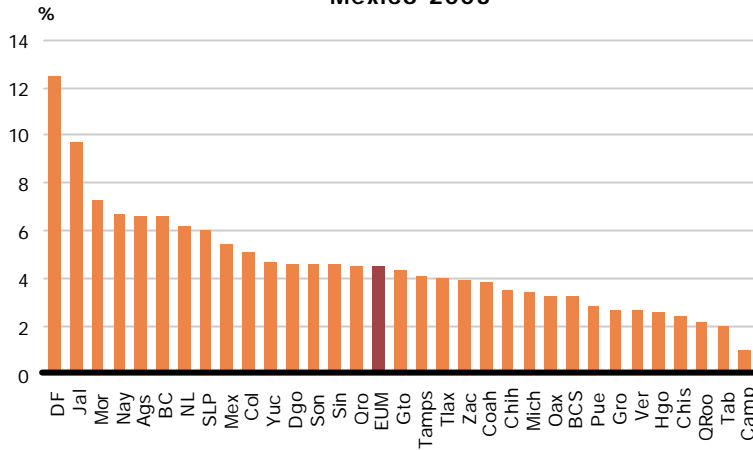
A nivel nacional se observó una relación de 4.5 médicos especialistas por cada médico general. En el Distrito Federal se observó la relación más extrema, con 15.5 especialistas por cada médico general. Le siguieron Jalisco con 9.7, y Aguascalientes y Baja California, con 6.6. En Campeche la relación fue 1:1.

En las instituciones incluidas en el análisis, la disponibilidad general de médicos por cama fue de 1.1. Los estados de Zacatecas, Chiapas y Aguascalientes presentaron la relación más alta en este indicador con cifras de 1.5 a 1.7 médicos por cama, mientras que en el extremo opuesto el Estado de México presentó cifras de 0.7 médicos por cama censable.

Por último, la relación de médicos en hospitales y médicos en servicios ambulatorios muestra diferencias importantes entre instituciones: en PEMEX y la SECMAR hay 16.3 y 8.4 médicos en hospitales por cada médico en servicios ambulatorios. Estas cifras fueron de 3.5 en el ISSSTE, 1.2 en los SESA, 1.1 en SEDENA y 0.5 en el IMSS-Oportunidades.

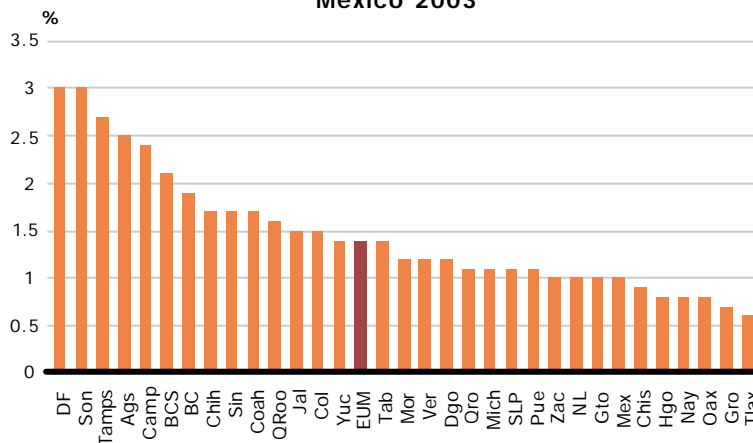


**Relación de médicos especialistas y médicos generales en hospitales públicos por entidad federativa México 2003**

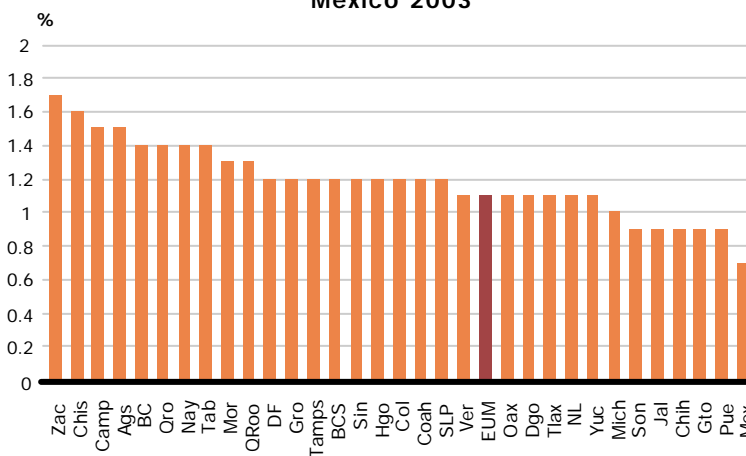


El Distrito Federal presenta el mayor número de especialistas por médico general.

**Relación entre médicos en hospitales y médicos en servicios ambulatorios por entidad federativa México 2003**



**Médicos por cama censable en hospitales públicos por entidad federativa México 2003**



Nota: Incluyen información de los SESA, IMSS-Oportunidades; ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SECMAR y Estatales

1/ Incluye a médicos generales, familiares, especialistas y en formación que están en contacto con el paciente y las camas censables de hospitales generales y de especialidad.

a/ En el DF dentro de los hospitales de especialidad se incluyen los INSALUD y HFR.

## Enfermeras en hospitales públicos

El personal de enfermería constituye la columna vertebral de los sistemas de salud en todo el mundo y es el principal prestador de servicios de salud en aquellos países y lugares donde se enfrenta la escasez de médicos.

En México, la disponibilidad de enfermeras es de 2.2 por cien mil habitantes, cifra ligeramente mejor, entre los países de la OCDE, a la de Turquía y Corea que presentan una relación de 1.7 enfermeras por cien mil habitantes, respectivamente.

El total de enfermeras en los hospitales públicos (excepto IMSS) es de 71 592: el 46.3 por ciento corresponde a enfermeras generales, 14.8 por ciento a especialistas y 38.9 por ciento a pasantes o auxiliares. La composición de este personal al interior de las instituciones muestra que poco más del 85 por ciento de las enfermeras de la SEDENA y de los hospitales universitarios corresponde a enfermeras generales, mientras que en el ISSSTE se observa una distribución un poco más balanceada en las tres categorías laborales, y donde la proporción de enfermeras especialistas es la más alta de todas las instituciones (26.4%). En esta

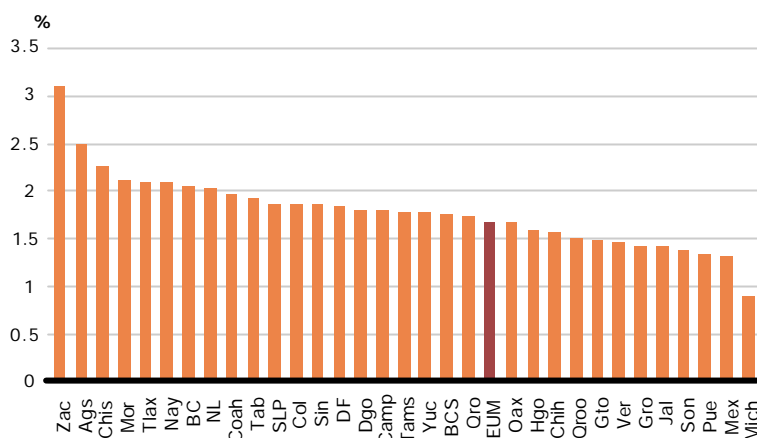
institución hay 2.4 enfermeras especialistas por una en los hospitales de los SESA. De acuerdo con los registros disponibles, en el IMSS-Oportunidades y en la SEMAR el 100 y 50 por ciento de su personal de enfermería se ubica en la categoría de pasante o auxiliar de enfermería, respectivamente.

En las instituciones incluidas en el análisis, la relación de enfermeras por cama censable fue de 1.7. Por entidad federativa, la mayor disponibilidad de este personal correspondió a Zacatecas con 3.1, mientras que en Michoacán esta relación fue de 0.9 enfermeras por cama de hospital.

La relación de enfermeras en el hospital entre enfermeras en servicios ambulatorios fue de 2.4 a nivel nacional. Esta razón fue mucho más alta en el Distrito Federal (6.5), Aguascalientes (4.9) y Sinaloa (3.7). En sentido contrario, los estados de Guerrero y Michoacán presentaron las cifras más bajas con 0.8 y 1.2 enfermeras hospitalarias por enfermera en servicios ambulatorios.

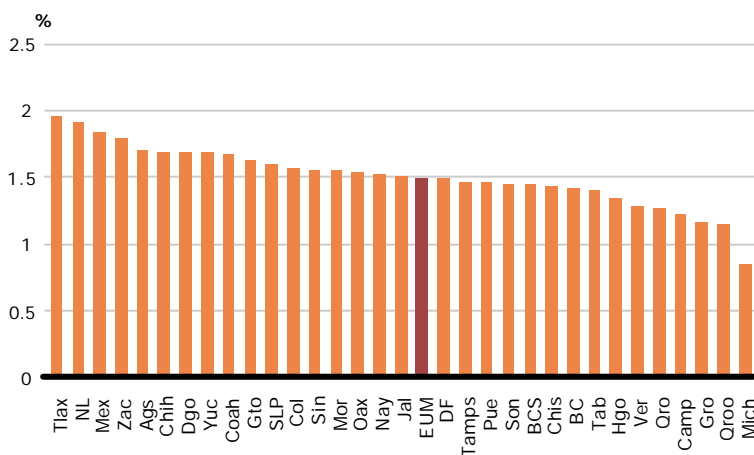
La relación de enfermeras por médico a nivel nacional fue de 1.5. Por entidad federativa, la cifra más alta se presenta en Tlaxcala con 2 enfermeras por médico y la más baja en Michoacán con 0.9.

### Enfermeras por cama censable en hospitales públicos México 2004

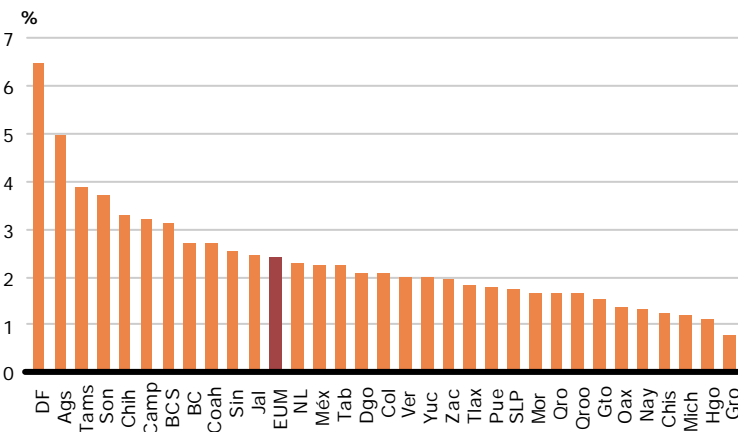


La disponibilidad de enfermeras por cama en Zacatecas es más de dos veces superior a la de Michoacán.

### Enfermeras por médico en hospitales públicos México 2004



### Enfermeras en hospitales/enfermeras en servicios ambulatorios. Sector público México 2004



Incluye SESA, IMSS-Oportunidades, universitarios, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y Estatales  
1/ Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares en contacto con el paciente  
a/ En el DF se incluyen los INSALUD y los HFR  
Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2003.

## Equipos de alta tecnología en hospitales públicos: aceleradores lineales y tomógrafos

El desarrollo y uso de algunas nuevas tecnologías médicas en las últimas décadas ha sido un factor modificador de varias condiciones de salud para las que no se tenía una respuesta satisfactoria. Las nuevas tecnologías médicas y la aparición de equipos de alta especialidad, que han probado su eficacia diagnóstica y terapéutica, se están incorporando paulatinamente a los sistemas de salud en todo el mundo.

Los equipos de alta especialidad médica son aquellos desarrollos tecnológicos complejos y normalmente muy costosos que se asocian con una disponibilidad restringida. Debido a estas características, los sistemas de salud deben enfrentar varios dilemas relacionados con el acceso equitativo a las tecnologías médicas, la competencia por los recursos financieros, la escasez de personal capacitado para manejar los equipos, y la falta de recursos e insumos para realizar las acciones de conservación y mantenimiento.

Los aceleradores lineales son equipos de alta especialidad de radioterapia que han mejorado los procedimientos para el tratamiento del cáncer. En México, la disponibilidad de aceleradores lineales en el sector público es limitada: sólo se cuenta con 15 equipos, los cuales están distribuidos en siete entidades federativas (Aguascalientes, Chiapas, Distrito Federal, Jalisco, Nuevo León, Puebla y San Luis Potosí). De éstos, siete se localizan en el Distrito Federal, tres en Jalisco y uno en cada una de las cinco entidades restantes. A nivel nacional, la

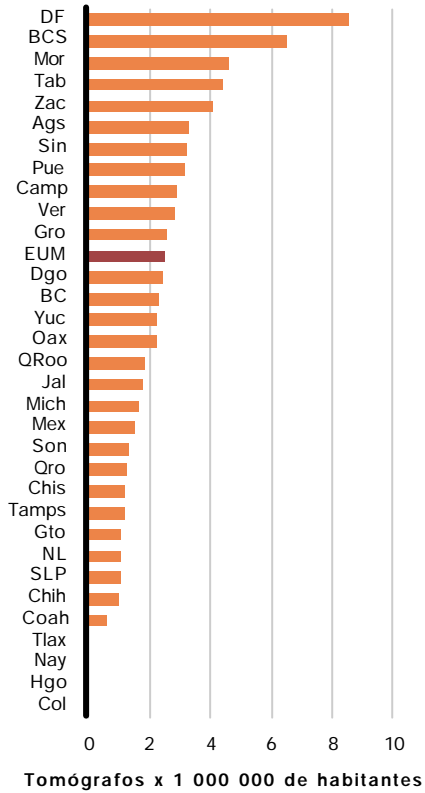
disponibilidad es de 1.4 aceleradores lineales por cada 10 millones de habitantes.

Otro equipo de alta especialidad es el tomógrafo. La tomografía computarizada permite obtener imágenes de las diversas estructuras anatómicas con densidades variables, tanto de los huesos como de los tejidos blandos y puede conformar imágenes tridimensionales y presentarlas en movimiento.

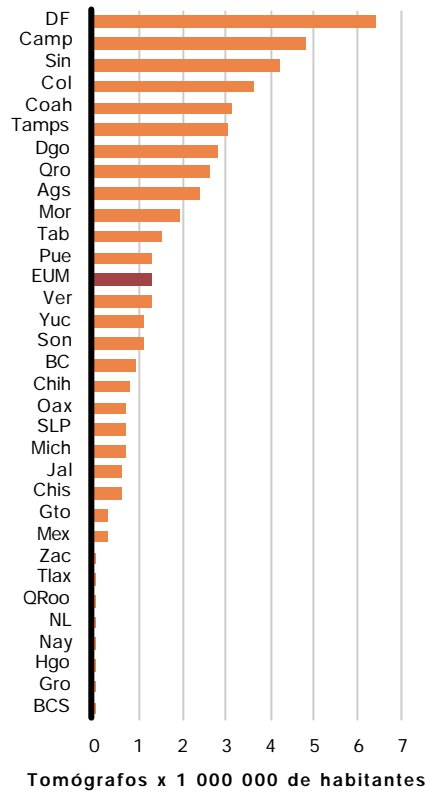
El número de tomógrafos en el sector público es de 193 equipos. Las instituciones públicas de salud de los estados de Hidalgo, Nayarit y Tlaxcala son las únicas que no disponen de esta tecnología. Los estados con mayor disponibilidad de tomógrafos son el Distrito Federal (67), Veracruz (13) y el Estado de México (12). La relación de tomógrafos por millón de habitantes en el país es de 1.8. Esta cifra es la más baja de los Países Miembros de la OCDE, donde Polonia y Hungría, países que le anteceden, cuentan con 6.3 y 6.9 tomógrafos por cada millón de habitantes.

Entre las entidades federativas con disponibilidad de tomógrafos hay diferencias notables: en el Distrito Federal existen 7.6 tomógrafos por cada millón de habitantes, mientras que en Chiapas esta cifra es de 0.7. Por condición de aseguramiento, la población con seguridad social dispone de 2.5 tomógrafos por millón de habitantes contra 1.3 en la población cubierta por los SESA e IMSS-Oportunidades.

**Disponibilidad de tomógrafos en población con seguridad social México 2004**

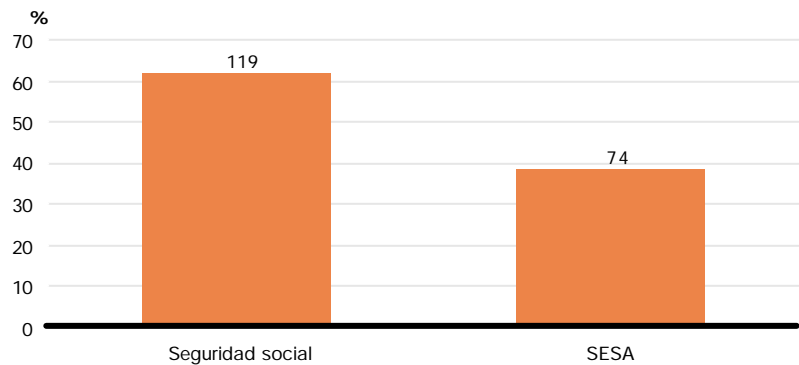


**Disponibilidad de tomógrafos en población sin seguridad social México 2004**



En México se dispone de 1.8 tomógrafos por millón de habitantes, cifra muy inferior a la del resto de los países de la OCDE.

**Porcentaje de tomógrafos disponibles por institución México 2004**



## Equipos de alta tecnología en hospitales públicos: mástógrafos y litotriptores

La tendencia de la mortalidad por cáncer de mama en el país se ha estabilizado en los últimos años. Sin embargo, el número absoluto de muertes por esta causa ha igualado ya la cifra de muertes por cáncer cérvico-uterino y se prevé que en los próximos años esta condición se convierta en el cáncer más frecuente entre las mujeres. La mejor estrategia para reducir la mortalidad por esta causa es la prevención primaria mediante los estudios de mamografía. En la literatura médica se señala que la reducción de la mortalidad por cáncer de mama atribuible a los programas de detección con mamografía puede llegar a ser hasta del 60 por ciento, aunque algunos estudios describen cifras mucho más bajas, cercanas al 7 por ciento.

La mastografía o mamografía es un estudio radiológico simple de los senos con dosis bajas de radiación que se emplea con fines de diagnóstico en mujeres con factores de riesgo bien definidos o en programas de detección masivos en la población femenina de 40 años y más.

En las instituciones públicas de salud se cuenta con 151 mástógrafos, lo que equivale a 5.6 por cada millón de mujeres de 25 años y más. La disponibilidad de estos equipos en las entidades federativas muestra diferencias notables: en Campeche hay 27.7 mástógrafos por millón de mujeres de 25 años y más, mientras que en el Estado de México esta cifra es de 1.6. No hay diferencias significativas entre las instituciones respecto de la disponibilidad de mástógrafos.

Por otra parte, la atención de las enfermedades que presentan cálculos se ha beneficiado con la

introducción de los litotriptores. Estos equipos permiten la fragmentación de dichas formaciones mediante procedimientos poco invasores. Su uso está extendido en el tratamiento de algunas enfermedades renales y en menor medida en las del hígado y vías biliares.

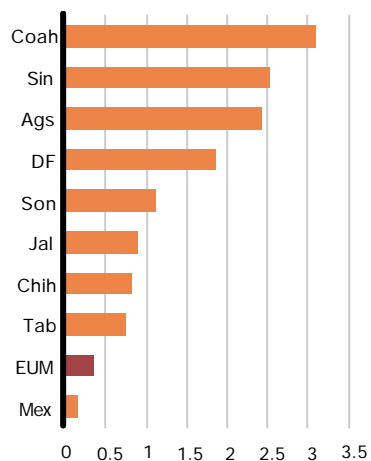
En México, de acuerdo con la información de las instituciones públicas de salud, se dispone de 32 litotriptores. Estos equipos están distribuidos en once estados de la República, lo que implica que 48 por ciento de la población a nivel nacional no tiene acceso a esta tecnología.

Con los 32 litotriptores la disponibilidad a nivel nacional por millón de habitantes es de apenas 0.3. En las entidades federativas que poseen este tipo de equipo, la distribución por población varía de 1.4 litotriptores por millón de habitantes en el Distrito Federal a 0.2 en Guanajuato y Estado de México.

La disponibilidad de estos equipos es un poco mejor en la población no asegurada respecto de la población con seguridad social: 0.35 contra 0.25 equipos por millón de habitantes, respectivamente.

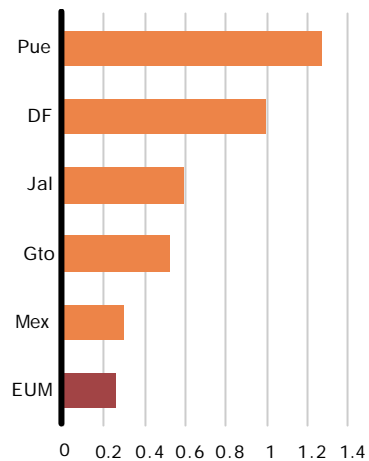
Estos datos muestran que en el país existen desigualdades notables en la disponibilidad y acceso de las personas a la tecnología médica más compleja. El camino por recorrer en esta materia debe incluir, entre otros aspectos, la actualización de los inventarios de equipos en las instituciones de salud, la evaluación sistemática de las tecnologías médicas y la planeación de la distribución de los equipos en función de las necesidades de salud.

**Litotriptores en población no asegurada por entidad federativa con disponibilidad de equipos México 2004**



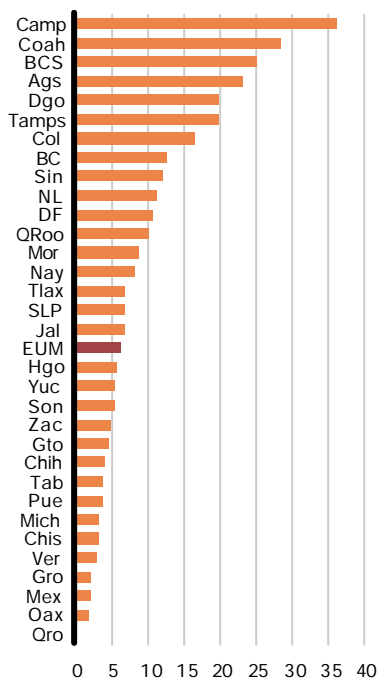
Litotriptores x 1 000 000 de habitantes

**Litotriptores en población con seguridad social por entidad federativa con disponibilidad de equipos México 2004**



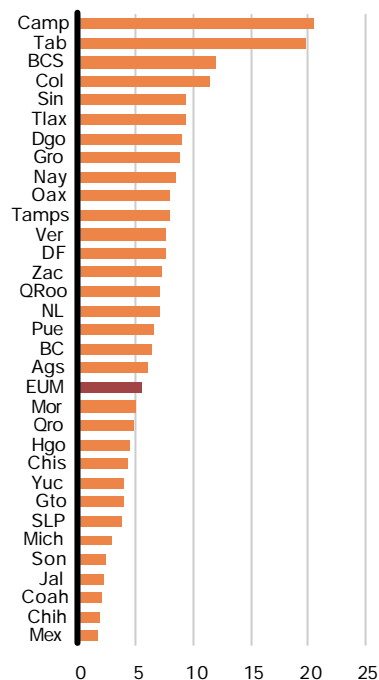
Litotriptores x 1 000 000 de habitantes

**Mastógrafos en población sin seguridad social por entidad federativa México 2004**



Mastógrafos x 1 000 000 de habitantes

**Mastógrafos en población con seguridad social por entidad federativa México 2004**



Mastógrafos x 1 000 000 de habitantes

## Medicamentos en hospitales públicos

Los medicamentos constituyen los principales insumos para la atención de los enfermos tanto en la atención ambulatoria como hospitalaria. El desabastecimiento de estos insumos en las unidades de salud dificulta las opciones terapéuticas para los médicos, y muchas veces los pacientes deben asumir los costos de su adquisición. Por otra parte, estas carencias se asocian con las quejas más frecuentes de los usuarios de algunas instituciones públicas.

En las encuestas realizadas para el ODH, se empleó una lista de verificación de 30 medicamentos que, a juicio de un grupo de expertos, no debieran faltar en ningún hospital. De acuerdo con el Cuadro Básico de Medicamentos se seleccionaron algunos medicamentos incluidos en los grupos terapéuticos de analgesia (3), anestesia (3), cardiología (7), dermatología (1), enfermedades infecciosas y parasitarias (3), endocrinología (1), gastroenterología (1), gineco-obstetricia (2), hematología (2), nefrología (1), neumología (2), neurología (2), reumatología (1) y soluciones electrolíticas y sustitutos del plasma (1).

De acuerdo con el criterio de tener en existencia una o más presentaciones de los medicamentos seleccionados, tanto el IMSS como el ISSSTE mostraron los porcentajes más altos de abasto de medicamentos con 92 y 87.9 por ciento, respectivamente. El IMSS-Oportunidades presentó una cifra intermedia de 80 por ciento, mientras que en los SESA esta cifra fue de 70.4 por ciento.

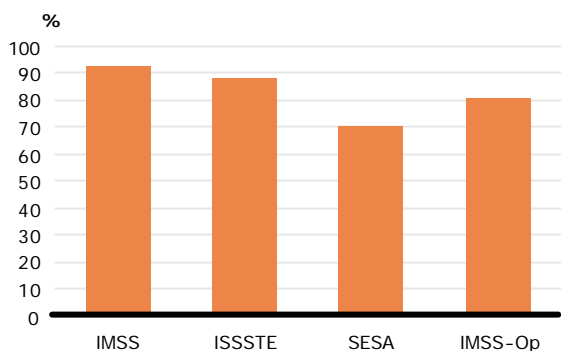
Entre los medicamentos con menor disponibilidad en todos los hospitales destacaron el flunitrazepam, la cefalotina, la ergonovina y el ketorolaco. De manera particular destacó la falta de sulfato de magnesio en los hospitales del ISSSTE, la furosemida y lidocaina en los SESA y la indometacina en los hospitales del IMSS-Oportunidades.

Un hallazgo común en los medicamentos con cuatro o más presentaciones fue que rara vez los hospitales contaban con el stock completo de las mismas. A manera de ejemplo, sólo dos hospitales del IMSS tuvieron en existencia las diferentes presentaciones de insulina, mientras que en el resto de las instituciones lo común fue encontrar un promedio de dos o tres presentaciones como máximo.

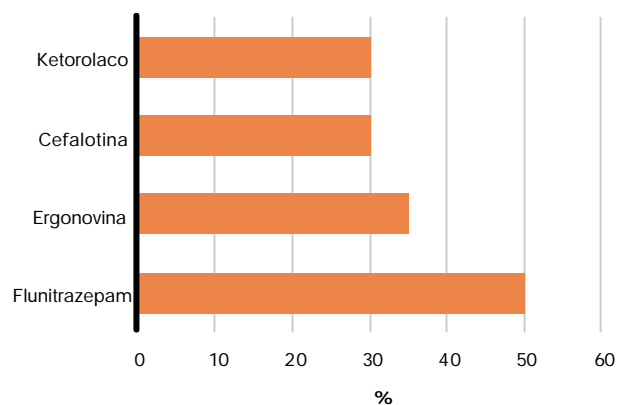
De acuerdo con los resultados obtenidos con esta lista de verificación muy resumida, se mantiene la brecha de desabastecimiento de medicamentos en los hospitales de los SESA respecto de los hospitales de la seguridad social. Estas diferencias se empiezan a reducir en la atención ambulatoria con el efecto del Seguro Popular de Salud y es de esperar que en la atención hospitalaria ocurra algo similar en el corto plazo. Sin embargo, las autoridades de los SESA deben asumir el reto de mejorar el abasto de medicamentos en sus hospitales para alcanzar cifras similares a las que presenta el IMSS-Oportunidades.



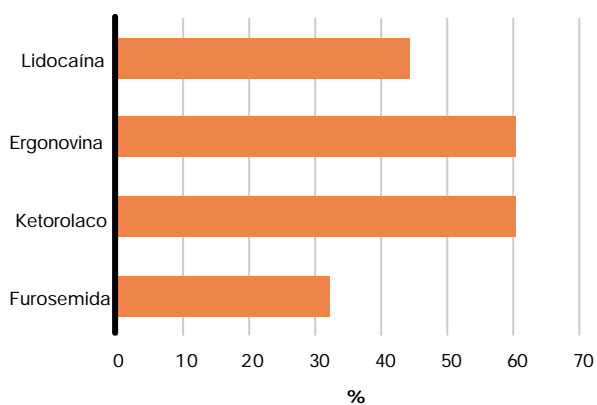
**Disponibilidad de medicamentos en hospitales públicos según lista de 30 medicamentos por institución México 2004**



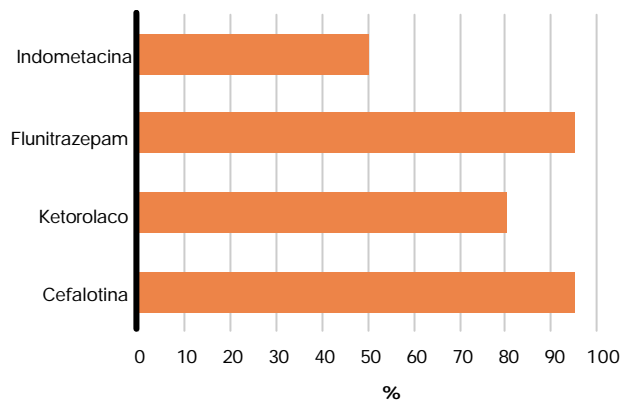
**Porcentaje de hospitales del IMSS sin existencias en algunos medicamentos seleccionados México 2004**



**Porcentaje de hospitales de los SESA sin existencias en algunos medicamentos seleccionados México 2004**



**Porcentaje de hospitales del IMSS-Oportunidades sin existencias en algunos medicamentos seleccionados México 2004**



## Egresos en hospitales públicos

El volumen de egresos anuales es una medida de la productividad de los hospitales que se asocia con el personal y los recursos desplegados por cama disponibles. La descripción y análisis de los principales diagnósticos de estos egresos permite conocer las características de la oferta y demanda de los servicios hospitalarios y es un insumo para la planeación financiera y operativa de los servicios.

En 2004 los hospitales públicos generaron casi 4.5 millones de egresos hospitalarios, lo que representa 41.9 egresos por mil habitantes. Esta cifra es superior a la registrada en Perú y Guatemala, con 39.1 y 29.4 egresos por mil habitantes, respectivamente. Sin embargo, es inferior a la de Ecuador, Costa Rica y Chile, donde se registran 55.5, 79.7 y 99.2 egresos por mil habitantes.

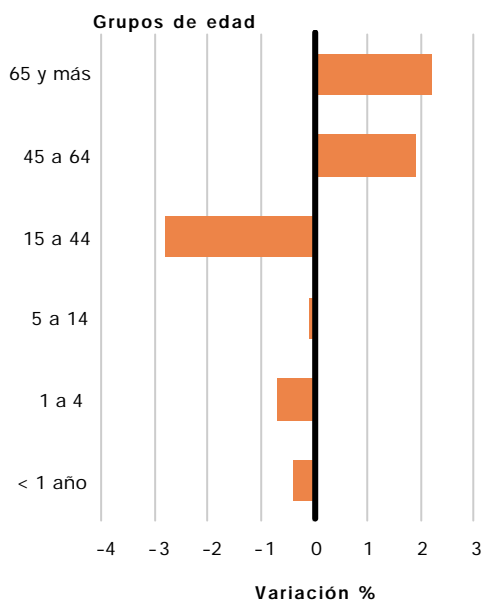
Los egresos totales en varias instituciones públicas han aumentado consistentemente en la última década, debido entre otras razones a la disminución en el promedio de los días de estancia y al aumento en el número de camas disponibles. De 1995 a 2004 el aumento en los egresos fue del 22 por ciento, mientras que las camas de hospital crecieron 9.7 por ciento en el mismo periodo. Las instituciones que presentaron los mayores incrementos de egresos durante este periodo fueron los SESA, con 71 por ciento, seguido de la SEDENA con 44.8 por ciento, IMSS-Oportunidades, con 5.7 por ciento e IMSS, con 1.6 por ciento. El ISSSTE, PEMEX y SECMAR registraron una disminución de los mismos de 2.4, 2.4 y 47 por ciento, respectivamente. En el promedio de egresos por cama por año, SEDENA duplicó su número en el periodo, pasando de 17.1 egresos por cama por año en 1995 a 34.1 en 2004, mientras que los SESA y PEMEX aumentaron 42 y 6.5

por ciento sus egresos, respectivamente. Las cuatro instituciones restantes disminuyeron su promedio de egresos por cama en 1.7 (IMSS) y 62.4 por ciento (SECMAR), respectivamente.

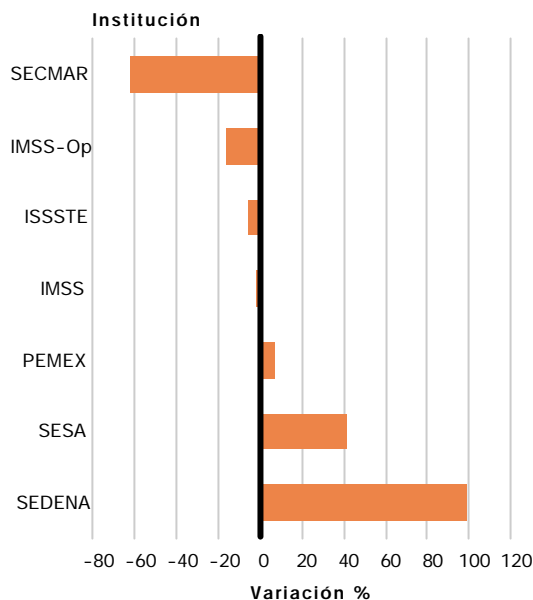
De 1995 a 2004 la distribución de los egresos por grupo de edad muestra algunos cambios esperados: una disminución porcentual que varió de 0.1 a 0.7 por ciento entre los menores de 14 años; una disminución de 2.8 por ciento en el grupo de 15 a 44 años; un aumento de 1.9 por ciento en el grupo de 45 a 64 años, y un aumento del 2.2 por ciento en la población de 65 años y más. Por sexo se ha mantenido estable la mayor proporción de egresos en mujeres (69%).

De 1995 a 2004 la distribución de los diagnósticos más frecuentes al egreso también se ha modificado: se observó una disminución de los egresos por bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma de 23.4 por ciento; las enfermedades infecciosas intestinales disminuyeron en 17.5 por ciento y la insuficiencia renal descendió en 1.7 por ciento. En sentido contrario, los diagnósticos principales al egreso que más aumentaron en el periodo fueron la colecistitis y coledocistitis (67.4%), las infecciones respiratorias agudas (62.3%) y las enfermedades del corazón (43.4%). Le siguieron en orden de importancia las neumonías, la diabetes mellitus y los tumores malignos. Finalmente, habría que señalar que durante el periodo 1995-2004 se han mantenido invariables las primeras cuatro causas principales de egresos hospitalarios: causas obstétricas directas, parto único espontáneo, traumatismos y envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.

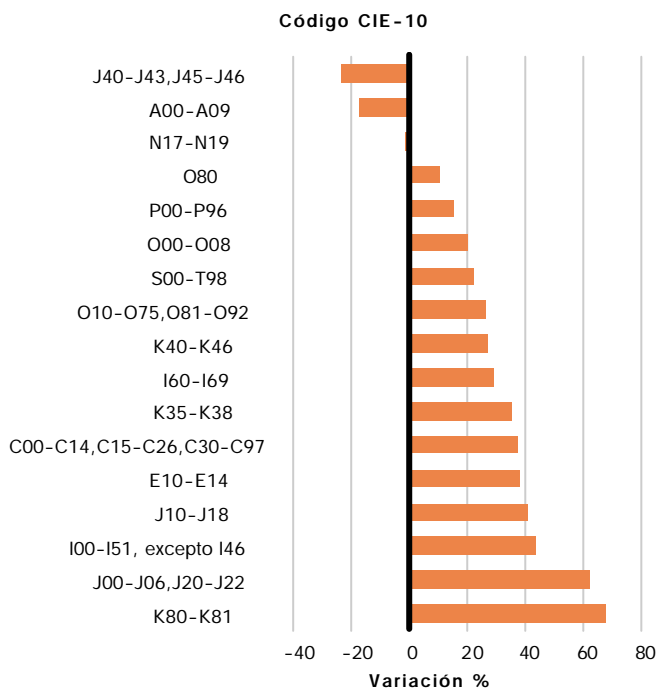
**Variación porcentual de los egresos hospitalarios en el sector público por grupos de edad México 1995-2004**



**Variación porcentual del promedio de egresos por cama censable por institución México 1995-2004**



**Variación porcentual de las principales causas de egresos hospitalarios en el sector público México 1995-2004**



**Código CIE-10**

- K80-K81: Colelitiasis y colecistitis
- J00-J06, J20-J22: Infecciones respiratorias agudas
- I00-I51, excepto I46: Enfermedades de corazón
- J10-J18: Influenza y neumonía
- E10-E14: Diabetes Mellitus
- C00-C14, C15-C26, C30-C97: Tumores malignos
- K35-K38: Enfermedades del apéndice
- I60-I69: Enfermedades cerebrovasculares
- K40-K46: Hernia de la cavidad abdominal
- O10-O75, O81-O92: Causas obstétricas directas (excepto aborto)
- S00-T98: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas
- O00-O08: Aborto (sólo morbilidad)
- P00-P96: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (No incluye tétanos neonatal -A33-)
- O80: Parto único espontáneo (sólo morbilidad)
- N17-N19: Insuficiencia renal
- A00-A09: Enfermedades infecciosas intestinales
- J40-J43, J45-J46: Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma

## Cirugías por quirófano

El promedio diario de cirugías por quirófano se obtiene de dividir el total de cirugías realizadas en las instituciones públicas de salud entre el número total de quirófanos, cifra que a su vez se divide entre los 365 días del año.

Cuantificar el número de cirugías por quirófano instalado permite medir la productividad de estos recursos y, de manera indirecta, refleja la disponibilidad de servicios quirúrgicos para la atención a la salud.

La comparación interinstitucional en la productividad quirúrgica muestra diferencias interesantes. En el último año, el ISSSTE y los SESA tuvieron promedios de 2.43 y 2.45 cirugías diarias por quirófano, respectivamente, mientras que en los servicios del IMSS el promedio fue de cuatro. En el IMSS-Oportunidades se realizaron 3.54 cirugías diarias y en los hospitales de PEMEX 1.88. Con la excepción del IMSS-Oportunidades que desde 1999 muestra una tendencia decreciente en este indicador, el resto de las instituciones ha mantenido una productividad al alza de sus quirófanos.

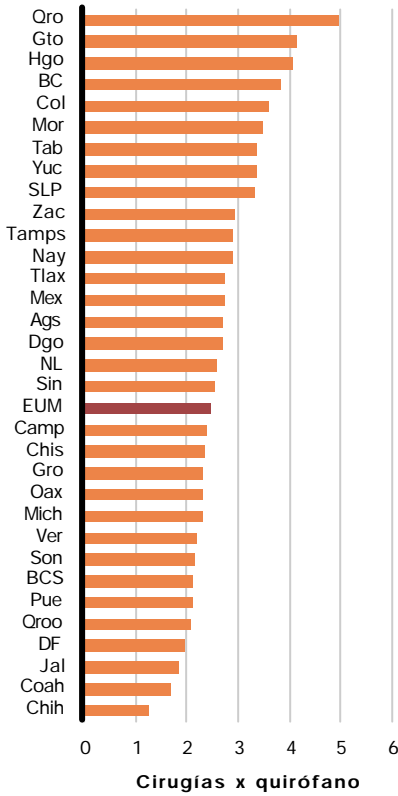
Las diferencias en la productividad de los quirófanos por instituciones pueden obedecer a varias causas: a) la oferta o disponibilidad de quirófanos en relación con la población de responsabilidad, como sucede en PEMEX, donde se cuenta con 0.7 quirófanos por 10 000 usuarios

potenciales, mientras que en el IMSS la relación es de 0.2 por 10 000 asegurados; b) diferencias en el tipo de cirugías que se realizan en las instituciones, donde a mayor especialidad mayor el tiempo quirúrgico; c) diferencias en las condiciones de salud de los pacientes atendidos, y d) factores relacionados con la organización de los servicios quirúrgicos que se asocian con la mayor o menor eficiencia de los mismos.

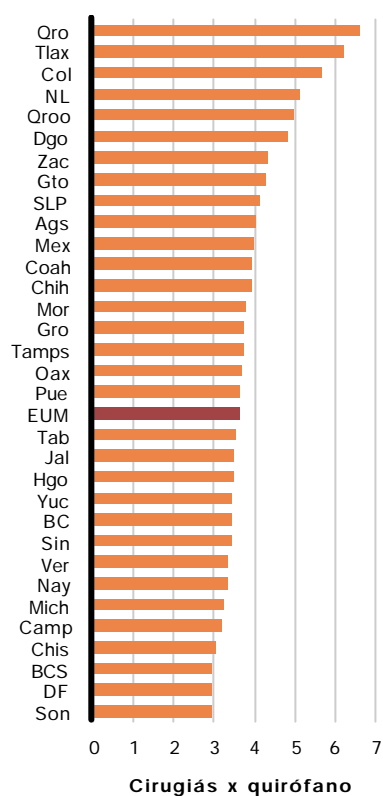
A pesar de la baja productividad de los servicios de PEMEX, la productividad quirúrgica en las instituciones de seguridad social en su conjunto es 1.5 veces más alta que la productividad mostrada por los hospitales de los SESA.

A nivel estatal, los estados con mayor productividad quirúrgica en los SESA fueron Querétaro y Guanajuato, que presentaron cifras cuatro veces más altas a las de Chihuahua. En los servicios de la seguridad social, la mayor productividad también se observó en Querétaro, que presentó un promedio de intervenciones quirúrgicas dos veces más alto que Sonora y el Distrito Federal.

**Cirugías por quirófano en los hospitales de los SESA por entidad federativa México 2004**



**Cirugías por quirófano en instituciones de seguridad social por entidad federativa México 2004**

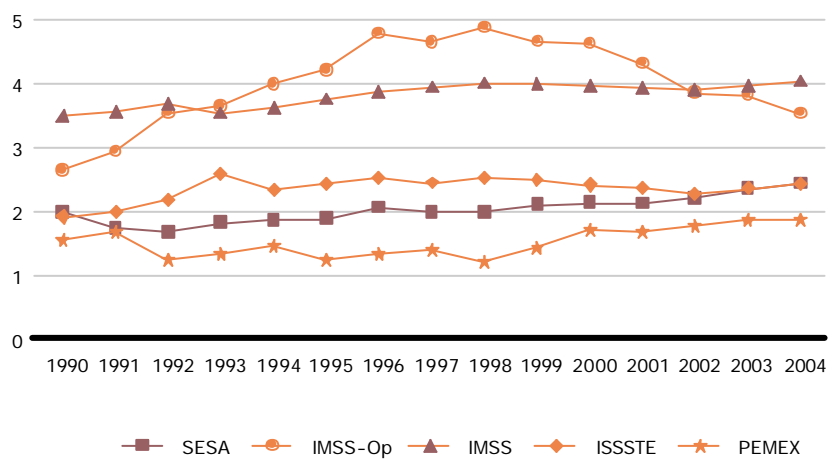


La productividad quirúrgica en las instituciones de seguridad social es 1.5 veces mayor que en los SESA.

Incluye: IMSS, ISSSTE, PEMEX

**Cirugías por quirófano por institución México 1990-2004**

Cirugías x quirófano



## Calidad de los datos de egresos hospitalarios

Para la gerencia de los servicios hospitalarios se necesita un sistema de registro de egresos oportuno y de calidad. Estos registros deben permitir conocer aspectos relevantes de la demanda y de la prestación de servicios, tales como las necesidades de salud de sus usuarios y la complejidad de éstas, los procedimientos e insumos que se despliegan en la atención de los enfermos, el comportamiento de los días de estancia por servicio, ciertos aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes y la disponibilidad de camas vacantes, entre muchas otras características. El análisis regular de estos datos debiera permitirle a los directivos del hospital conocer la productividad de sus departamentos y establecer ajustes en la prestación de los servicios si fuera necesario, evaluar la efectividad y eficiencia de los servicios, monitorear desviaciones en los costos hospitalarios, identificar oportunamente los problemas de seguridad de los pacientes y tomar medidas correctivas, entre los más importantes.

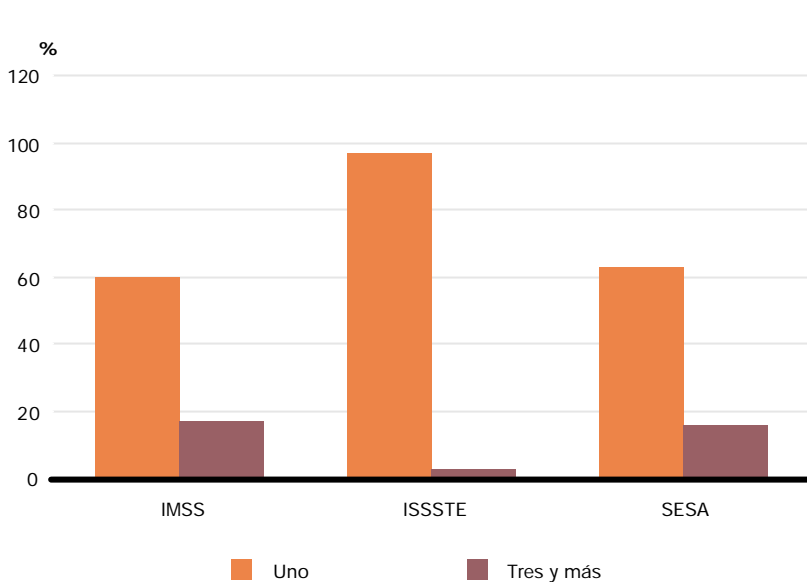
Para que los sistemas de registros tengan una utilidad gerencial es necesario cuidar varios aspectos del proceso de generación de los datos hospitalarios, incluyendo el llenado correcto de las hojas de egreso, la codificación de los diagnósticos principales y secundarios, así como la identificación de los procedimientos médico-quirúrgicos desplegados en la atención de los enfermos. Es de prever que la introducción del expediente clínico electrónico en todas las instituciones permitirá conocer, en forma mucho más dinámica y oportuna, el desempeño de cada una de las unidades, por lo que se deben fortalecer los esfuerzos tendientes a concluir este cambio tecnológico.

En la revisión de las bases de datos de egresos hospitalarios se observó un registro completo de las

características sociodemográficas de los pacientes, así como de las variables biológicas de interés en algunos grupos de edad. Donde se observaron diferencias entre las instituciones fue en los campos de captura relacionados con los diagnósticos y procedimientos al egreso. Aun cuando hay diferencias entre las instituciones respecto del número de diagnósticos y procedimientos que pueden registrarse, los resultados indican que en el ISSSTE casi en el 100 por ciento de los egresos sólo se registró un diagnóstico como causa de hospitalización. Esto podría hacer pensar que los pacientes atendidos en esa institución no presentan ninguna co-morbilidad, algo que no puede sostenerse dado el número creciente de usuarios mayores de 65 años que demandan servicios en los hospitales y en quienes la co-morbilidad es un hallazgo frecuente. Un registro mejor se observó en el IMSS y en los SESA. En el primero, cerca del 17 por ciento de los egresos tuvieron dos o más diagnósticos secundarios, mientras que en los SESA esta cifra fue de 16 por ciento.

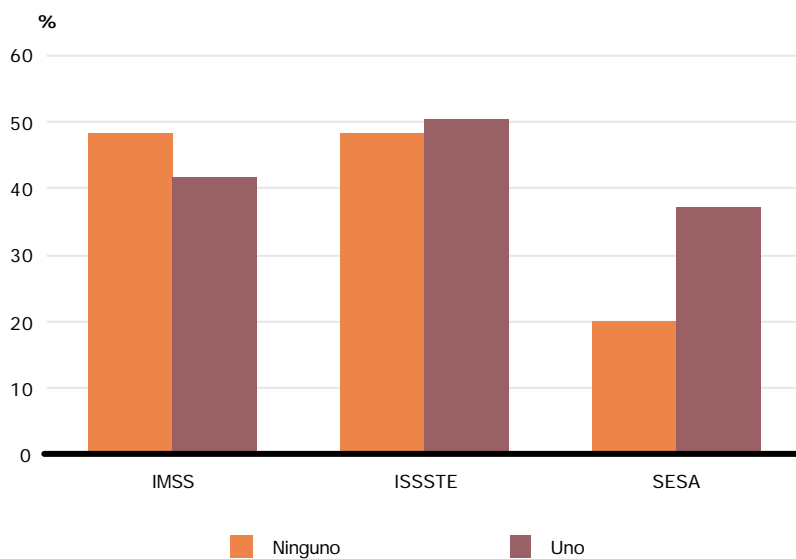
En el rubro de registro de procedimientos médico-quirúrgicos, los SESA mostraron una distribución más consistente con el tipo de diagnósticos al egreso: en 20 por ciento de los egresos no se registró ningún procedimiento; en 37 por ciento se registró uno, y en 43 por ciento restante se registraron dos y más procedimientos. En el IMSS 48 por ciento de los egresos no registraron procedimientos; en 41.6 por ciento se registró uno, y en 10.4 por ciento se registraron dos o más. En el ISSSTE estas cifras fueron: 48.3, 50.3, y 1.4 por ciento, respectivamente.

**Número de diagnósticos al egreso en hospitales por institución  
México 2004**



El mejor registro de diagnósticos se presenta en el IMSS y los SESA.

**Egresos hospitalarios con registro de procedimientos médico-quirúrgicos por institución  
México 2004**



## Hospitales con servicio autorizado para el manejo de residuos peligrosos biológicos infecciosos (RPBI)

Porcentaje de hospitales con contratos con empresas especializadas en el manejo de los RPBI y porcentaje de hospitales que tienen contenedores especiales para RPBI.

A rededor del 20 por ciento de todos los desechos que generan las unidades médicas puede ser clasificado como residuos peligrosos biológicos infecciosos (RPBI). Entre los RPBI se considera a la sangre; los productos derivados de la sangre, incluyendo plasma, suero y paquete globular; los materiales con sangre; muestras de tejido corporal; órganos vitales; agujas usadas; lancetas; bisturis, y materiales de transfusión, entre otros.

En 1995 se publicó en el DOF la primera Norma Oficial Mexicana para regular el manejo de los RPBI. El objetivo primordial de la Norma fue proteger al personal de salud de los riesgos relacionados con el manejo de estos residuos, así como proteger el medio ambiente y a la población que pudiera entrar en contacto con ellos dentro y fuera de las instituciones de salud. En 2002 se establecieron modificaciones a la NOM y algunos residuos que habían sido clasificados como RPBI dejaron de pertenecer a este rubro. Entre los cambios a la norma destacan los siguientes residuos que ya no se consideran RPBI: torundas y gasas con sangre seca o manchadas con sangre; materiales de vidrio utilizados en laboratorio (matraces, pipetas y cajas de Petri); muestras de orina y excremento para análisis de laboratorio, y tejidos o partes del cuerpo en formol.

La NOM que regula el manejo de los RPBI establece el requisito de contratar a un prestador

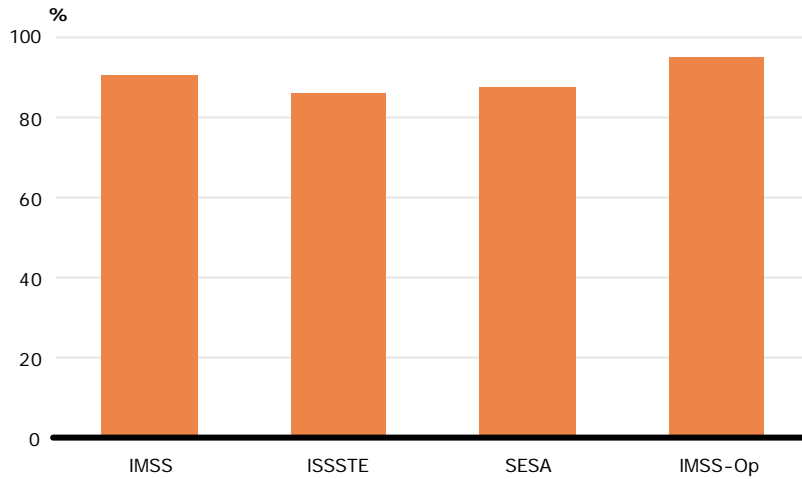
de servicios autorizado para el manejo de estos residuos. De acuerdo con información reciente, las compañías dedicadas al manejo de RPBI tienen una capacidad instalada por arriba de lo requerido actualmente, ya que cuentan con capacidad para manejar más de 450 toneladas diarias, mucho más del volumen de RPBI que se emiten en el país.

Información obtenida a través de directivos hospitalarios permite afirmar que 90 por ciento de los hospitales tienen convenios con empresas autorizadas para el manejo de estos desechos. Aunque las diferencias institucionales no son significativas, el porcentaje más alto de hospitales con convenios firmados con empresas dedicadas al manejo de RPBI corresponde al IMSS-Oportunidades, con 95 por ciento y el menor al ISSSTE, con 85 por ciento.

Adicionalmente, 96 por ciento de los directivos entrevistados afirmó que sus unidades contaban con contenedores especiales para RPBI, con porcentajes institucionales que varían entre 90 y 100 por ciento. En sentido opuesto, menos de 20 por ciento de los hospitales cuentan con incinerador, con variaciones que van de 14 por ciento en el ISSSTE a 19 por ciento en el IMSS.



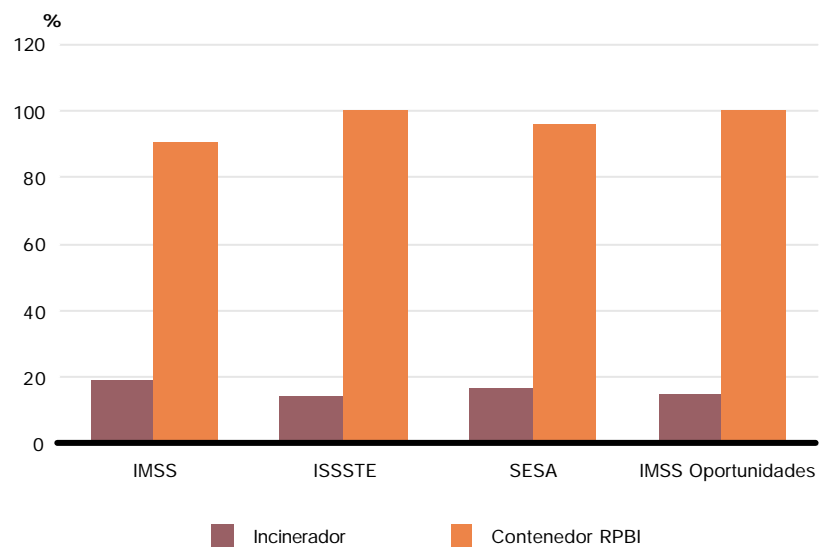
**Hospitales que tienen contratos con empresas para el manejo de los RPBI por institución México 2004**



Aunque los porcentajes de manejo adecuado de RPBI es alto debería ser del 100 por ciento.

Un porcentaje muy bajo de hospitales cuenta con incinerador.

**Hospitales con contenedor para RPBI y con incinerador por institución México 2004**



## Hospitales con laboratorio clínico, rayos X y farmacia autorizados

El porcentaje de hospitales que cuentan con autorización para operar estos servicios se obtuvo de las entrevistas realizadas con el personal directivo de las instituciones.

Con el fin de garantizar la operación segura de los servicios de apoyo que se efectúan en los hospitales, se diseñaron una serie de lineamientos oficiales que definen los requisitos para la operación de laboratorios clínicos, unidades de rayos X y farmacia.

Además de los requisitos en materia de equipamiento, los servicios de apoyo deben estar bajo la dirección de personal con el perfil profesional adecuado a fin de garantizar la efectividad de los servicios y la reducción de los riesgos potenciales en su operación.

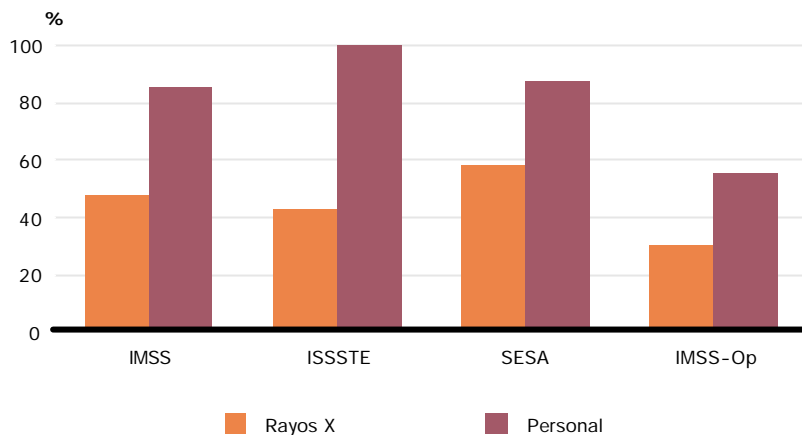
La información que se presenta se obtuvo mediante entrevistas a 73 directivos hospitalarios de las cuatro principales instituciones públicas de salud. Los resultados muestran que sólo 45 por ciento de los hospitales cuentan con autorización de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para la operación

de una unidad de rayos X, aunque 80 por ciento cuentan con personal responsable de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM) correspondiente.

Con respecto a los laboratorios clínicos, 61 por ciento de los hospitales cuentan con la autorización de la COFEPRIS y 95 por ciento cuentan con personal responsable acorde a la norma correspondiente. Los SESA tienen los porcentajes más altos de autorización (71%), pero son las que menos cumplen con la normatividad del personal responsable (91%).

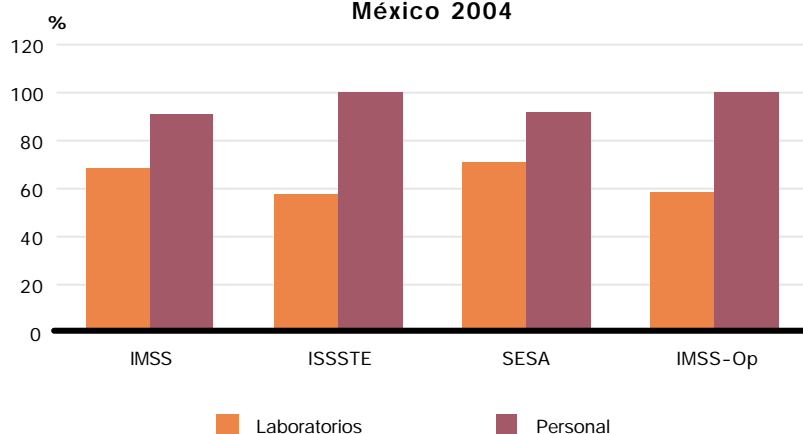
Finalmente, 79 por ciento de las unidades cuentan con farmacia autorizada por COFEPRIS y 95 por ciento de ellas cuentan con personal responsable según los requisitos señalados en la NOM respectiva. Como en los otros servicios, los SESA presentan los porcentajes más altos de autorizaciones por COFEPRIS y el más bajo de personal responsable de acuerdo con la NOM.

**Hospitales con servicio de rayos X autorizado por la COFEPRIS y con personal responsable de acuerdo con la NOM México 2004**

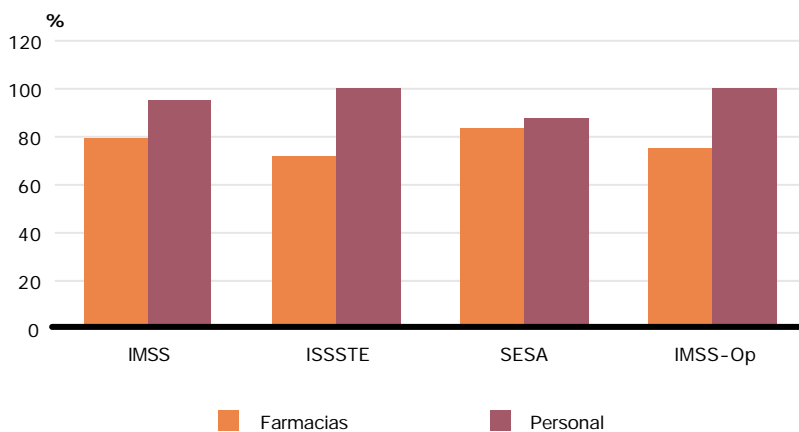


Los SESA presentan los porcentajes más altos de autorización para la operación de rayos X, laboratorio y farmacia.

**Hospitales con autorización de la COFEPRIS para la operación de laboratorio clínico y con personal responsable de acuerdo a la NOM México 2004**



**Hospitales con la autorización de la COFEPRIS para operar sus farmacias y con personal responsable de acuerdo con la NOM México 2004**



## Caídas de pacientes en el hospital y reacciones a transfusiones sanguíneas

**A**mbos indicadores se estimaron a través de las respuestas afirmativas de los encuestados.

Estos indicadores, así como el de infección de la herida quirúrgica que también se presenta en este informe, forman parte de la lista de 21 indicadores sugeridos por la OCDE para vigilar la seguridad de los pacientes en los hospitales de los Países Miembros.

Los aspectos de seguridad de los pacientes en hospitales no se identifican fácilmente a través de los registros administrativos, por lo que su magnitud e importancia como causas de morbilidad hospitalaria permanecen desconocidas y son pocos los esfuerzos, hasta ahora, por identificarlos y desplegar estrategias para su prevención.

Las caídas de pacientes en los hospitales son las causas más comunes de daños no fatales que sufren los pacientes mientras se encuentran hospitalizados. Afectan principalmente a los enfermos de edad avanzada y se asocian frecuentemente a factores de riesgo del paciente, a ciertos tratamientos y procedimientos, así como a factores relacionados con el ambiente hospitalario, entre otros.

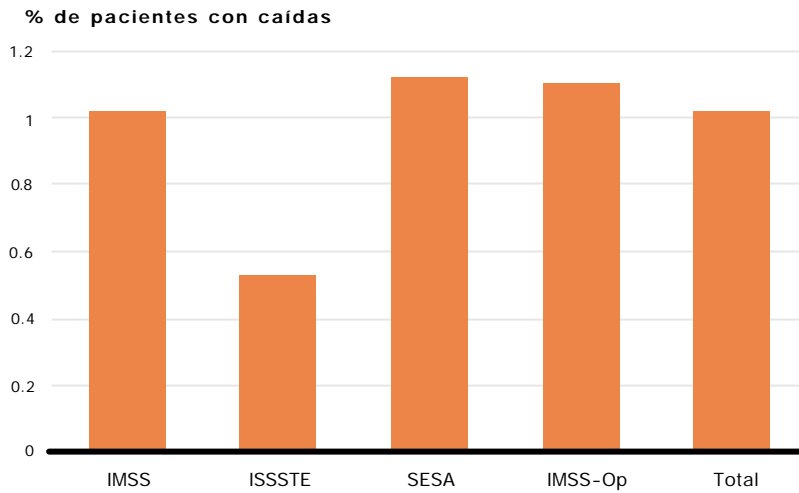
A los usuarios entrevistados se les preguntó si durante su permanencia en el hospital habían sufrido alguna caída. El porcentaje de usuarios que experimentó este evento fue del 1 por ciento

(122). Por institución, las cifras fueron similares en el IMSS, IMSS-Oportunidades y SESA, mientras que la cifra más baja se observó en los hospitales del ISSSTE, con 0.53 por ciento.

Las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas se clasifican en hemolíticas y no hemolíticas. Las primeras son más graves aunque menos frecuentes. Sin embargo, en algunas ocasiones pueden causar la muerte de los pacientes. Éstas ocurren por la administración de sangre ABO incompatible y generalmente obedecen a errores en la clasificación del tipo sanguíneo, así como a errores de identificación de los receptores. La frecuencia de estos eventos es variable según el tipo de hospital y el método de estimación empleado. En algunos hospitales de países latinoamericanos se describen tasas de incidencia de 0.3 a 10 por ciento, mientras que en países desarrollados se registran incidencias de 335 por 5.5 millones de unidades transfundidas.

Entre los pacientes entrevistados, 2.7 por ciento presentaron una reacción leve a moderada a la transfusión de sangre. Los usuarios del IMSS y los SESA presentaron las cifras más altas, 2.95 y 2.97 por ciento respectivamente, mientras que en el IMSS-Oportunidades esta cifra fue de 0.96 por ciento.

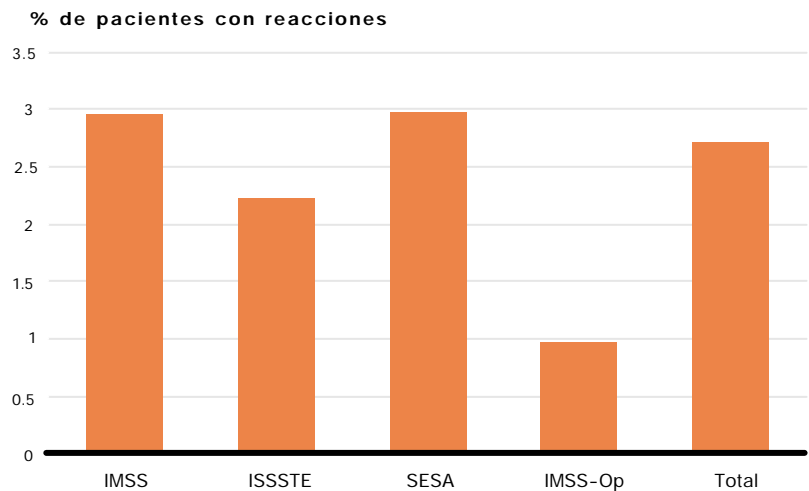
### Caídas de pacientes en el hospital por institución México 2005



El porcentaje más alto de pacientes con caídas se presentó en los SESA.

### Reacciones adversas por transfusión sanguínea por institución México 2005

El porcentaje más alto de reacciones a transfusiones se presentó en el IMSS y los SESA.



## Infección de herida quirúrgica e inflamación del sitio de aplicación del suero

Ambos indicadores se midieron con las respuestas afirmativas proporcionadas por los usuarios

Las infecciones de la herida quirúrgica son relativamente frecuentes en los diversos servicios de cirugía de los hospitales. En Inglaterra se han estimado tasas de incidencia que varían de 6.8 a 19.2 por ciento dependiendo del método de clasificación empleado. Estas complicaciones aumentan la morbilidad de los pacientes, adicionan dolor y malestar a los enfermos, y en ocasiones pueden conducir a la muerte. Para los servicios de salud los días de estancia y los costos por las infecciones de las heridas quirúrgicas generalmente se duplican.

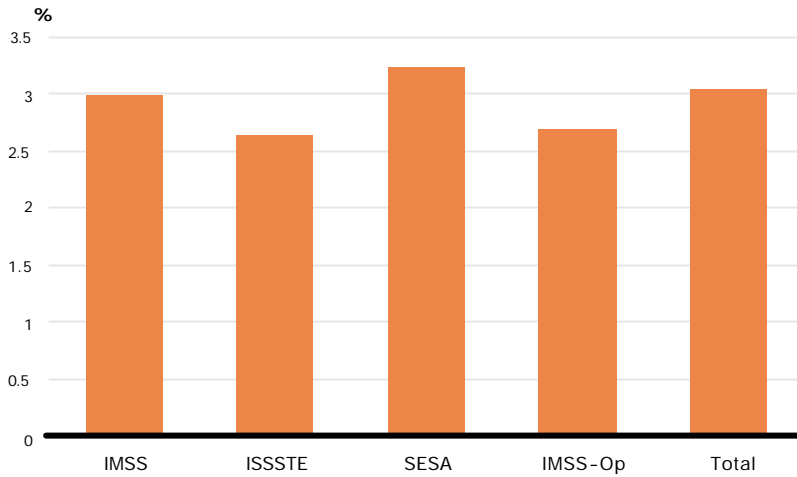
En la población de estudio poco más del 3 por ciento de los pacientes sometidos a una operación señaló haber tenido una infección del sitio quirúrgico. Por instituciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0.82$ ). Sin embargo, las cifras más altas se encontraron entre los pacientes de los hospitales de los SESA y del IMSS con 3.22 y 2.99 por ciento respectivamente.

El personal de enfermería de los hospitales tiene a su cargo la vigilancia de la administración de soluciones endovenosas (sueros) y emplea como indicador de la calidad de la atención de

enfermería el porcentaje de pacientes con suero que presentan inflamación o "infección" en el sitio de la aplicación. En la población de estudio el 16.4 por ciento de los usuarios señalaron haber presentado un evento de esa naturaleza. Por institución se encontró que los pacientes del IMSS presentaron el porcentaje más alto de inflamación del sitio de aplicación del suero con 19.5 por ciento, seguido por los pacientes del ISSSTE, SESA e IMSS-Oportunidades, con 15.4, 14.8 y 10.4 por ciento, respectivamente ( $p < 0.001$ ).

La interpretación de estos resultados debe ser cautelosa porque no provienen de una búsqueda sistemática de los casos mediante un sistema de vigilancia establecido; se han obtenido de la experiencia personal de los pacientes entrevistados. Por otra parte, es imprescindible fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica al interior de los hospitales para conocer de manera más exacta la magnitud de las infecciones de las heridas quirúrgicas, así como difundir sus resultados en los servicios para que se tomen las medidas necesarias y se reduzca la incidencia de estas complicaciones.

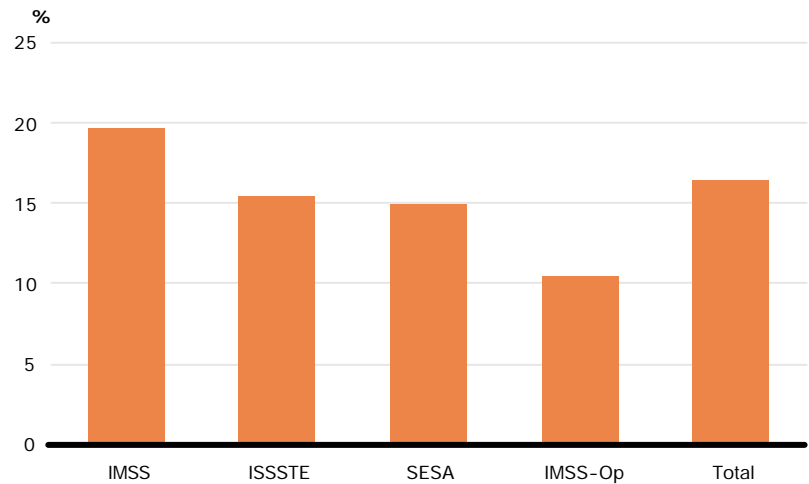
### Infección de la herida quirúrgica por institución México 2005



Los bajos porcentajes de infección de herida sugieren un problema de subregistro.

El IMSS presentó el porcentaje más alto de inflamación del sitio de colocación del suero.

### Inflamación en el sitio de colocación del suero por institución México 2005



## Cesáreas

- Promedio de días de estancia
- Porcentaje de complicaciones
- Porcentaje de readmisiones

Las cesáreas son el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en el país. En México se realizan cada año alrededor de 700 000 cesáreas, de las cuales 450 000 se realizan en los hospitales de los SESA y el IMSS.

Como cualquier otra cirugía, las cesáreas tienen riesgos que se incrementan cuando el procedimiento se efectúa bajo condiciones de emergencia. Sin embargo, la probabilidad de muerte es muy baja. En el caso del IMSS, en 2004 ocurrieron 46 muertes en más de 236 000 cesáreas realizadas, lo que representa una tasa de 2 muertes por 10 000 procedimientos, aproximadamente.

En los hospitales seleccionados se analizaron 56,177 egresos por cesárea. La mayor parte de estos egresos (73.2%) fueron en mujeres de 20 a 34 años de edad. Es de destacar que en los hospitales de los SESA cerca del 25 por ciento de los egresos se presentó en población menor de 19 años de edad, mientras que un porcentaje similar, pero en el grupo de 35 años y más, se presentó en el ISSSTE.

En el rubro de estadía hospitalaria por cesárea se observaron diferencias estadísticamente

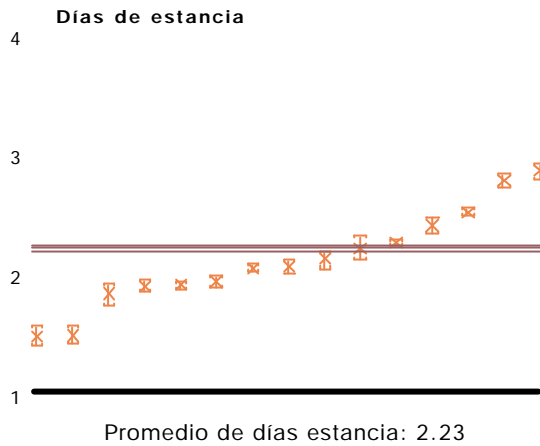
significativas entre las instituciones, aunque estas diferencias para fines prácticos representaron menos de 0.5 días. Los hospitales de los SESA tuvieron el promedio de días de estancia (DE) más bajo: 2.03 días (IC<sub>95%</sub> 2.02-2.04), y el más alto correspondió al IMSS-Oportunidades, con 2.46 (IC<sub>95%</sub> 2.43-2.49). Al interior de las instituciones, las variaciones de los DE entre el hospital con la cifra más baja y el hospital con la cifra más alta fue de 1.4 días en el IMSS; 1.05 en el ISSSTE; 1.42 en los SESA, y 1.4 días en el IMSS-Oportunidades. Por grupos de edad no se observaron diferencias en los DE en ninguna de las instituciones.

En materia de complicaciones sólo se obtuvo información para el IMSS y los SESA. El porcentaje de complicaciones fue de 2.1 por ciento en los hospitales de los SESA y de 0.6 por ciento en el IMSS. Cifras relativamente bajas se observaron también en el porcentaje de readmisiones: 0.35 por ciento en el ISSSTE, 0.54 por ciento en los SESA, y 1 por ciento en el IMSS.



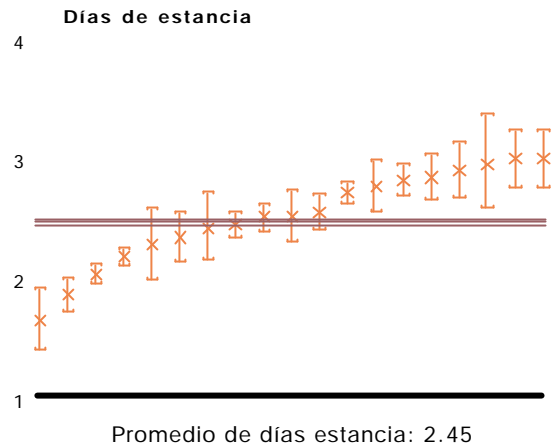
**Promedio de días estancia por cesárea  
México 2004**

**IMSS**



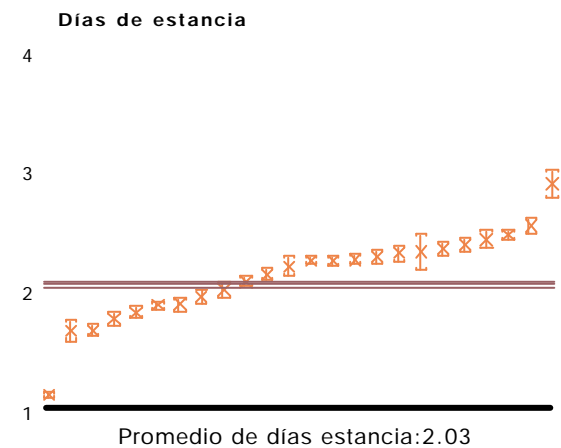
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	9	60
en el promedio	1	7
arriba del promedio	5	33
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**IMSS-Oportunidades**



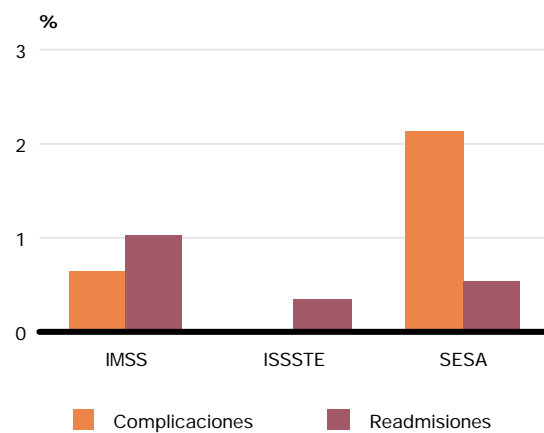
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	4	21
en el promedio	7	37
arriba del promedio	8	42
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

**SESA**



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	8	33
en el promedio	1	4
arriba del promedio	15	63
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

**Complicaciones y readmisiones por  
cesárea por institución  
México 2004**



## Partos vaginales

- Promedio de días de estancia
- Porcentaje de complicaciones

La atención del parto vaginal es el principal motivo de egreso en los hospitales públicos del país. Alrededor del 65 por ciento de estos egresos se concentran en los hospitales de los SESA. Le siguen en orden de importancia el IMSS y el IMSS-Oportunidades.

Se analizaron 118 000 egresos por parto vaginal en los hospitales seleccionados. Por grupos de edad destaca el alto porcentaje de egresos entre la población menor de 19 años en las instituciones que atienden a la población rural y de menores recursos: en el IMSS-Oportunidades este porcentaje fue de 25 por ciento y de casi 28 por ciento en los SESA.

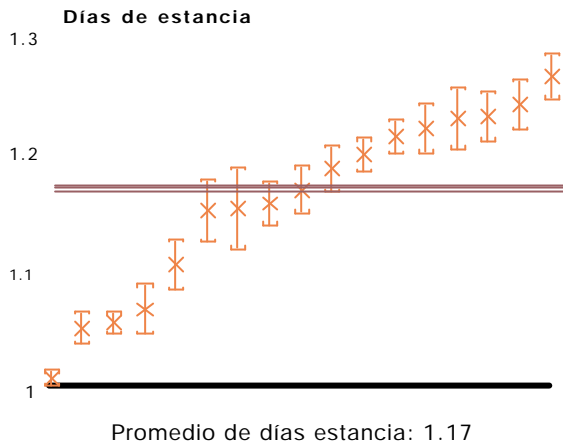
Con relación al promedio de días de estancia (PDE), cerca del 23 por ciento de los egresos tuvieron menos de un día de estancia hospitalaria. Las instituciones con el porcentaje más alto de días de estancia menores a un día fueron el IMSS, con 30.3 por ciento, y los hospitales de los SESA, con 24 por ciento. Entre los egresos que tuvieron uno o más días de estancia hospitalaria, el PDE fue similar en el IMSS y en los hospitales de los SESA (1.17 días), mientras que en los hospitales del ISSSTE y del IMSS-Oportunidades esta cifra fue de 1.3 y 1.25 días, respectivamente. No se observaron variaciones significativas en el PDE al interior de los hospitales de una misma institución.

En condiciones normales, con un adecuado seguimiento del embarazo, la probabilidad de que se desarrollen complicaciones mayores durante el parto es muy baja. De hecho, las posibles complicaciones pueden diagnosticarse previamente o resolverse con un diagnóstico temprano. Las afecciones a que hace referencia este trabajo son complicaciones mayores, como infartos al miocardio, depleción de volumen, embolias obstétricas y retención placentaria, entre las más importantes. El porcentaje de complicaciones por parto vaginal en el IMSS fue de 0.25 por ciento, mientras que en los hospitales de los SESA esta cifra fue de 0.46 por ciento.

De acuerdo con los datos de este informe, la atención del parto en las instituciones públicas de salud es un procedimiento eficiente y, a juzgar por los datos de complicaciones, seguro. Sin embargo, habría que tener cierta reserva a la hora de interpretar estos resultados por las deficiencias en el registro de los datos de egresos. Por otra parte, en los aspectos de seguridad de la atención obstétrica deben incorporarse aspectos adicionales como pueden ser los traumas al nacimiento, las laceraciones o hematomas cervicales, vaginales y perineales, entre otros.

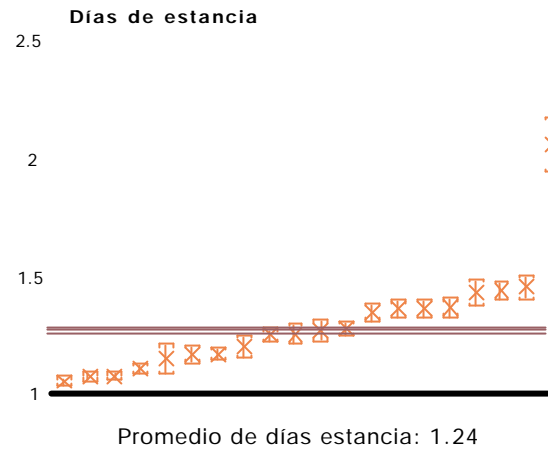
Promedio de días estancia por partos vaginales  
México 2004

IMSS



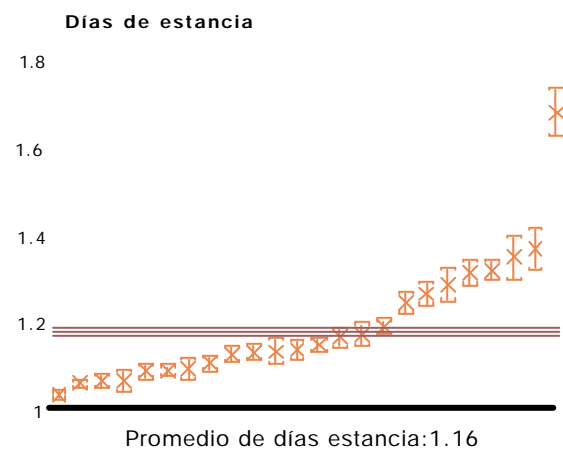
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	5	29
en el promedio	5	29
arriba del promedio	7	41
Total	17	100

IMSS-Oportunidades



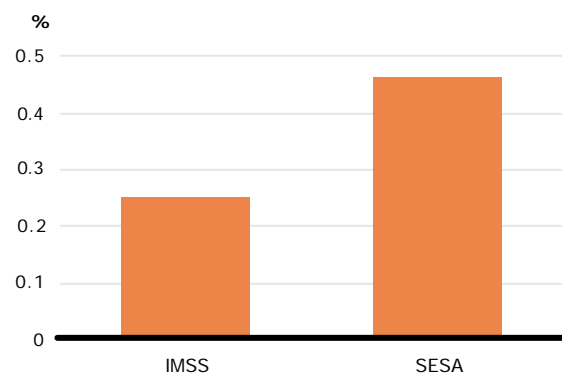
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	8	40
en el promedio	4	20
arriba del promedio	8	40
Total	20	100

SESA



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	13	54
en el promedio	2	8
arriba del promedio	9	38
Total	24	100

Complicaciones durante la atención del  
parto vaginal por instituciones  
México 2004



## Colecistectomías

- Promedio de días de estancia
- Porcentaje de complicaciones
- Porcentaje de readmisiones

La cirugía de vesícula biliar es uno de los procedimientos quirúrgicos electivos más comunes en el mundo y tiene como su causa principal a la litiasis vesicular. La presencia de cálculos vesiculares es más común entre las mujeres y su frecuencia aumenta con la edad. En México se estima que la prevalencia de esta enfermedad es de 5.8 por ciento en los hombres y 19.7 por ciento en mujeres.

En los hospitales seleccionados se analizaron 11 709 egresos por colecistectomía; la mayoría (79.7%) fueron egresos del sexo femenino y 63 por ciento correspondieron a egresos de pacientes menores de 50 años de edad. El promedio de días de estancia (DE) por institución varió de 3.05 días en el IMSS (IC<sub>95%</sub> 2.99-3.09) a 3.49 días en los hospitales de los SESA (IC<sub>95%</sub> 3.41-3.57). Por grupos de edad, se observó que la población mayor de 50 años tuvo un incremento de 0.54 DE en el IMSS-Oportunidades a 1.25 en los hospitales de los SESA respecto de la población menor de 50 años. De igual forma, los hombres presentaron un promedio de DE superior al de las mujeres, y esta cifra fue de 1.37 días más en los hospitales de los SESA, comparado con la diferencia de 0.21 días observado en los hospitales del IMSS-Oportunidades.

Al interior de las instituciones también se encontraron diferencias en el promedio de DE. En

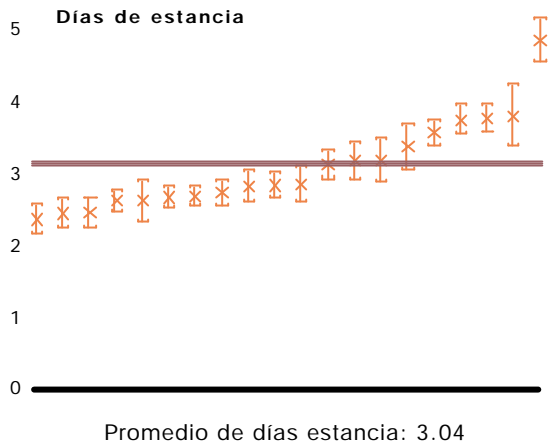
el IMSS hubo una diferencia de dos días entre el hospital con el promedio de DE más bajo y el más alto. En el ISSSTE la diferencia fue de 2.38 días; en los SESA de 3.79 días, y de 1.93 días en el IMSS-Oportunidades.

En el rubro de readmisiones se encontró que los reingresos, en un periodo de 30 días posteriores a la colecistectomía, fue de 1.2 por ciento en los hospitales de los SESA; 1.5 por ciento en el ISSSTE, y 1.9 por ciento en el IMSS (datos no disponibles para IMSS-Oportunidades). Asimismo, el porcentaje de complicaciones fue mucho más alto en los hospitales de los SESA (6.4%) comparado con 1.6 por ciento en el IMSS (datos no disponibles para el ISSSTE e IMSS-Oportunidades). La mayor parte de las complicaciones y readmisiones se presentaron en los pacientes mayores de 50 años.

De acuerdo con estos resultados, los hospitales de los SESA presentaron un promedio de DE por colecistectomía mayor que el resto de las instituciones; una mayor variabilidad de los DE al interior de sus hospitales, y un porcentaje de complicaciones más alto. Habría que reiterar la interpretación cautelosa de los resultados dada las deficiencias en los registros de egresos que presentan las instituciones.

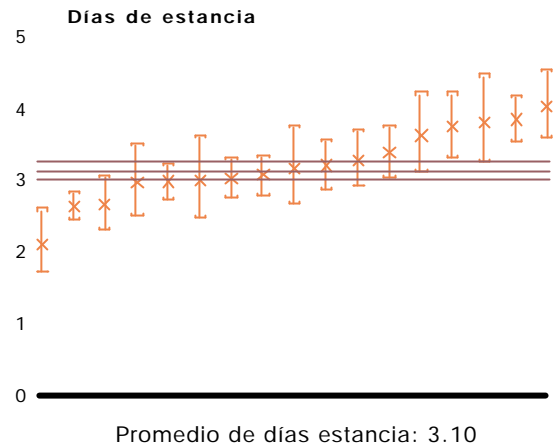
Promedio de días estancia por colecistectomías  
México 2004

IMSS



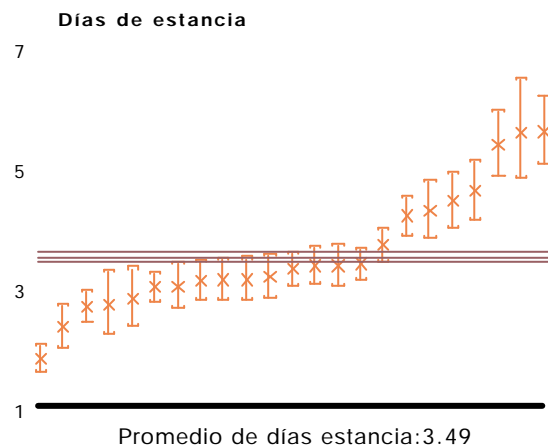
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	10	50
en el promedio	5	25
arriba del promedio	5	25
Total	20	100

IMSS-Oportunidades



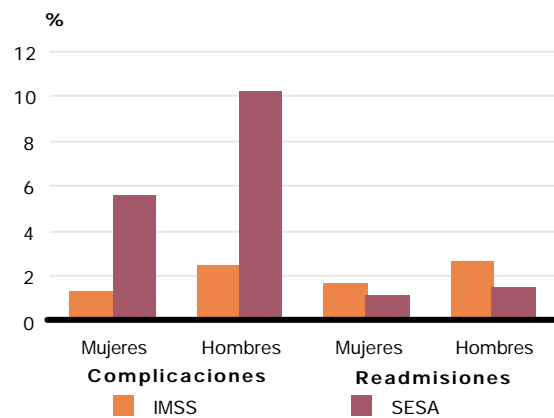
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	2	12
en el promedio	11	65
arriba del promedio	4	23
Total	17	100

SESA



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	6	26
en el promedio	10	43
arriba del promedio	7	30
Total	23	100

Complicaciones y readmisiones por  
colecistectomía por sexo e institución  
México 2004



## Hernioplastía inguinal

- Promedio de días de estancia
- Porcentaje de complicaciones

En el mundo se realizan cada año poco más de 20 millones de hernioplastias inguinales, con tasas de cirugía, que varían de 100 a 300 por 100 000 habitantes. Hasta hace unos pocos años, la recurrencia de las hernias inguinales era uno de los problemas más importantes que enfrentaban los médicos y pacientes. Sin embargo, el uso de “mallas protésicas” ha disminuido considerablemente la reaparición de las hernias inguinales. Actualmente, el efecto secundario más común en los pacientes operados es el dolor inguinal crónico que limita las actividades de la vida diaria de los pacientes y que se estima puede afectar hasta un 5 por ciento de los operados.

La elevada demanda de atención quirúrgica por hernias inguinales, así como por otras condiciones de salud, obliga a los servicios a programar los actos quirúrgicos y en muchos casos los pacientes deben esperar tiempos prolongados antes de la operación. En el caso de la hernia inguinal, la mayoría de los pacientes podría esperar varios meses sin que su condición se deteriore significativamente, ya que el riesgo de estrangulación, uno de los más importantes, es considerablemente más bajo (menos del 2% por año) que el de otros riesgos asociados a condiciones más severas.

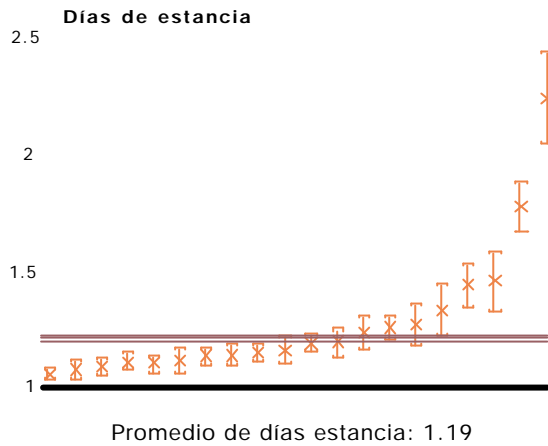
En los hospitales seleccionados se revisaron 10 637 egresos de hernioplastía inguinal: 25 por ciento

de los egresos se presentaron en la población de mujeres y poco más del 46 por ciento del total fueron egresos en la población mayor de 50 años. La mayor parte de los egresos analizados provino de los hospitales del IMSS y los SESA. Con relación al promedio de días de estancia (PDE) se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las instituciones. En el IMSS se observó el PDE más bajo con 1.2 días (IC<sub>95%</sub> 1.18-1.21), mientras que en el IMSS-Oportunidades, con la cifra más alta, el PDE fue de 2.12 días (IC<sub>95%</sub> 2.06-2.17). Por sexo no se encontraron diferencias en el PDE; en cambio por grupos de edad, el PDE aumentó conforme se incrementó la edad de los pacientes. A diferencia de otros indicadores clínicos donde no hubo una relación inversamente proporcional entre el volumen de egresos de un hospital y el PDE, en este caso los hospitales con mayor volumen de egresos consistentemente mostraron un PDE inferior al del resto de los hospitales.

En materia de complicaciones de la hernioplastía inguinal, sólo se obtuvieron datos para el IMSS y para los SESA. El porcentaje de complicaciones fue bajo, aunque la cifra de los SESA fue tres veces más alta que la del IMSS (1.2 contra 0.4%).

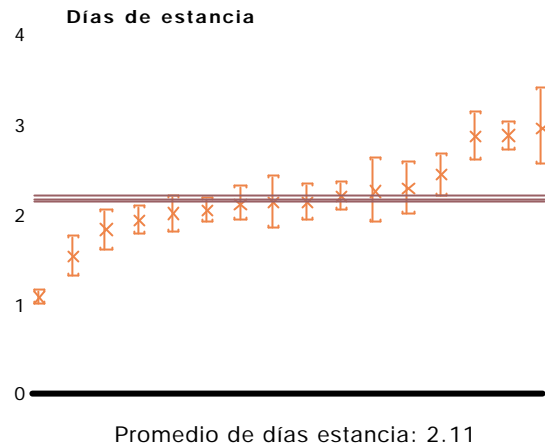
Promedio de días estancia por hernioplastía inguinal  
México 2004

IMSS



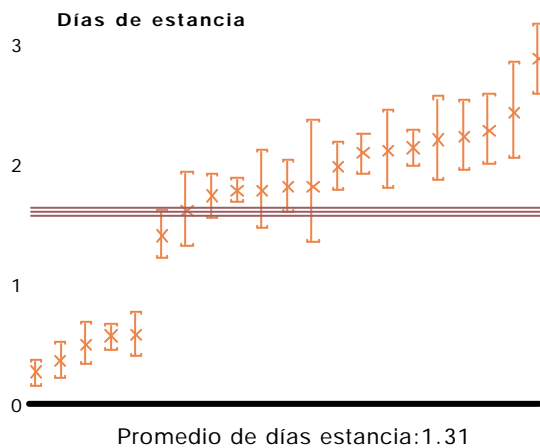
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	9	45
en el promedio	6	30
arriba del promedio	5	25
Total	20	100

IMSS-Oportunidades



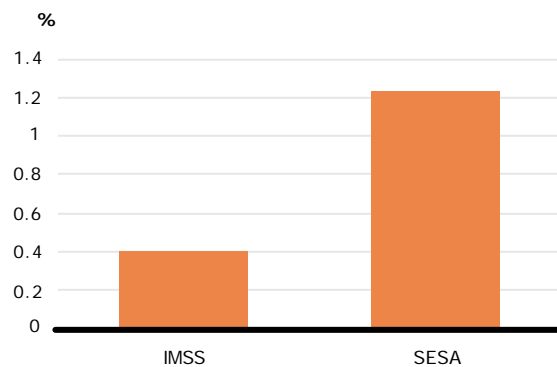
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	4	25
en el promedio	8	50
arriba del promedio	4	25
Total	16	100

SESA



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	5	24
en el promedio	3	14
arriba del promedio	13	62
Total	21	100

Porcentaje de complicaciones por  
hernioplastía inguinal por instituciones  
México 2004



## Apendicectomías

- Promedio de días de estancia
- Porcentaje de apéndices perforados

La apendicectomía es la cirugía más común en el mundo. Sin embargo, aún cuando han transcurrido más de 100 años desde la primera cirugía de este tipo, el diagnóstico de apendicitis continúa representando un reto para los médicos y cirujanos. Varios procedimientos diagnósticos se han probado y establecido en las unidades de salud sin que se haya disminuido significativamente la incertidumbre diagnóstica que rodea a una fracción de los pacientes. La incertidumbre en el diagnóstico origina falsos positivos y negativos. En los primeros conduce a la extirpación de un apéndice normal y se conoce como apendicectomía “negativa”. En los segundos se retrasa el diagnóstico, lo que puede asociarse a la perforación del apéndice y complicar las condiciones del paciente. El porcentaje de apendicectomías “negativas” puede llegar a 20 por ciento, aunque en algunos servicios esta cifra puede ser todavía más alta. Ambos resultados tienen consecuencias desfavorables tanto para los pacientes como para los servicios de salud.

En la muestra de hospitales se analizaron 13 506 egresos por apendicectomía: 90 por ciento de los egresos se presentaron en pacientes menores de 50 años y casi la mitad de éstos en la población menor de 19 años. En la distribución por sexo predominaron los egresos en el sexo masculino (53%).

En relación con los días de estancia hospitalaria (DE) hubo diferencias estadísticamente significativas

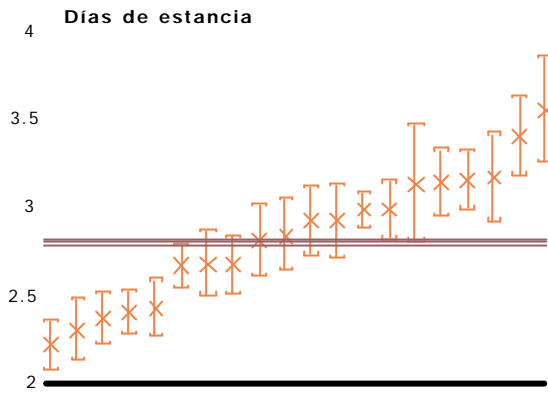
entre las instituciones. Sin embargo, en términos prácticos estas diferencias no alcanzaron a ser de un día. Por grupos de edad se observó que los DE fueron mayores a 1 y 1.5 días en los egresos de pacientes de 50 años y más respecto del grupo de 20-49 años. Al interior de las instituciones no se observó una variación importante de los DE entre los hospitales con la cifra de DE más baja y la más alta: ésta fue de 0.54 días en el IMSS-Oportunidades, 1.33 en el IMSS, 1.7 en el ISSSTE, y 2.15 en los hospitales de los SESA.

En el indicador de porcentaje de apéndices perforados la cifra más alta registrada correspondió a los hospitales de los SESA, con 6.16 por ciento, seguido por el IMSS-Oportunidades, con 3.31 por ciento, ISSSTE, con 1.84 por ciento, e IMSS, con 1.18 por ciento. Los grupos de edad más afectados fueron los menores de 19 años y los mayores de 50. Las cifras más altas encontradas en los hospitales de los SESA y el IMSS-Oportunidades pueden obedecer al mayor volumen de usuarios provenientes de áreas rurales que llegan en un estadio avanzado de su enfermedad, o bien al retraso en el diagnóstico atribuible a factores de la organización de los servicios. Un factor que no puede descartarse en estas diferencias se relaciona con la calidad de los registros hospitalarios, elemento que no pudo evaluarse adecuadamente con los datos disponibles.



Promedio de días estancia por apendicectomía  
México 2004

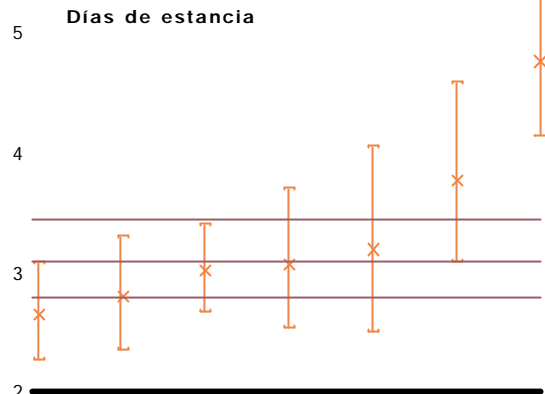
IMSS



Promedio de días estancia: 2.77

Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	5	25
en el promedio	8	40
arriba del promedio	7	35
Total	20	100

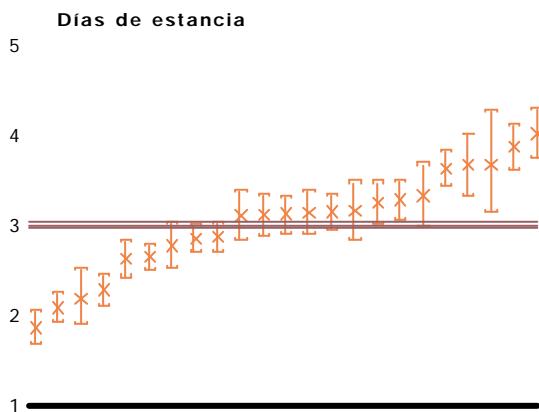
IMSS-Oportunidades



Promedio de días estancia: 3.20

Posición	Hospitales	%
en el promedio	6	86
arriba del promedio	1	14
Total	7	100

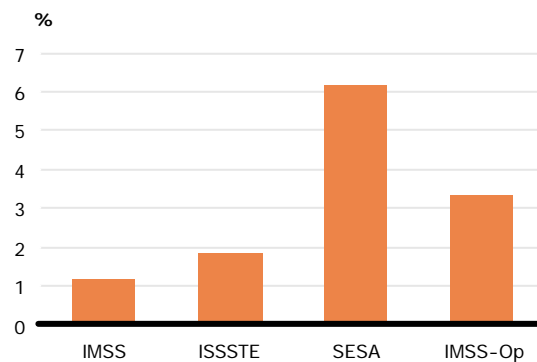
SESA



Promedio de días estancia: 2.97

Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	6	26
en el promedio	11	48
arriba del promedio	6	26
Total	23	100

Porcentaje de apéndices perforados  
por institución  
México 2004



## Neumonías

- Promedio de días de estancia
- Porcentaje de complicaciones

En los hospitales seleccionados se analizaron 11 034 egresos por neumonía adquirida en la comunidad: 54.3 por ciento correspondieron a egresos de pacientes del sexo masculino; 67 por ciento a menores de cinco años y 21.8 por ciento a mayores de 60 años de edad. Por institución, el IMSS concentró 43.4 por ciento de los egresos; los hospitales de los SESA 37.7 por ciento; ISSSTE 5.3 por ciento y el IMSS Oportunidades 13.6 por ciento.

Como es conocido, los días de estancia hospitalaria (DE) por neumonía aumentan conforme se incrementa la edad de los pacientes. En los egresos analizados, los pacientes mayores de 60 años tuvieron en promedio dos días más de hospitalización respecto del grupo de edad menor de cinco años. Por institución, los hospitales del ISSSTE tuvieron un promedio de DE superior al del resto de las instituciones, con 5.64 días (IC<sub>95%</sub> 5.27-6.04). Le siguieron en orden de importancia el IMSS, con 4.87 días (IC<sub>95%</sub> 4.77-4.96), IMSS-Oportunidades, con 4.46 días (IC<sub>95%</sub> 4.31-4.62), y los hospitales de los SESA, con 4.29 días (IC<sub>95%</sub> 4.20-4.39). Las diferencias en los DE entre los hospitales del ISSSTE y los del resto de las instituciones puede explicarse por el porcentaje más alto de pacientes mayores de 60 años atendidos por neumonía en esa institución (54%). En el resto de las instituciones los porcentajes de egresos en mayores de 60 años fueron inferiores a 24 por ciento. Sin embargo, habría que señalar que por grupos de edad los egresos por neumonía en el ISSSTE mostraron consistentemente un promedio más alto de DE que las demás instituciones.

Al interior de las instituciones se observaron diferencias notables en los DE de sus hospitales: en el

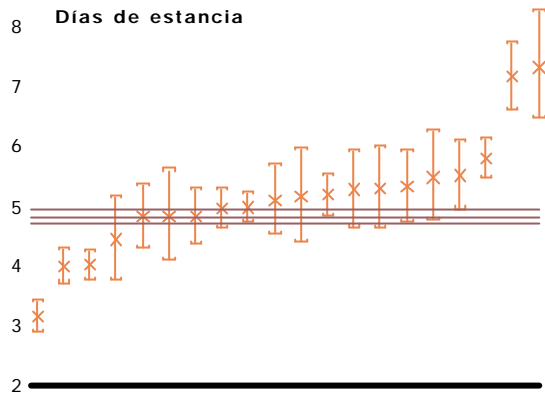
IMSS se encontró una diferencia de 4 días entre el hospital con la cifra promedio más baja de DE y el que presentó la cifra más alta; en el ISSSTE fue de 3.1; en los hospitales de los SESA de 2.2, y en el IMSS-Oportunidades de 3.1 días. Estas diferencias no parecen ser explicadas ni por el volumen de egresos de cada hospital (bajo el supuesto que a mayor volumen de egresos mayor eficiencia) ni por una distribución distinta de los grupos de edad atendidos. Quedaría por resolver si la complejidad de los casos atendidos difiere significativamente entre los hospitales.

En el rubro de complicaciones se observaron porcentajes más altos en los egresos del IMSS y en los hospitales de los SESA, con cifras de 16.47 y 13.05 por ciento, respectivamente. Como podía esperarse, estas complicaciones fueron más frecuentes entre la población mayor de 60 años de edad, alcanzando porcentajes de 13.7 por ciento en el ISSSTE, 23.5 por ciento en los hospitales de los SESA y 27.57 por ciento en el IMSS.

De acuerdo con los resultados, habría que poner atención en las diferencias de los DE al interior de los grupos de hospitales, ya que hospitales similares en volumen de egresos presentan desempeños muy distintos en esta materia. Como se ha señalado, una explicación puede ser la presencia de co-morbilidad en una fracción de los pacientes atendidos, la que puede complicar la evolución de una neumonía y prolongar la estadía hospitalaria. Sin embargo, muchos diagnósticos secundarios al egreso no se registran adecuadamente y esta situación impide, por ahora, tomar en cuenta la complejidad de los pacientes para establecer comparaciones más justas.

Promedio de días estancia por neumonías  
México 2004

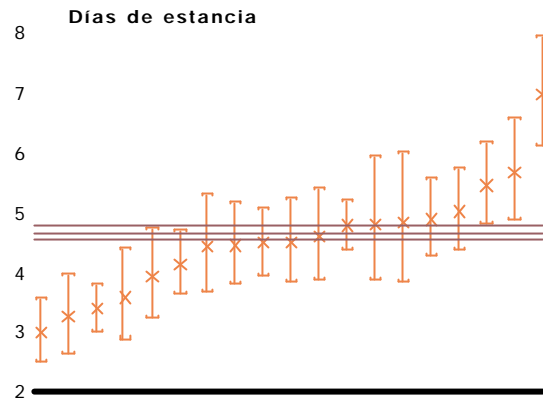
IMSS



Promedio de días estancia: 4.87

Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	3	15
en el promedio	14	70
arriba del promedio	3	15
Total	20	100

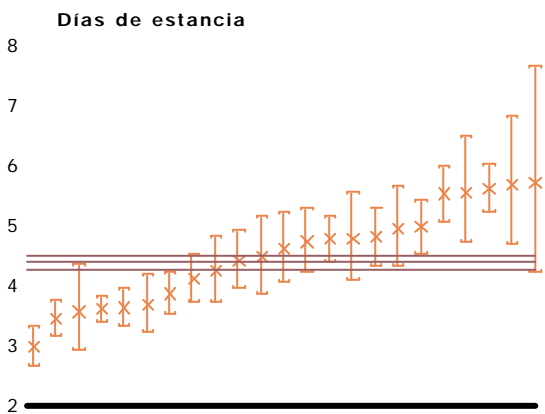
IMSS-Oportunidades



Promedio de días estancia: 4.46

Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	3	16
en el promedio	13	68
arriba del promedio	3	16
Total	19	100

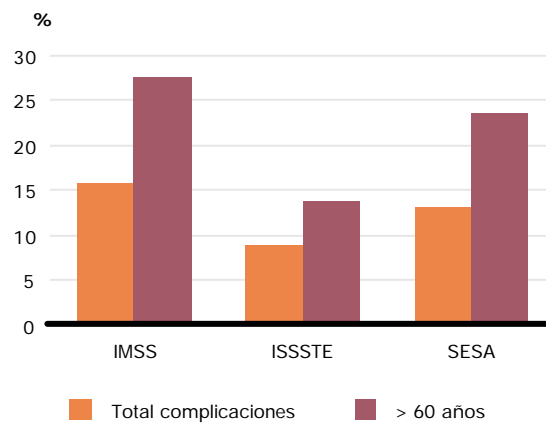
SESA



Promedio de días estancia: 4.29

Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	6	26
en el promedio	11	48
arriba del promedio	6	26
Total	23	100

Complicaciones en pacientes con  
neumonía por institución  
México 2004



## Hospitales certificados

El porcentaje de hospitales certificados es el cociente de la división del número de hospitales certificados entre el total de hospitales del país por 100.

La certificación de establecimientos de atención médica, estrategia central de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, es coordinada por el Consejo de Salubridad General (CSG), órgano que garantiza la imparcialidad en el proceso de la evaluación de los establecimientos públicos y privados que participan en el programa.

El CSG ha definido la certificación de los establecimientos de atención médica como el procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio se ajusta a los principios científicos, éticos y de calidad que rigen la práctica profesional, tanto en las instituciones públicas como privadas. Por lo tanto, un hospital certificado ha demostrado poseer los atributos anteriormente señalados y cuenta con el potencial suficiente para garantizar una atención de calidad a sus usuarios.

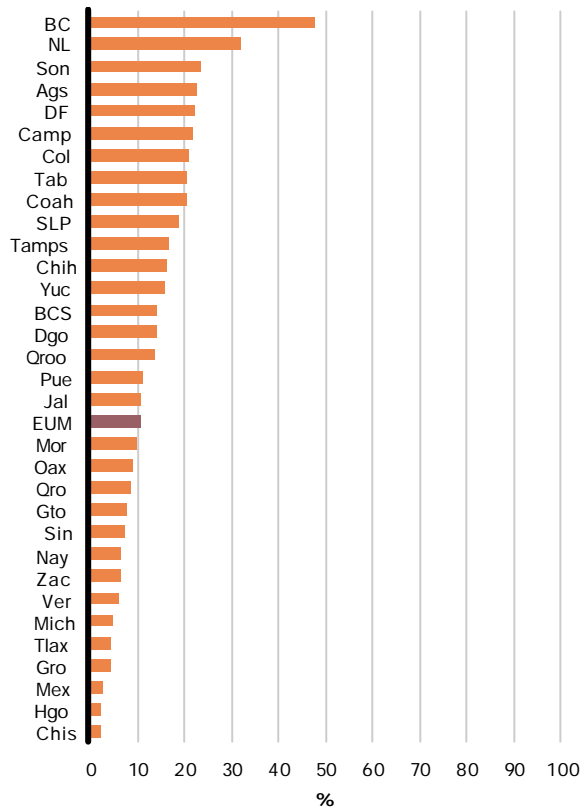
Las evaluaciones se realizan en forma cruzada, de tal forma que ninguna persona del equipo puede evaluar un hospital de la institución a la que pertenece. A diciembre de 2004 se contaba con 519 evaluadores: 33.1 por ciento de la Secretaría

de Salud, 29.5 por ciento del IMSS, 17.5 por ciento del ISSSTE, 10 por ciento de instituciones privadas, 2.7 por ciento de Petróleos Mexicanos, 4 por ciento de la Secretaría de la Defensa Nacional y el resto de la Secretaría de Marina.

De acuerdo con el Sistema Nacional de Información en Salud, existen 1 047 hospitales públicos, de los cuales a diciembre de 2004 tenían certificación vigente 329 (32.7%). En el sector privado hay 2 822 hospitales y cuentan con certificación vigente a la misma fecha sólo 74 (2.6%). Por institución los resultados fueron los siguientes: 91.3 por ciento de PEMEX, 57.1 por ciento del IMSS, 30 por ciento de la Secretaría de Salud, 16.6 por ciento del ISSSTE, 11.7 por ciento de la Secretaría de Marina y 7.1 por ciento de la Secretaría de la Defensa Nacional.

En cuanto a la participación por entidad federativa, los resultados indican que las entidades con mayor porcentaje de certificación de hospitales privados son Nuevo León, Distrito Federal y Chihuahua, mientras que en hospitales públicos destacan Distrito Federal, Jalisco y Coahuila.

**Porcentaje de hospitales públicos y privados certificados por entidad federativa México 2004**



Baja California y Nuevo León destacan en el rubro de hospitales certificados.

**Hospitales certificados por institución México 2004**

PEMEX presenta un alto porcentaje de hospitales certificados.



## Tiempo de espera en servicios de urgencias y en hospitalización

Tiempo de espera para recibir atención en servicios de urgencia y tiempo de espera para pasar a quirófanos o a una cama de hospital.

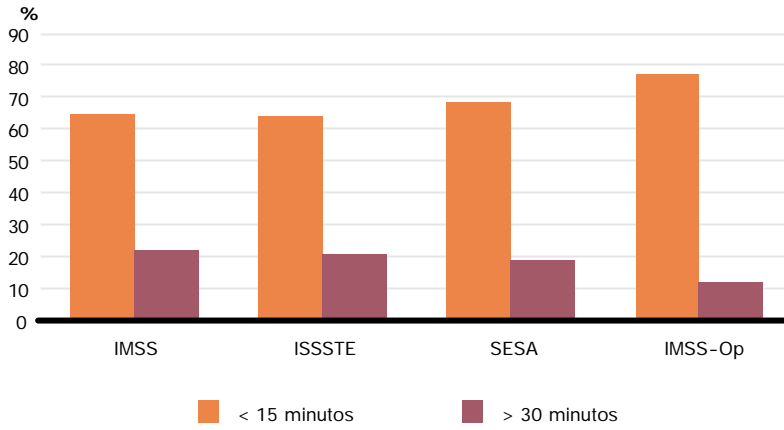
Los servicios de urgencia de los hospitales generalmente están sometidos a fuertes presiones por una demanda de atención que muchas veces excede la oferta. Esta demanda generalmente se concentra en horarios muy definidos durante el día y la noche, y en particular los fines de semana. Una proporción alta de las solicitudes de atención se podría clasificar como injustificada, la cual obedece, entre otras razones, a la certeza de los usuarios de que recibirán atención independientemente de la gravedad de su condición de salud. Esta situación satura los servicios y dificulta la labor de los prestadores quienes deben identificar en primer lugar los casos más agudos para proveer los servicios necesarios. En otras ocasiones, el volumen de la demanda justificada obliga a los pacientes a esperar tiempos variables antes de recibir atención, lo cual puede comprometer la situación de salud del enfermo, así como generar molestias que se agregan a la condición de vulnerabilidad de los pacientes.

En la muestra de pacientes seleccionados, 80 por ciento ingresaron a hospitalización por los servicios de urgencias, en particular por motivos de atención del parto, cirugías y lesiones. La mayor parte de los pacientes (67.3%) esperó menos de 15 minutos en urgencias antes de ser atendidos, mientras que 13 por ciento esperaron más de una hora. La proporción de pacientes que esperó menos

de 15 minutos fue superior en los hospitales de los SESA y en el IMSS-Oportunidades, con 68 y 77 por ciento, respectivamente.

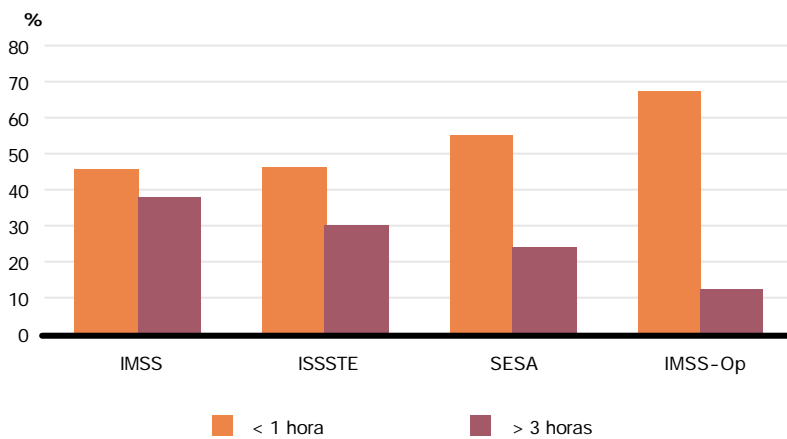
El tiempo de espera para pasar del servicio de urgencias a una cama o quirófano en ocasiones también se prolonga innecesariamente, entre otras razones porque hay deficiencias en la comunicación y coordinación entre las áreas de admisión y las salas de hospitalización o quirófanos, así como retrasos en la preparación de las camas desocupadas. Entre los pacientes que pasaron del servicio de urgencias a quirófanos, 51 por ciento esperaron menos de una hora y 29 por ciento tres horas o más. En los hospitales del IMSS e ISSSTE un tercio o más de los pacientes tuvieron que esperar tres horas o más para recibir la atención quirúrgica, mientras que en el IMSS-Oportunidades y en los SESA estas cifras fueron de 12 y 24 por ciento, respectivamente. El tiempo de espera para ocupar una cama mostró cifras ligeramente mejores ya que 57 por ciento de los pacientes esperaron menos de una hora y 25 por ciento, tres horas o más. De igual forma, en el IMSS-Oportunidades el porcentaje de pacientes que esperaron tres horas o más fue cinco veces menor al observado en el IMSS (6.7 contra 35.9%). En los Hospitales de los SESA esta cifra fue dos veces más baja (17.1 contra 35.9%).

**Pacientes que esperaron menos de 15 minutos y más de 30 en los servicios de urgencias**

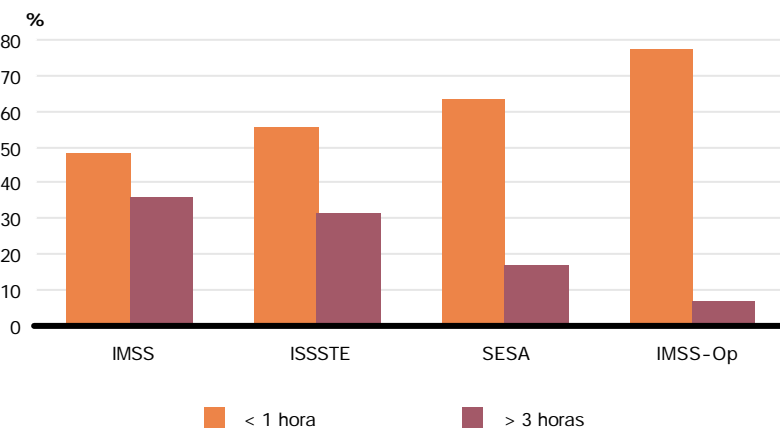


El IMSS-Op y los SESA presentaron los mejores tiempos de espera en urgencias.

**Pacientes que esperaron menos de una hora y más de tres para pasar a quirófano**



**Pacientes que esperaron menos de una hora y más de tres para pasar a sala**



## Cirugías diferidas y tiempo de espera para cirugía

El porcentaje de cirugías diferidas se obtiene de dividir el número de las cirugías canceladas y reprogramadas entre el total de cirugías programadas. En tiempo de espera se calculó el porcentaje de pacientes que esperaron más de 90 días para una cirugía.

La oferta de atención médica de los hospitales generales del sector público se concentra en los servicios de cirugía y obstetricia. En el IMSS se realizan casi 1.5 millones de cirugías anuales, 250 mil en el ISSSTE y casi un millón en los hospitales de los SESA, incluyendo los Hospitales Federales de Referencia e Institutos Nacionales de Salud.

La suspensión de una cirugía tiene varias consecuencias para el paciente: aumenta la incertidumbre, provoca molestias adicionales, altera los arreglos familiares programados con anticipación, disminuye su confianza en las instituciones y en ocasiones agrava la condición de salud del paciente. Para los servicios de salud, la suspensión de una cirugía también tiene consecuencias negativas en términos de costos por los días de estancia del paciente y por la pérdida de horas-trabajador que moviliza a una actividad que finalmente no se realiza.

Los datos de este informe muestran que el porcentaje de cirugías suspendidas fue de 18.2 por ciento. Esta cifra es menor a la señalada en un estudio previo realizado en un hospital del ISSSTE

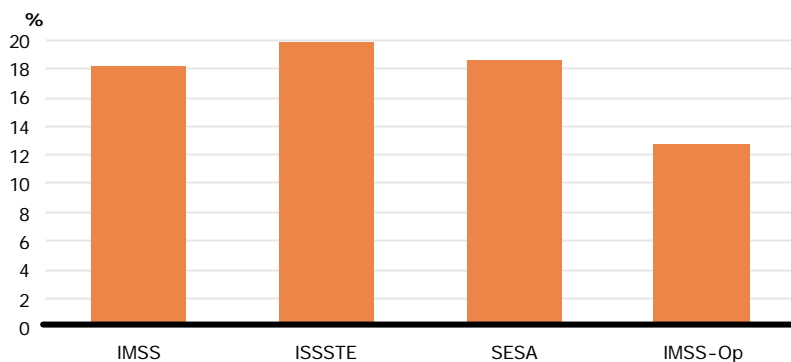
donde se encontró una prevalencia de 23.8 por ciento, y también menor a la encontrada en un hospital de Brasil (33%). Sin embargo, es mayor a la encontrada en Australia donde la prevalencia fue de 11.9 por ciento. De las cirugías suspendidas, casi la mitad (47%) se cancelaron mientras el paciente se encontraba hospitalizado. El porcentaje de cirugías suspendidas por institución fue relativamente homogéneo en el IMSS, SESA e ISSSTE (18.2 a 19.8%), mientras que en el IMSS-Oportunidades esta cifra fue de 12.8 por ciento.

Con relación a los motivos de la suspensión de las cirugías, 71 por ciento de los casos se debieron a causas atribuibles a los servicios de salud, destacando la falta de insumos, quirófanos y personal médico.

El tiempo de espera mayor de tres meses para una cirugía afectó más a los pacientes del IMSS e ISSSTE, con porcentajes de 15.4 y 17.5 por ciento, respectivamente. Porcentajes significativamente más bajos se observaron entre los pacientes del IMSS-Oportunidades y los SESA.

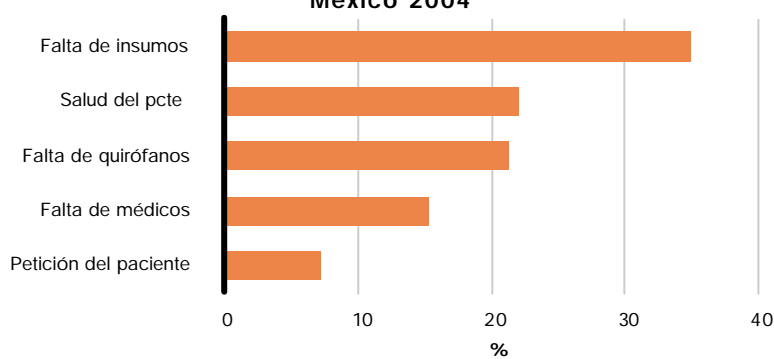


### Cirugías diferidas y reprogramadas por institución México 2004

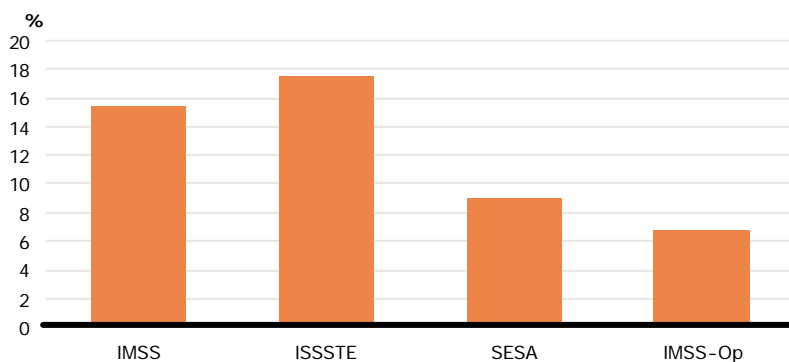


En el ISSSTE se diferencian o reprograman 20 por ciento de las cirugías.

### Motivos de la suspensión de las cirugías programadas en los hospitales públicos México 2004



### Pacientes que esperan más de 90 días para una cirugía por institución México 2004



## Trato respetuoso

El trato respetuoso se midió como el porcentaje de usuarios que calificaron como bueno o muy bueno el trato recibido del médico y de otros prestadores de servicios.

El respeto a la dignidad de las personas forma parte de todos los códigos de ética que las agrupaciones médicas y la de otros prestadores de salud han definido para normar sus prácticas profesionales. En ellos, los profesionales reconocen el valor intrínseco del ser humano como único e irrepetible, y por lo tanto, digno y merecedor de respeto sin importar la concurrencia de características personales como edad, sexo, religión, condición socioeconómica, etc.

En la percepción del usuario sobre el trato respetuoso influyen otras expectativas que las personas tienen de los servicios de salud, tales como la buena comunicación con los prestadores, la privacidad del acto médico y la confidencialidad de la información personal, entre otras. Respetar al paciente significa proporcionarle información clara y comprensible exenta de regañones, salvaguardar su intimidad durante la exploración física y los procedimientos, no divulgar su información personal a terceros no involucrados en su atención y no hacerlo esperar innecesariamente, entre las más importantes.

La gran mayoría de los pacientes entrevistados (92.5%) señalaron que en todo momento fueron tratados respetuosamente por los médicos. Sin embargo, cerca de 890 pacientes (7.5%) tuvieron una experiencia negativa al respecto debido a que nunca o sólo en algunas ocasiones percibieron un trato respetuoso. Por institución, el porcentaje de usuarios que nunca o sólo en ocasiones fue tratado con respeto varió de 5.2 por ciento en usuarios del IMSS-Oportunidades a 8.5 por ciento en el

IMSS. No se encontraron diferencias por sexo ni por origen étnico. Sin embargo, por nivel de escolaridad y por grupos de edad hubo variaciones significativas: a mayor escolaridad el porcentaje de usuarios descontentos con este dominio fue más alto respecto de los pacientes sin escolaridad o con nivel de primaria ( $p=0.002$ ). En relación con la edad, los grupos de 15-39 y de 65 años y más presentaron porcentajes de descontento con el trato respetuoso de 8.1 y 7.1 por ciento, respectivamente.

Los porcentajes de aprobación del trato respetuoso de otros prestadores de servicios hospitalarios también resultaron altos, aunque un poco menor a las calificaciones que recibieron los médicos. La excepción fueron las relativamente bajas calificaciones otorgadas por los usuarios al personal de farmacia y de vigilancia quienes fueron aprobados por 86 y 73 por ciento de los usuarios, respectivamente. En este rubro, los usuarios del ISSSTE calificaron consistentemente más bajo el trato respetuoso de estos prestadores.

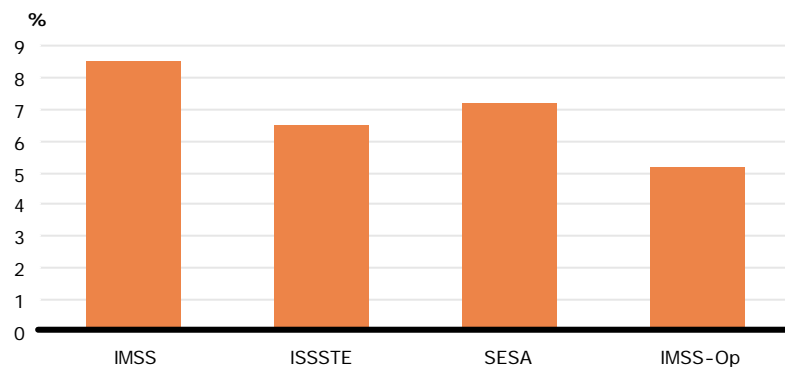
Si bien es cierto que los usuarios calificaron aceptablemente bien el trato respetuoso por parte de los médicos y de otros prestadores, no es menos cierto que existe un grupo de usuarios (7.5%) que mostró descontento con este dominio. Para reducir esta brecha, es necesario que las autoridades y el personal del hospital se esfuercen por mejorar el trato respetuoso a todos sus usuarios. Habría que poner énfasis en los servicios de farmacia y vigilancia que mostraron los índices de aprobación más bajos entre todos los prestadores de servicios.

**Calificación buena y muy buena del trato respetuoso del médico**  
México 2004

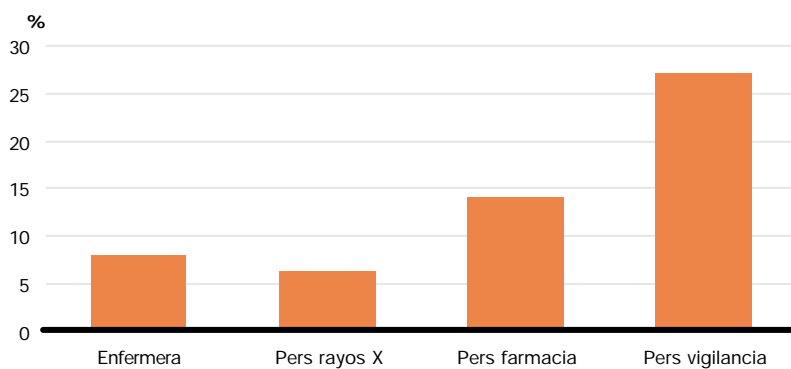


El IMSS-Oportunidades presenta las mejores cifras de trato respetuoso.

**Usuarios que recibieron un trato descortés por parte del médico**  
México 2004



**Usuarios que recibieron un trato descortés por otros prestadores de servicio**  
México 2004



## Comunicación

En el rubro de comunicación se mide la amplitud y claridad de la información que el proveedor de servicios ofrece al usuario sobre diversos componentes de la atención, así como la oportunidad para que éste pueda preguntar y resolver sus dudas y preocupaciones relacionadas con su salud.

La buena comunicación entre médicos y pacientes es imprescindible para generar un ambiente de confianza y de seguridad que beneficie a ambos actores: los médicos pueden identificar los problemas del enfermo de manera más exacta; los pacientes estarán más satisfechos y podrán adherirse de mejor forma al tratamiento y a los cambios conductuales sugeridos; se disminuye la ansiedad e incertidumbre del enfermo, y los médicos experimentan una mayor satisfacción laboral.

La información que proporciona el médico debe expresarse en un lenguaje sencillo y comprensible para el enfermo, y debe incluir aspectos sobre diagnóstico, estudios, procedimientos, tratamiento, pronóstico y los cuidados posteriores al egreso. Por otra parte, se debe proporcionar el tiempo suficiente al paciente para que pregunte y resuelva sus dudas y temores respecto de estos rubros o de cualquier otro que le permita entender mejor su condición.

En materia de explicaciones recibidas sobre el diagnóstico y tratamiento, poco más del 80 por ciento de los usuarios de los hospitales de la seguridad social y del IMSS-Oportunidades señaló haber recibido información detallada. En cambio, en los hospitales de los SESA estas cifras fueron de 77 y 73 por ciento, respectivamente. En cuanto

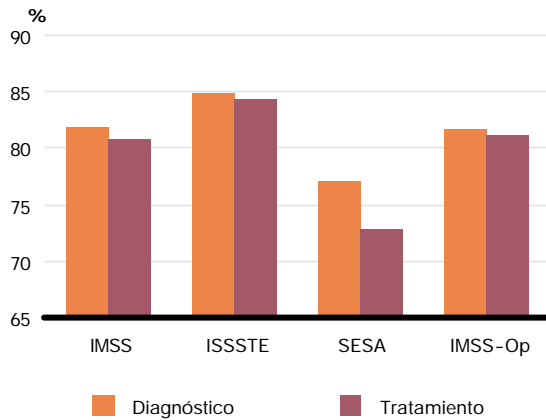
a las explicaciones del médico respecto de los estudios que se realizarían, los usuarios del ISSSTE reconocieron haber recibido información detallada en una proporción cercana al 84 por ciento, siguiéndole en importancia los usuarios del IMSS y del IMSS-Oportunidades con 78 y 76 por ciento, respectivamente. Un patrón similar se observó en la información proporcionada sobre el pronóstico de la enfermedad.

Uno de los rubros en el cual los médicos de los hospitales del sector público deben mejorar, en particular los del IMSS y de los SESA, se relaciona con la falta de oportunidad de los usuarios para hacer preguntas relacionadas con su salud. En ambas instituciones poco más del 6 por ciento de los usuarios no recibieron la oportunidad de formularle preguntas a sus médicos.

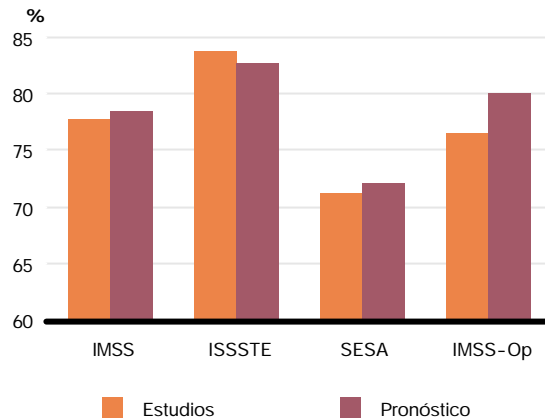
En general los usuarios calificaron como buena o muy buena (> 85%) la comunicación que hubo entre ellos y otros prestadores de servicios del hospital, destacando la comunicación con el personal de enfermería, rayos X, trabajo social y laboratorio.

Al ajustar por expectativas de los usuarios, la calificación de comunicación buena y muy buena con los médicos fue más alta en los hospitales del IMSS-Oportunidades, seguida por los hospitales del ISSSTE, SESA e IMSS.

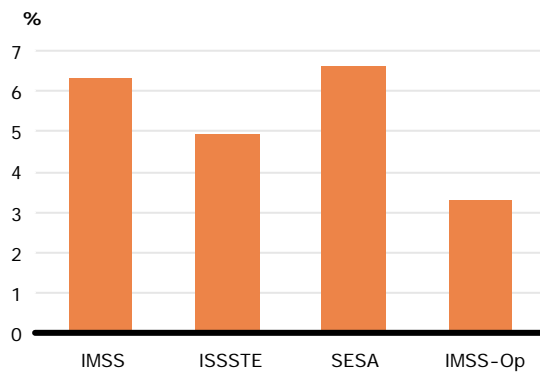
**Pacientes que recibieron información detallada sobre su diagnóstico y tratamiento por institución México 2004**



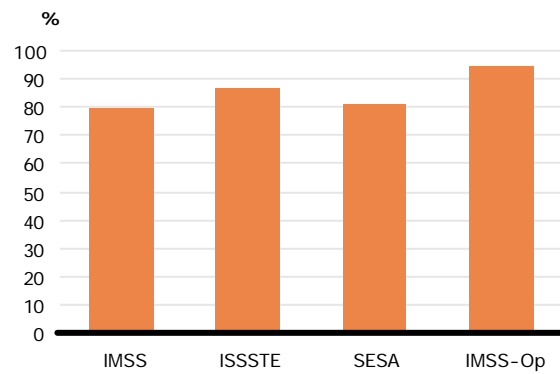
**Pacientes que recibieron información detallada sobre los estudios y el pronóstico por institución México 2004**



**Pacientes que no recibieron la oportunidad de hacer preguntas por institución México 2004**



**Pacientes que calificaron como buena y muy buena la comunicación con el médico por institución, México 2004**



## Autonomía

En la evaluación de la autonomía se mide la oportunidad que tienen los pacientes hospitalizados de ejercer su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su salud.

El modelo médico predominante propicia que la relación médico-paciente sea asimétrica, colocando a estos últimos como sujetos pasivos de la acción de los primeros. No obstante, este modelo de atención no es el único -ni por supuesto el más justo- y es frecuente que un mismo médico interactúe de manera diferente con sus enfermos dependiendo de las características personales y de las condiciones de salud de los pacientes, así como de otras variables.

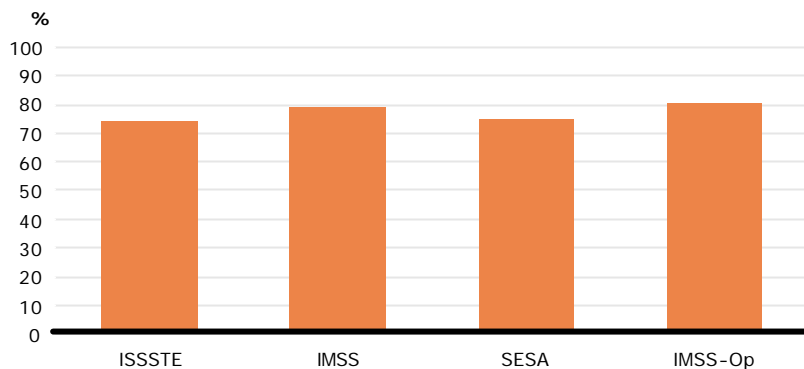
De acuerdo con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes vigente en México, *“el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, a rechazar o aceptar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en enfermedades terminales”*. Para que el paciente ejerza de manera efectiva este derecho, los proveedores de servicios deben permitir y promover la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones informadas sobre su salud mediante el intercambio de toda la información que sea necesaria para ese fin. Desde luego, la autonomía también implica el derecho a transferir la capacidad de decisión a un agente profesional externo, es decir que el paciente, en pleno uso de

sus facultades y tomando en cuenta la información disponible, decide transferir al médico la toma de decisión.

En la encuesta de usuarios de servicios hospitalarios 86 por ciento opinaron que como pacientes deben participar en las decisiones que atañen a su salud. Un 13.4 por ciento señalaron que es el médico quien debe decidir, mientras que 0.6 por ciento restante reconoció tener ese derecho pero prefirió no ejercerlo. Cuando se preguntó si en el último ingreso al hospital tuvo la oportunidad de participar en las decisiones, 69 por ciento respondieron afirmativamente, mientras que 6 por ciento declararon no haber tenido la oportunidad de hacerlo. Esta última situación fue más frecuente entre los usuarios del IMSS y de los SESA con 6.4 y 6.7 por ciento, respectivamente.

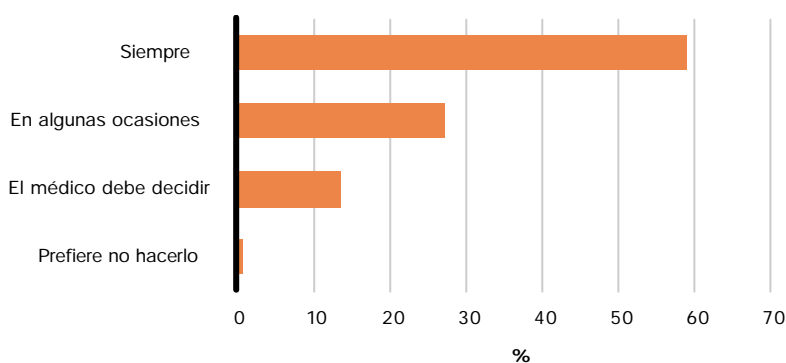
De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que la mayoría de los usuarios de los servicios hospitalarios reconocen y ejercen su derecho a participar en las decisiones sobre su salud. Sin embargo, los prestadores de servicio, en particular del IMSS y los SESA, deben ampliar las oportunidades de participación de sus pacientes para reducir el porcentaje de los que todavía no pueden ejercer ese derecho.

**Calificación buena y muy buena del dominio de autonomía por institución México 2004**

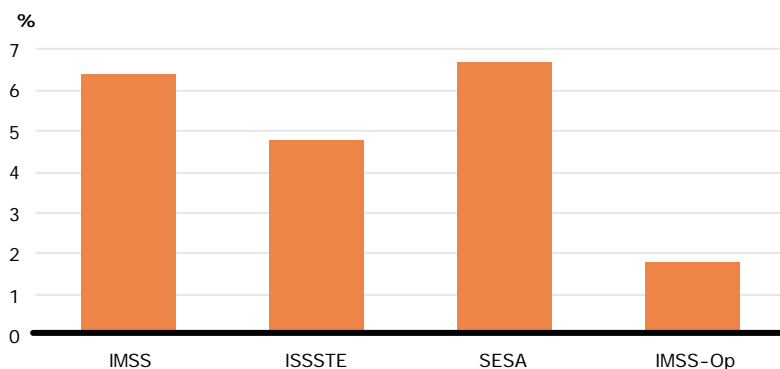


En general las cifras de autonomía de todas instituciones públicas son aceptables.

**Pacientes que consideran un derecho participar en las decisiones sobre su salud**



**Pacientes a quienes se les negó el derecho a participar en las decisiones sobre su salud**



## Confidencialidad

En este dominio se evalúa el ambiente de privacidad que rodea la relación médico-paciente, así como el manejo confidencial de la información personal que se intercambia entre el enfermo y el proveedor de servicios.

El enfermo tiene derecho a la privacidad mientras se elabora su expediente clínico, se le explora físicamente, y se le realizan los estudios y procedimientos necesarios para tratar su condición.

En este rubro, 88 por ciento de los pacientes entrevistados señalaron que para ellos era muy importante mantener la privacidad durante las revisiones médicas y la aplicación de tratamientos y sólo 3.3 por ciento consideraron que esto no era importante. Sin embargo, lo que se hace en la práctica contrasta un poco con la opinión previa de los usuarios ya que poco menos del 80 por ciento de los pacientes reconocieron que la privacidad se había mantenido durante las exploraciones médicas y procedimientos mientras estuvieron hospitalizados. Por institución se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta respuesta ( $p < 0.001$ ): mientras que la privacidad se mantuvo en 74.3 por ciento de los usuarios de los hospitales de los SESA, en el IMSS-Oportunidades esta cifra fue de 94 por ciento. En general, la opinión sobre la privacidad durante los estudios de laboratorio y rayos X fue superior al 90 por ciento en todas las instituciones con la excepción de los usuarios del ISSSTE que la calificaron como buena o muy buena en el 88 por ciento.

La información que se intercambia durante el acto médico es considerada una “comunicación

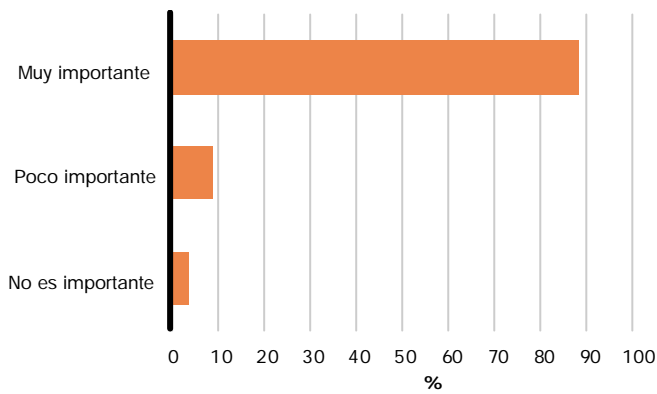
privilegiada”, en el sentido que se asume que esta información será siempre confidencial. La única excepción al principio de confidencialidad, es cuando ésta puede poner en riesgo la salud comunitaria, aunque aún en estos casos la primera opción debería ser que el involucrado autorice que su información sea dada a conocer.

En este componente, cerca del 89 por ciento de los usuarios estuvieron completamente de acuerdo en que sus datos personales se mantuvieran de manera confidencial, mientras que 1.7 por ciento señaló que no era algo importante. Al ajustar por las expectativas de los usuarios, la calificación de buena y muy buena en el manejo confidencial de su datos ubicó al IMSS-Oportunidades como la institución mejor calificada (93.9), mientras que los SESA se ubicaron en el cuarto lugar con una calificación de 71.2 de un máximo de 100.

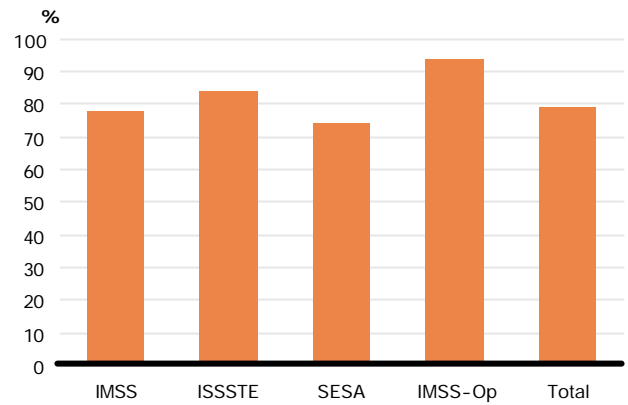
De acuerdo con estos resultados, los proveedores de servicios hospitalarios deben mejorar su desempeño para responder a las expectativas de sus usuarios en materia de confidencialidad, particularmente en el rubro de privacidad donde existe una brecha entre lo que el paciente espera y lo que realmente se hace en los servicios.



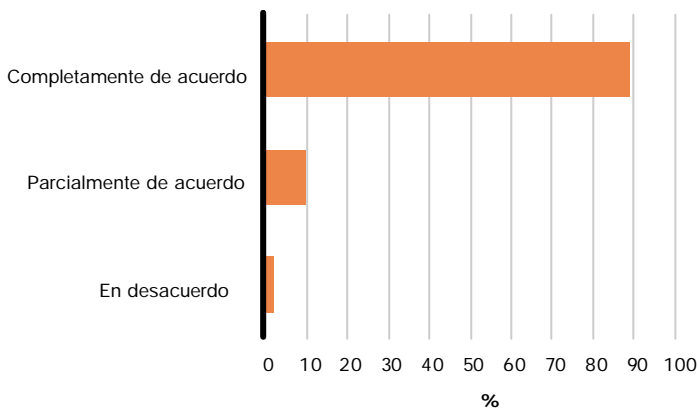
**Importancia para los pacientes de la privacidad en el acto médico  
México 2004**



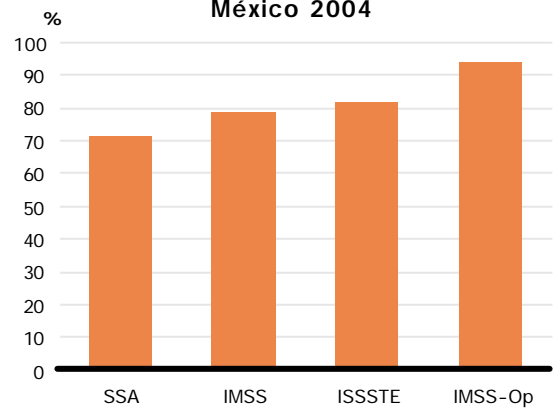
**Pacientes que fueron tratados con privacidad por los médicos  
México 2004**



**Pacientes que están de acuerdo con mantener la confidencialidad de su información personal**



**Calificación buena y muy buena sobre la confidencialidad de los datos personales por institución  
México 2004**



## Capacidad de elección de los servicios

La capacidad de elección evalúa la posibilidad que tienen los usuarios de los servicios de salud para elegir la unidad médica donde atenderse.

Aunque parece evidente el derecho que debieran tener los usuarios de los servicios de salud de seleccionar a su médico y la clínica donde atenderse, en la práctica la aplicación de este derecho se enfrenta a barreras organizacionales que buscan equilibrar los recursos disponibles con la población que potencialmente puede usar los servicios.

Por ejemplo, la condición de asegurado es un requisito para usar los servicios de la seguridad social y en México la asignación del médico tratante prácticamente escapa al control y decisión de los usuarios.

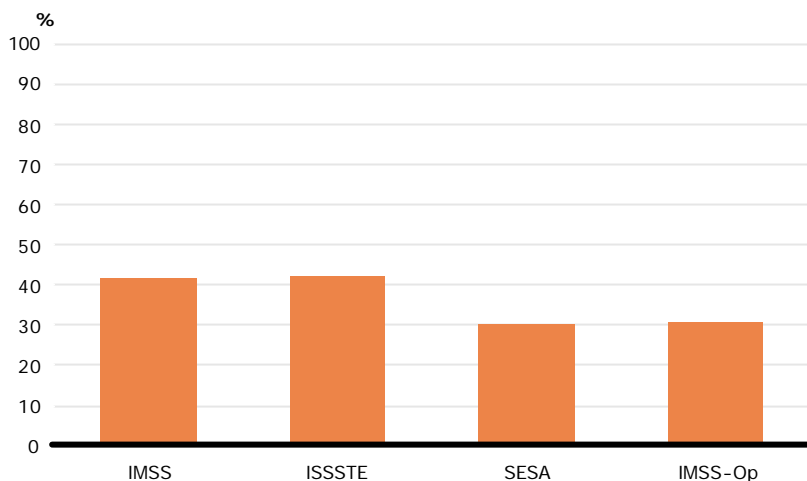
No obstante, la posibilidad de elegir al médico ha mostrado ser un factor muy importante de la satisfacción de los pacientes, y en algunos sistemas de salud es una herramienta para medir la lealtad de los usuarios con la clínica o el hospital donde son atendidos. En México, tal y como muestran los resultados, la capacidad de elección que tienen los usuarios de las instituciones públicas es baja y las posibilidades de buscar alternativas de tratamiento

se limitan a la búsqueda de atención en el ámbito privado, por lo que el derecho a elegir se ve mediado por la capacidad económica de los usuarios potenciales.

La capacidad de elección es todavía más limitada en los casos de atención hospitalaria. 77 por ciento de los usuarios consideraron como buena o muy buena su posibilidad de elección. Es probable que este porcentaje sea todavía menor ya que, dada la dinámica del sistema de salud mexicano, las expectativas de los usuarios propicia que califiquen como favorables algunas situaciones que en otros ámbitos serían inaceptables.

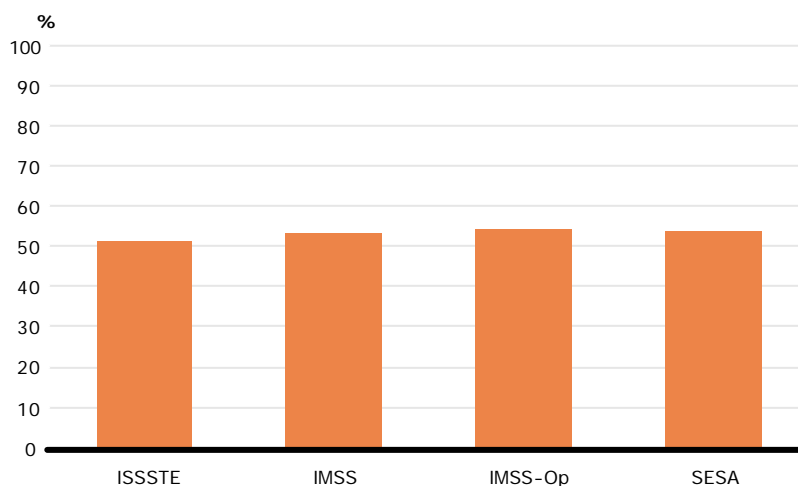
Finalmente, vale la pena mencionar que, un tanto sorpresivamente, las mujeres refieren tener más posibilidades que los hombres de elegir las unidades donde se atienden. Este hallazgo fue consistente entre todos los grupos de edad y en todas las instituciones, y es destacable porque las políticas institucionales no marcan diferencias para la elección de médicos o unidades.

**Pacientes que no pudieron elegir el hospital donde atenderse por institución  
México 2004**



La capacidad de elección del hospital está limitada en los hospitales públicos.

**Calificaciones de la capacidad de elección del hospital por institución  
México 2004**



## Comodidades básicas

En este dominio se evaluó la percepción de calidad de los alimentos, así como la limpieza de las instalaciones y de los baños.

Hay varias características relacionadas con los servicios básicos de un hospital como es la comida, limpieza de salas y baños, ventilación, iluminación, ropa de cama, disponibilidad de agua caliente, entre otros, que contribuyen al bienestar de los pacientes hospitalizados. Algunos de estos servicios operan en su totalidad o parcialmente de manera subrogada pero es responsabilidad del personal directivo de los hospitales hacer que estos servicios cumplan con los estándares esperados.

En la encuesta de usuarios se preguntó sobre la calidad de los alimentos, la limpieza de las instalaciones y de los baños. En el rubro de calidad de los alimentos, 82 por ciento de los pacientes calificaron como bueno o muy bueno este servicio. Por institución, los usuarios del ISSSTE y del IMSS presentaron la aprobación más baja, con 76.7 y 79.9 por ciento, respectivamente, mientras que la cifra entre los usuarios de los SESA fue de 83 por ciento y la más alta de 93.5 por ciento en el IMSS-Oportunidades.

En relación con la limpieza general del hospital 78.2 por ciento de los usuarios la calificaron como

bueno o muy buena. Por institución, los usuarios del ISSSTE y del IMSS otorgaron las calificaciones más bajas a este rubro con 66.9 y 71.2 por ciento, respectivamente, mientras que los usuarios de los SESA y del IMSS-Oportunidades otorgaron calificaciones de 85 por ciento.

El componente que obtuvo las calificaciones de aprobación más bajas fue el de la limpieza de los baños con 58 por ciento en el conjunto de las instituciones. Por institución, los usuarios de los SESA y del IMSS-Oportunidades fueron los que mejor calificaron este rubro, con 67 y 75.5 por ciento, respectivamente.

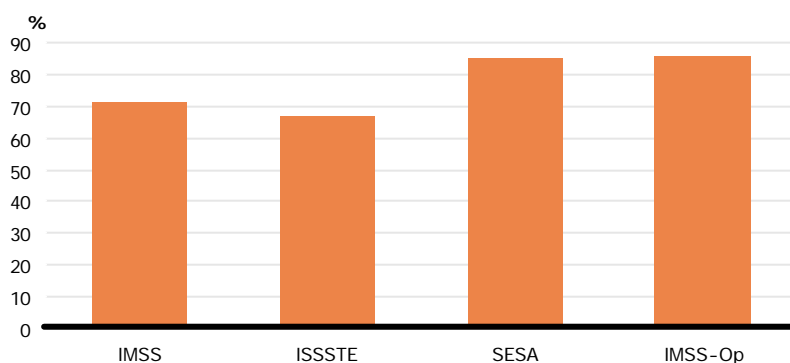
De acuerdo con los resultados, el dominio de comodidades básicas en todas las instituciones mostró el desempeño más bajo entre los componentes de trato adecuado. Las autoridades hospitalarias deben ocuparse por mejorar estos servicios, en particular los relacionados con la limpieza general del hospital, y muy en especial la limpieza de los baños.

**Calidad buena y muy buena de los alimentos por institución  
México 2004**

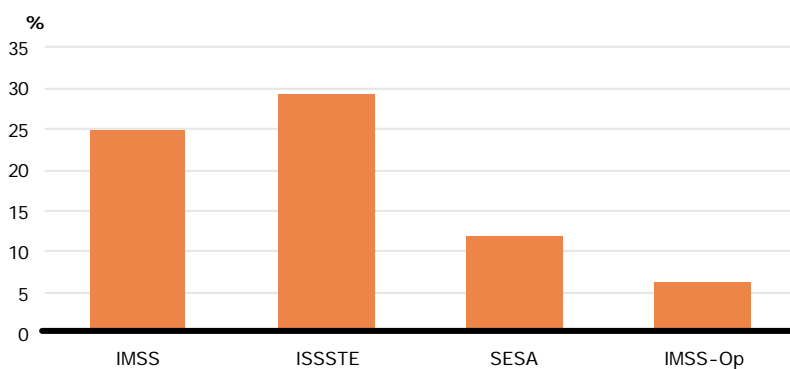


Los SESA presentaron las mejores calificaciones en el rubro de comodidades básicas.

**Calificación de buena y muy buena la limpieza del hospital por institución  
México 2004**



**Usuarios que no aprobaron la limpieza de los baños por institución  
México 2004**



## Acceso a redes de apoyo durante la hospitalización

El acceso a redes de apoyo social se evaluó midiendo las facilidades que tuvieron las personas hospitalizadas de recibir visitas de familiares y amigos.

Los arreglos institucionales que favorecen el contacto de los pacientes hospitalizados con sus familiares y amistades, proporcionan bienestar a los enfermos al permitir que éstos no se desvinculen del todo con su ambiente familiar y social.

Algunos autores han definido el apoyo social como el sentimiento de ser apreciado y de contar con la ayuda o solidaridad de otras personas cuando es necesario. Este apoyo reduce la tensión asociada a la hospitalización, influye positivamente en la salud del paciente, y en muchas ocasiones las redes de apoyo contribuyen a fortalecer la adherencia del paciente a las recomendaciones médicas.

La importancia de las redes sociales se hace más evidente en los grupos más vulnerables y en los ámbitos donde los servicios de salud enfrentan mayores carencias materiales. Los resultados de la evaluación de este componente del trato adecuado son consistentes con esta aseveración: el acceso a redes sociales es mejor cuando el paciente hospitalizado es un adulto mayor y disminuye notablemente cuando se incrementa el nivel educativo. De hecho, también es posible identificar un mayor nivel de acceso a las redes cuando los pacientes hospitalizados hablan una lengua indígena.

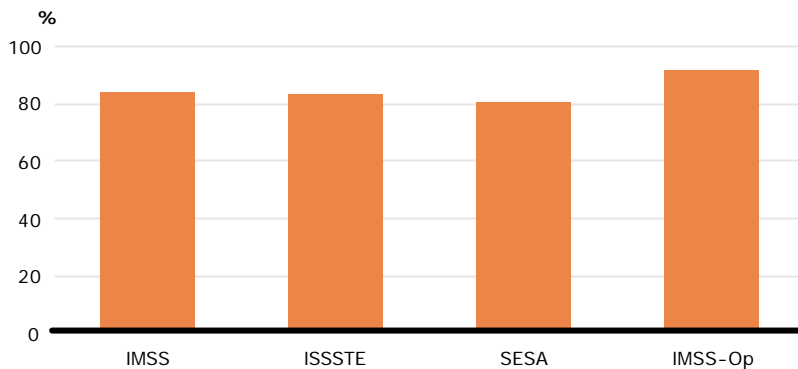
La mayor parte de los pacientes (83%) estuvieron acompañados por algún familiar durante su hospitalización. Esta cifra fue casi 10 puntos porcentuales más alta en los hospitales del IMSS-

Oportunidades, institución que brinda servicios preferentemente a la población rural y de habla indígena. Esta particularidad puede estar determinada por los fuertes lazos culturales de las comunidades donde presta sus servicios, así como por regulaciones institucionales que favorecen la participación de las redes sociales de apoyo.

Otro elemento que hace más funcional a la red de apoyo del paciente, es la información que los prestadores de servicios proporcionan a los familiares sobre la situación de salud del enfermo. En este rubro, 77 por ciento de los pacientes que estuvieron acompañados señalaron que el médico siempre mantuvo informados a sus familiares. Una vez más, el número de usuarios que reconocieron este hecho fue mayor en el IMSS-Oportunidades con 84 por ciento. Las otras tres instituciones presentaron porcentajes cercanos al 75 por ciento, y tanto en el IMSS como en los SESA el porcentaje de usuarios cuyos familiares no fueron informados fue de 8.7 y 7.8 por ciento, respectivamente.

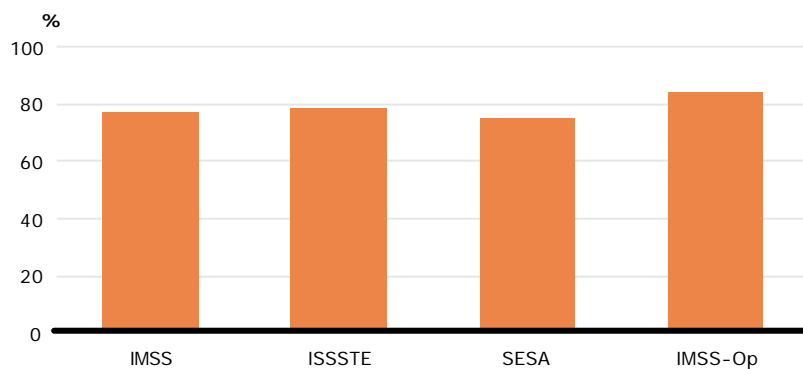
La mayoría de los usuarios (80.4%) calificaron como buena y muy buena las facilidades que las instituciones otorgaron para recibir las visitas de familiares y amigos. Por institución las diferencias fueron significativas: la proporción de usuarios del IMSS-Oportunidades que dieron esta calificación fue de 95 por ciento, mientras que entre los usuarios de los SESA esta cifra fue de 78 por ciento.

**Pacientes que estuvieron acompañados por familiares en la hospitalización**  
México 2004

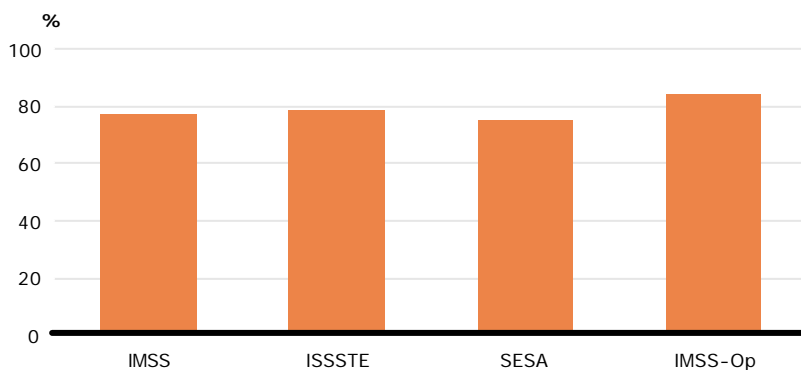


En México hay un acceso aceptable a redes sociales de apoyo.

**Familiares que siempre recibieron información del médico por institución**  
México 2004



**Pacientes que aprueban las facilidades para el acceso a sus redes de apoyo**  
México 2004



## Satisfacción del paciente

Porcentaje de usuarios que volverían a atenderse en el mismo hospital

El concepto de satisfacción del paciente ha sido usado como una variable de resumen de la calidad general de la atención médica. Sin embargo, la satisfacción es el resultado del efecto combinado de factores como la efectividad de las intervenciones médicas, las expectativas previas de los usuarios, así como de las múltiples interacciones que el paciente tiene con otros prestadores de servicios en el hospital. Este indicador mide también la “lealtad” de los pacientes con las instituciones, la que a menudo se complementa con la disposición de esos mismos usuarios a recomendar los servicios del hospital a familiares y amigos.

Aunque es difícil identificar el efecto de cada uno de los componentes que forman parte del concepto de satisfacción, el porcentaje de usuarios que declaran que regresarían al mismo hospital proporciona información útil a los prestadores de servicios para conocer la percepción general de los usuarios respecto de los servicios que les son ofrecidos.

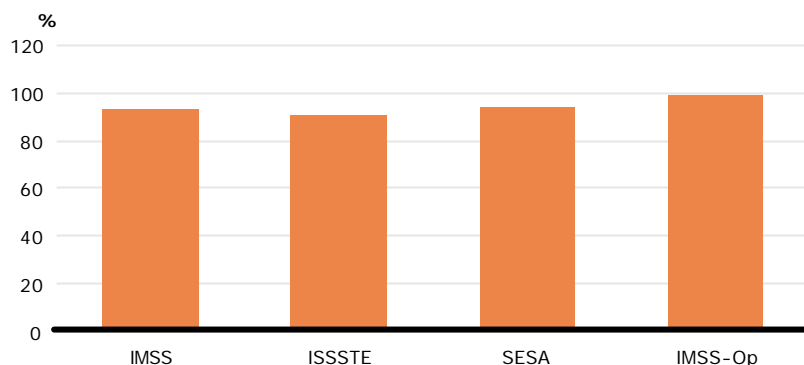
Casi 94 por ciento de los pacientes entrevistados señalaron que ante una nueva necesidad de salud regresarían a solicitar atención en el mismo hospital. Por institución, el porcentaje de respuestas afirmativas fue superior entre los usuarios del IMSS-Oportunidades con 98.8 por ciento, mientras que entre los usuarios del ISSSTE éstas fueron de 90.9 por ciento. Respecto de las

características de los usuarios que no volverían a solicitar servicios destacaron el sexo, la escolaridad, el nivel educativo y el origen étnico. Las mujeres tuvieron una probabilidad 26 por ciento más alta de no regresar al mismo hospital respecto de los hombres. Por edad, esta falta de intención se concentró tanto en hombres como en mujeres en el grupo de 15 a 39 años de edad. En el caso de las mujeres, 71 por ciento de las que no regresarían al mismo hospital pertenecían a este grupo de edad y con hospitalizaciones relacionados con la atención del parto, cirugías y estudios para precisar el diagnóstico. La variable que mostró mayor asociación con la intención de no regresar al mismo hospital fue la escolaridad: 10 por ciento de los usuarios con nivel de licenciatura o más no regresarían comparados con 4.4 por ciento de los usuarios con nivel de primaria o menos ( $p=0.0001$ ). Respecto del origen étnico, la mayoría de los usuarios que no regresarían (96.5%) fue población no indígena.

De acuerdo con los resultados, la mayoría de los usuarios regresaría a solicitar atención en el mismo hospital. Sin embargo, el reto para los prestadores de servicios está en elevar la “lealtad” de los usuarios de 15 a 39 años, donde se presentaron los porcentajes más altos de no intención, y en particular en la población femenina que acude preferentemente por atención del parto.

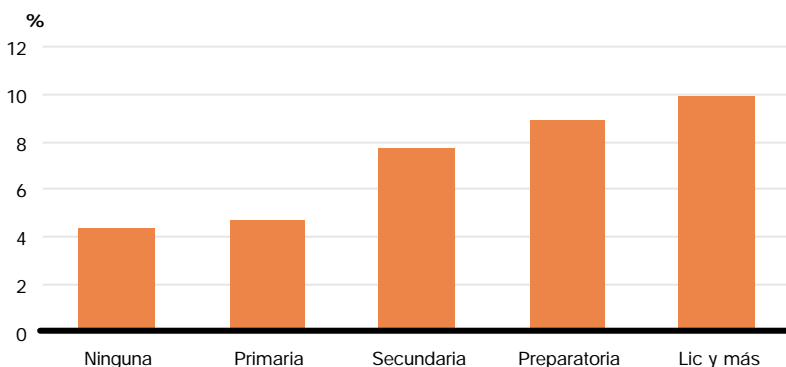


**Pacientes que regresarían al mismo hospital por institución  
México 2004**

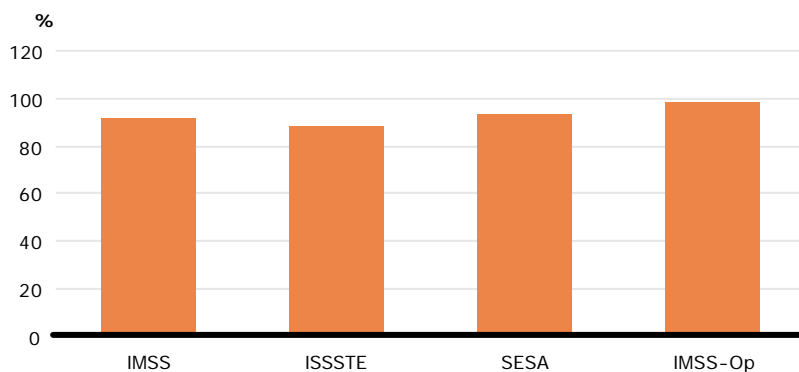


Los mayores porcentajes de satisfacción con los servicios recibidos se presentaron en los SESA e IMSS-Oportunidades.

**Pacientes que no regresarían al mismo hospital por escolaridad  
México 2004**



**Pacientes que recomendarían el hospital donde se  
atendieron por institución  
México 2004**







# Notas metodológicas



1. Egresos hospitalarios. Se emplearon las bases de datos de egresos hospitalarios institucionales de 2004 que acopia la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Para el análisis de los indicadores de calidad y eficiencia clínicas, se seleccionaron seis rastreadores clínicos, los cuales concentran un volumen de egresos considerables que permite establecer las comparaciones estadísticas entre hospitales y entre las instituciones. Estos rastreadores fueron los siguientes: partos vaginales, cesáreas, colecistectomías, hernioplastías inguinales, apendicectomías y neumonías. Para cada una de las cuales, se calcularon los promedios de días estancia hospitalaria y el porcentaje de complicaciones durante la estadía. En el caso de cesáreas y colecistectomías se calculó también el porcentaje de readmisiones en un periodo de 30 días posteriores al primer egreso.

Con el objetivo de calcular la media y el intervalo de confianza al 95 de los días de estancia por cada indicador, por hospital y por instituciones, los datos originales se transformaron con el logaritmo natural para corregir el marcado sesgo positivo que se encontró en la distribución de los días de estancia en todos los indicadores y posteriormente se graficaron en su versión exponencial teniendo así un promedio de días estancia ajustado con fines de comparación. Una manera de interpretar la diferencia entre un hospital y otro sería observando sus respectivos intervalos de confianza: cuando éstos no se traslapan las diferencias en días de estancia son estadísticamente significativas entre uno y otro. También es posible establecer la comparación entre el intervalo de un hospital con el intervalo del grupo de hospitales institucionales al que pertenece: cuando el intervalo de confianza de un hospital específico no se traslapa con el intervalo del grupo, las diferencias entre ambos son estadísticamente significativas. Habría que señalar una precaución adicional, el hecho de que un hospital muestre un promedio de días de estancia muy bajo y diferente del respecto de hospitales, no significa necesariamente que sea el hospital con mejor desempeño. Un egreso precoz podría asociarse a readmisiones o a complicaciones, lo cual no fue posible establecer en este ejercicio.

Con el fin de afinar los criterios de comparación entre hospitales, se conformaron grupos de pacientes de cada una de las intervenciones analizadas con características semejantes, de tal forma que se excluyeron del análisis aquellos pacientes que por contar con una co-morbilidad asociada pudiera influir en el incremento de días de estancia, y que por esto no se debiera exclusivamente a la atención del padecimiento principal, por lo que con el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), se excluyen del análisis de los rastreadores clínicos los egresos relacionados con VIH/SIDA (B20X-B24X, R75X, Z21X); algunas neoplasias (C00X-D489) y, los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencia de causas externas (S00X-T799). En los procedimientos quirúrgicos seleccionados también se excluyeron los pacientes con algún diagnóstico relacionado con el embarazo, parto o puerperio (O00X-O998) y, en el caso de las

neumonías adquiridas en la comunidad, se excluyeron pacientes con tuberculosis pulmonar (A150-A159, A160-A169).

La selección de casos se llevó a cabo, para las intervenciones médicas a través del diagnóstico definido como la afección principal consignada en la base de datos del SAEH. En los indicadores quirúrgicos se seleccionaron aquellos egresos donde existió congruencia entre los procedimientos quirúrgicos consignados en cualquiera de los ocho procedimientos médicos de la base de datos y la afección principal del paciente.

Para establecer las complicaciones en cada uno de los rastreadores clínicos, se seleccionaron los segundos y terceros diagnósticos señalados en la base de datos y, que de acuerdo con la literatura médica se consideran complicaciones de los padecimientos y de la atención médica recibida.

En relación con las readmisiones, se identificaron aquellos pacientes que habiendo sido atendidos en el hospital por colecistectomía o cesárea hubieran regresado al mismo hospital, o a otro de la red de hospitales de los Servicios Estatales de Salud, en el plazo de los treinta días siguientes a su egreso y la afección principal del segundo ingreso estuviera relacionada con las complicaciones consecutivas a la atención del primer egreso.

2. Recursos humanos en hospitales públicos. Los datos empleados corresponden al año 2003 y se obtuvieron del Boletín de Información Estadística (BIE) que publica la DGIS. Incluye información de los hospitales generales y de especialidad de los SESA, IMSS-Oportunidades, Universitarios, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y Estatales. Los datos de recursos humanos del IMSS no estuvieron disponibles para el ámbito hospitalario, por lo que se excluyó del análisis de dichos indicadores. En la sección de médicos se incluyeron: médicos generales, familiares, especialistas y médicos en formación (residentes, internos de pregrado y pasantes de medicina general) en contacto con el paciente. En la sección de enfermería, se consideraron a las enfermeras generales, especialistas, auxiliares y pasantes en contacto con el paciente.

Los recursos humanos de los Institutos Nacionales de Salud (INSAL) y de los Hospitales Federales de Referencia (HFR) fueron incluidos como parte de las instituciones que atienden a la población no asegurada. En los cálculos por entidad federativa, estos recursos se contabilizaron en el Distrito Federal.

3. Equipos de alta especialidad. Inventario Funcional de Equipo Médico Relevante, IMSS, Diciembre de 2004 y registros de equipos médicos 2004 de la DGIS.

- Aceleradores lineales: incluye información de los SESA, IMSS y SEDENA
- Tomógrafos: incluye información de los SESA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, hospitales universitarios y estatales. Para PEMEX se refiere a información 2003 (último dato disponible).

- Mastógrafos: incluye información de los SESA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, hospitales universitarios y estatales. Para PEMEX se refiere a información 2003 (último dato disponible).
- Litotriptores: incluye información de los SESA, ISSSTE, SEDENA, SEMAR y hospitales universitarios y estatales.

Los equipos de alta especialidad de los INSAL y de los HFR fueron incluidos como parte de las instituciones que atienden a la población no asegurada. En los cálculos por entidad federativa, estos recursos se contabilizaron en el Distrito Federal.

4. Poblaciones. Se emplearon como denominadores para algunos indicadores los datos de población a nivel nacional y por entidad federativa, los cuales fueron obtenidos de las Proyecciones de Población 2000-2050 del CONAPO, versión 2002. Para los denominadores relacionados con población asegurada y no asegurada se emplearon las estimaciones 2000-2006 elaboradas por la DGIS.

#### Encuesta de usuarios de servicios hospitalarios

La selección de la muestra de hospitales se restringió por razones logísticas a las entidades federativas donde existieran unidades hospitalarias de las cuatro instituciones (IMSS, ISSSTE, SESA e IMSS-Oportunidades), con el interés principal de incluir hospitales del IMSS-Oportunidades. Una vez identificadas las entidades federativas, se revisó la información básica de los hospitales como promedio de egresos mensuales, número de camas y oferta de servicios. A partir de esta información se seleccionaron los hospitales generales con 300 o más egresos mensuales del IMSS, ISSSTE y SESA. En el caso de los hospitales del IMSS-Oportunidades (hospitales pequeños), se seleccionaron aquellos ubicados a la menor distancia de las zonas urbanas con disponibilidad de hospitales de la seguridad social. La muestra final quedó compuesta por 73 hospitales: 20 del IMSS, 20 del IMSS-Oportunidades, 25 de los SESA y ocho del ISSSTE.

Con la excepción de los hospitales del IMSS-Oportunidades, por cada hospital de las tres instituciones restantes se seleccionaron de 100 a 150 usuarios que egresaron en los últimos 3 meses previos a la encuesta. Los usuarios se entrevistaron el mismo día de su egreso o durante las consultas de seguimiento. La muestra de usuarios del IMSS-Oportunidades fue de 50 a 70 por hospital. La muestra final de usuarios se distribuyó de la siguiente manera: IMSS 4,690; ISSSTE 1,316; SESA 5,006, e IMSS-Oportunidades 1,000, para un total de 12, 012 usuarios de servicios hospitalarios.

Se utilizaron tres instrumentos de recolección de datos: un cuestionario para usuarios, una guía de entrevista para los directivos de los hospitales y una lista de verificación de 31 medicamentos considerados

“imprescindibles”. Esta lista de medicamentos incluyó los grupos terapéuticos de analgesia (3), anestesia (3), cardiología (7), dermatología (1), enfermedades infecciosas y parasitarias (3), endocrinología (1), gastroenterología (1), gineco-obstetricia (2), hematología (2), nefrología (1), neumología (2), neurología (2), reumatología (1) y soluciones electrolíticas y sustitutos del plasma (1).





**Anexo**

Institución / Unidades Hospitalarias	Ingreso al hospital Urgencias	Tiempo de espera en urgencias		Tiempo de espera para quirófano		Tiempo de espera para cama		Desde el momento que le indicaron la necesidad de operarse hasta la operación ¿cuántos días transcurrieron? Más de 90 días
		<15 min	>30 min	<1hr	>3hr	<1hr	>3hr	
<b>IMSS</b>								
HGR No.1 Chihuahua, Chih	62.9	59.6	21.9	31.0	41.4	34.2	36.7	11.7
HGR No.1 Culiacán, Sin	81.7	77.0	11.7	21.5	64.6	20.7	64.5	4.2
HGR No.1 Gabriel Mancera, DF	79.5	59.6	26.5	17.5	72.5	21.4	67.0	3.7
HGR No.1 Morelia, Mich	58.3	53.6	29.3	47.2	30.6	56.4	28.2	5.8
HGR No.1 Orizaba, Ver	82.1	68.9	16.3	41.9	29.0	35.5	39.0	5.8
HGR No.1 Vicente Guerrero, Gro	79.1	71.3	16.5	58.8	21.6	64.0	13.6	3.8
HGR No.12 Mérida, Yuc	72.5	64.2	19.1	61.0	24.4	70.9	16.5	0.8
HGR No.36 Puebla, Pue	87.6	86.8	5.7	75.9	17.2	68.5	15.1	2.5
HGR No.46 Guad, Jal	83.3	71.0	10.5	90.8	4.6	80.0	14.4	7.9
HGR No.6 Cd Madero, Tamps	82.9	56.8	31.2	64.2	26.4	67.2	18.9	3.8
HGR No.72 Gustavo Baz, Mex	81.3	52.8	32.8	27.8	51.9	39.1	41.7	2.5
HGR No.89 Guad, Jal	67.1	65.2	13.7	48.1	27.8	44.9	30.3	7.1
HGZ No. 1 Tapachula, Chis	85.4	75.6	9.3	43.7	42.3	58.8	21.6	2.5
HGZ No. 2-A Troncoso, DF	85.2	50.0	33.9	44.4	45.8	42.9	30.6	2.3
HGZ No.11 Xalapa, Ver	73.3	71.0	16.5	11.6	48.8	18.0	64.8	3.8
HGZ No.194 El Molinito, Mex	81.3	57.9	26.2	18.1	65.3	33.6	56.6	2.9
HGZ No.25 Zaragoza, DF	86.4	47.8	29.2	22.0	56.1	10.3	77.4	2.1
HGZ No.3 El Mante, Tamps	84.6	91.6	3.9	72.5	2.0	77.4	0.7	1.7
HGZ No.4 Celaya, Gto	62.9	80.1	9.3	46.2	19.2	76.5	9.9	2.1
HGZ No.98 Coacalco, Mex	80.0	33.9	50.5	47.3	41.9	55.9	30.4	4.2
<b>ISSSTE</b>								
HG Dr Darío Fernández F, DF	73.5	42.6	33.3	27.0	48.6	21.3	59.0	6.8
HG Tampico, Tamp	78.0	68.4	17.9	60.9	30.4	69.1	19.8	3.3
HG Toluca, Mex	62.0	72.0	15.1	40.7	18.5	61.0	16.9	6.7
HG Vasco de Quiroga, Mich	72.0	73.1	15.7	66.7	23.3	63.3	28.3	4.7
HG Veracruz, Ver	63.3	43.2	36.8	35.0	35.0	33.8	47.7	0.0
HR Dr Manuel Cárdenas V., Sin	59.3	83.1	10.1	75.0	12.5	76.7	11.0	8.7
HR Dr Valentín Gómez Farías, Jal	58.7	48.9	30.7	28.9	44.7	38.1	50.0	16.7
HR Puebla, Pue	62.8	73.4	12.4	57.4	14.9	59.4	29.2	7.1

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

Institución / Unidades Hospitalarias	Ingreso al hospital Urgencias	Tiempo de espera en urgencias		Tiempo de espera para quirófano		Tiempo de espera para cama		Desde el momento que le indicaron la necesidad de operarse hasta la operación ¿cuántos días transcurrieron? Mas de 90 días
		<15 min	>30 min	<1hr	>3hr	<1hr	>3hr	
<b>Servicios Estatales de Salud</b>								
H Central del Estado, Chih	79.0	84.8	7.0	75.4	8.7	81.8	6.5	1.5
HG Acapulco, Gro	88.7	48.9	30.0	50.7	19.4	60.0	11.3	2.0
HG Agustín O´Horan, Yuc	74.0	63.5	25.7	53.5	26.8	61.7	13.3	1.5
HG Balbuena, DF	96.0	59.3	20.6	46.6	32.8	58.8	19.6	4.0
HG Chimalhuacán, Mex	83.5	42.5	28.7	53.9	26.3	51.1	24.4	0.5
HG de Occidente, Jal	65.0	50.0	30.0	38.2	38.2	39.1	27.5	8.5
HG Dr. Bernardo J. Gastelum, Sin	81.5	74.2	11.7	70.1	13.8	79.6	7.4	2.0
HG Dr. Carlos Canseco, Tamps	90.0	71.7	13.9	58.7	6.5	68.9	13.2	2.0
HG Dr. Eduardo Vázquez Navarro, Pue	81.4	61.7	27.8	23.8	41.3	34.2	43.0	1.5
HG Dr. Gustavo Baz Prada, Mex	76.0	56.6	25.7	34.0	48.0	43.2	28.4	1.5
HG Dr. José Ma. Cantú Reynosa, Tamps	88.5	83.5	6.8	61.2	8.2	80.2	0.9	2.5
HG Dr. Miguel Silva, Mich	74.5	52.3	26.8	45.5	15.2	57.1	20.8	2.0
HG Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Gro	87.9	73.7	17.7	39.5	32.9	37.6	21.5	0.5
HG Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chih	86.6	64.4	22.4	50.0	21.2	67.8	11.3	1.0
HG Irapuato, Gto	75.5	70.9	21.2	43.6	15.4	43.2	15.9	3.0
HG Los Mochis, Sin	91.0	78.0	12.6	72.9	14.6	65.7	13.0	2.5
HG María Ignacia Gandulfo, Chis	97.0	84.5	5.2	79.0	4.8	77.5	8.3	0.0
HG Tehuacán, Pue	96.5	82.3	12.0	58.0	22.2	58.1	22.9	0.5
HG Valladolid, Yuc	93.5	59.4	21.4	66.1	17.9	68.1	16.5	0.5
HGR Dr. Rafael Pascasio Gamboa, Chis	92.5	72.4	19.5	33.6	41.8	43.6	32.7	0.0
HGR León, Gto	65.5	69.5	14.5	78.0	4.9	83.6	2.7	1.0
HR Dr. Pedro Daniel Martínez, Mich	92.1	65.1	19.9	62.0	18.0	65.0	18.4	0.5
HR Poza Rica de Hidalgo, Ver	91.0	56.6	25.3	55.4	31.1	76.0	13.3	1.5
HR Puerto Vallarta, Jal	88.0	79.5	10.2	70.2	8.5	78.4	10.8	5.0
HR Río Blanco, Ver	79.5	67.3	15.1	48.3	29.3	52.7	25.8	1.0
<b>IMSS-Oportunidades</b>								
Promedio de hospitales	81.2	76.7	12.1	65.6	11.7	76.3	6.6	2.4

Todos los resultados están expresados en porcentajes  
HGR Hospital General Regional  
HGZ Hospital General de Zona  
HG Hospital General  
HR Hospital Regional

Institución / Unidades Hospitalarias	Calificación de atención en urgencias MB y B	Cita para suspensión de cirugía Sí	Cirugía suspendida por el hospital Sí	Explicación de diagnóstico Sí	Explicación de estudios Sí	Explicación de tratamiento Sí	Explicación de pronóstico Sí
<b>IMSS</b>							
HGR No.1 Chihuahua, Chih	75.5	31.5	73.9	85.0	79.6	79.2	74.2
HGR No.1 Culiacán, Sin	88.8	9.1	75.0	95.8	88.3	96.7	95.0
HGR No.1 Gabriel Mancera, DF	66.2	16.2	83.3	94.7	88.9	93.2	91.6
HGR No.1 Morelia, Mich	74.3	17.4	73.3	85.4	77.5	78.8	83.3
HGR No.1 Orizaba, Ver	86.7	12.1	57.1	95.4	86.7	86.3	90.0
HGR No.1 Vicente Guerrero, Gro	68.6	20.0	81.8	96.2	85.8	95.0	94.6
HGR No.12 Mérida, Yuc	89.0	11.6	50.0	97.1	95.8	86.7	83.3
HGR No.36 Puebla, Pue	80.2	8.3	0.0	95.0	71.1	95.9	96.7
HGR No.46 Guad, Jal	87.0	29.2	42.9	93.3	75.8	90.0	90.0
HGR No.6 Cd Madero, Tamps	74.9	24.1	92.3	89.2	86.3	88.8	87.5
HGR No.72 Gustavo Baz, Mex	74.4	9.1	100.0	94.2	76.7	85.8	85.0
HGR No.89 Guad, Jal	82.6	15.0	71.4	90.0	80.4	89.2	90.8
HGZ No. 1 Tapachula, Chis	79.5	16.9	80.0	96.7	92.5	96.3	92.1
HGZ No. 2-A Troncoso, DF	76.8	11.9	87.5	89.6	66.1	81.5	87.6
HGZ No.11 Xalapa, Ver	85.2	17.9	40.0	91.7	78.3	83.3	84.2
HGZ No.194 El Molinito, Mex	73.3	16.3	87.5	84.6	48.8	85.8	85.0
HGZ No.25 Zaragoza, DF	70.8	20.0	100.0	95.5	95.0	96.3	94.2
HGZ No.3 El Mante, Tamps	89.2	12.8	60.0	98.8	99.2	99.2	99.2
HGZ No.4 Celaya, Gto	80.8	13.3	66.7	92.5	70.4	91.7	92.9
HGZ No.98 Coacalco, Mex	62.0	4.4	50.0	92.5	77.5	84.6	90.4
<b>ISSSTE</b>							
HG Dr Darío Fernández F, DF	80.6	30.6	72.7	91.2	81.0	89.8	90.5
HG Tampico, Tamp	70.9	17.5	57.1	93.3	90.0	91.3	91.3
HG Toluca, Mex	75.3	19.4	100.0	93.3	82.7	93.3	94.0
HG Vasco de Quiroga, Mich	79.6	0.0	80.0	98.7	99.3	100.0	100.0
HG Veracruz, Ver	80.0	11.4	37.5	95.3	95.3	94.0	94.0
HR Dr Manuel Cárdenas V., Sin	95.5	13.6	81.3	91.3	96.0	97.3	86.7
HR Dr Valentín Gómez Farías, Jal	89.8	29.3	56.3	94.0	95.3	95.3	94.7
HR Puebla, Pue	75.1	18.6	68.6	96.7	84.8	97.0	96.7

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

MB y B significa que los entrevistados respondieron Muy Buena y Buena

Institución / Unidades Hospitalarias	Calificación de atención en urgencias MB y B	Cita para suspensión de cirugía Sí	Cirugía suspendida por el hospital Sí	Explicación de diagnóstico Sí	Explicación de estudios Sí	Explicación de tratamiento Sí	Explicación de pronóstico Sí
<b>Servicios Estatales de Salud</b>							
H Central del Estado, Chih	94.3	8.9	100.0	96.0	88.5	87.0	85.5
HG Acapulco, Gro	80.6	17.6	77.8	98.5	81.8	97.0	96.6
HG Agustín O´Horan, Yuc	83.8	7.1	100.0	87.5	75.5	69.0	71.0
HG Balbuena, DF	84.0	25.6	80.0	87.1	68.8	86.6	93.1
HG Chimalhuacán, Mex	78.4	12.5	100.0	70.0	34.5	58.5	61.0
HG de Occidente, Jal	87.7	10.8	42.9	93.5	83.5	88.5	88.5
HG Dr. Bernardo J. Gastelum, Sin	90.8	16.4	66.7	93.5	89.0	90.5	88.0
HG Dr. Carlos Canseco, Tamps	82.2	17.5	50.0	89.5	82.5	88.5	86.5
HG Dr. Eduardo Vázquez Navarro, Pue	71.0	30.3	60.0	96.5	88.9	91.0	96.0
HG Dr. Gustavo Baz Prada, Mex	78.9	8.0	66.7	81.0	50.0	78.0	81.0
HG Dr. José Ma. Cantú Reynosa, Tamps	90.3	2.9	0.0	95.5	94.5	95.5	95.5
HG Dr. Miguel Silva, Mich	77.2	12.9	55.6	78.0	67.0	63.0	74.0
HG Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Gro	72.6	30.0	83.3	79.9	78.9	85.4	81.9
HG Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chih	90.2	6.5	50.0	75.6	64.7	56.7	59.7
HG Irapuato, Gto	84.8	14.3	75.0	92.0	77.5	85.5	91.5
HG Los Mochis, Sin	95.1	20.9	88.9	98.0	80.5	93.5	95.0
HG María Ignacia Gandulfo, Chis	85.6	7.1	100.0	87.5	63.0	73.5	71.0
HG Tehuacán, Pue	76.6	0.0	0.0	95.0	89.0	95.5	95.5
HG Valladolid, Yuc	93.0	8.7	75.0	95.0	43.5	85.5	85.0
HGR Dr. Rafael Pascasio Gamboa, Chis	84.9	23.3	100.0	78.5	60.5	60.0	45.5
HGR León, Gto	90.1	18.2	75.0	96.5	68.5	95.5	94.5
HR Dr. Pedro Daniel Martínez, Mich	86.6	14.0	100.0	89.6	76.7	86.6	88.6
HR Poza Rica de Hidalgo, Ver	75.8	52.3	73.9	89.5	78.5	84.0	71.0
HR Puerto Vallarta, Jal	89.2	18.9	57.1	93.0	68.5	72.5	91.5
HR Río Blanco, Ver	86.2	12.2	100.0	86.5	62.0	75.5	71.5
<b>IMSS-Oportunidades</b>							
Promedio de hospitales	92.5	10.0	85.0	95.2	66.7	87.9	91.9

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

MB y B significa que los entrevistados respondieron Muy Buena y Buena

Institución / Unidades Hospitalarias	Médico mantuvo informados a familia y amigos Sí	Preguntas al médico sobre su salud Sí	Calificación del tiempo para hacer preguntas al médico MB y B	Información sobre cuidados a seguir en el hogar Sí	Calificación de comunicación con el médico MB y B
<b>IMSS</b>					
HGR No.1 Chihuahua, Chih	82.8	80.8	70.8	80.8	75.0
HGR No.1 Culiacán, Sin	94.0	91.3	91.3	95.0	91.7
HGR No.1 Gabriel Mancera, DF	95.5	96.3	84.7	94.7	84.7
HGR No.1 Morelia, Mich	79.3	80.4	70.0	89.6	76.7
HGR No.1 Orizaba, Ver	91.1	82.9	85.0	96.3	88.3
HGR No.1 Vicente Guerrero, Gro	91.5	85.4	87.0	96.7	87.9
HGR No.12 Mérida, Yuc	89.9	75.0	82.1	96.3	88.3
HGR No.36 Puebla, Pue	94.3	89.3	84.3	96.7	91.7
HGR No.46 Guad, Jal	88.1	87.5	91.3	89.2	90.0
HGR No.6 Cd Madero, Tamps	87.4	83.8	77.1	85.8	78.8
HGR No.72 Gustavo Baz, Mex	85.5	82.1	75.4	85.4	79.6
HGR No.89 Guad, Jal	85.8	77.1	80.4	92.5	83.3
HGZ No. 1 Tapachula, Chis	96.6	97.1	87.5	95.0	88.3
HGZ No. 2-A Troncoso, DF	80.3	87.2	73.2	91.3	79.9
HGZ No.11 Xalapa, Ver	89.8	92.5	80.4	93.3	82.9
HGZ No.194 El Molinito, Mex	81.3	79.6	75.4	84.2	72.1
HGZ No.25 Zaragoza, DF	96.5	88.8	81.8	96.7	84.3
HGZ No.3 El Mante, Tamps	99.0	90.8	87.1	97.1	88.3
HGZ No.4 Celaya, Gto	90.5	90.0	82.9	91.3	83.3
HGZ No.98 Coacalco, Mex	93.7	82.1	70.8	92.9	74.6
<b>ISSSTE</b>					
HG Dr Darío Fernández F, DF	92.5	88.4	78.9	91.8	81.6
HG Tampico, Tamp	92.4	88.0	79.3	91.3	81.3
HG Toluca, Mex	97.3	92.7	84.7	88.0	85.3
HG Vasco de Quiroga, Mich	97.6	96.0	87.3	98.0	93.3
HG Veracruz, Ver	97.2	92.0	90.0	98.7	92.0
HR Dr Manuel Cárdenas V., Sin	88.7	84.0	92.7	94.0	97.3
HR Dr Valentín Gómez Farías, Jal	88.5	84.7	79.3	85.3	86.7
HR Puebla, Pue	93.4	87.0	75.8	94.8	85.5

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

MB y B significa que los entrevistados respondieron Muy Buena y Buena

Institución / Unidades Hospitalarias	Médico mantuvo informados a familia y amigos	Preguntas al médico sobre su salud	Calificación del tiempo para hacer preguntas al médico	Información sobre cuidados a seguir en el hogar	Calificación de comunicación con el médico
	Sí	Sí	MB y B	Sí	MB y B
<b>Servicios Estatales de Salud</b>					
H Central del Estado, Chih	86.2	82.5	90.5	69.0	89.0
HG Acapulco, Gro	87.1	85.2	82.3	88.7	83.3
HG Agustín O'Horan, Yuc	85.2	64.5	66.5	87.0	76.5
HG Balbuena, DF	90.3	83.7	77.7	87.6	84.7
HG Chimalhuacán, Mex	82.8	63.0	67.5	79.0	73.5
HG de Occidente, Jal	93.2	73.0	77.5	87.5	89.0
HG Dr. Bernardo J. Gastelum, Sin	91.7	81.0	78.5	89.0	89.5
HG Dr. Carlos Canseco, Tamps	94.0	82.0	77.5	94.0	81.0
HG Dr. Eduardo Vázquez Navarro, Pue	96.2	93.0	85.9	93.5	80.4
HG Dr. Gustavo Baz Prada, Mex	87.1	65.5	76.0	79.5	78.5
HG Dr. José Ma. Cantú Reynosa, Tamps	96.3	82.5	86.0	95.5	87.0
HG Dr. Miguel Silva, Mich	88.0	78.0	72.5	84.5	76.0
HG Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Gro	75.4	66.3	77.4	75.9	75.4
HG Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chih	88.6	81.1	83.6	76.6	86.6
HG Irapuato, Gto	86.1	76.5	84.5	81.0	89.5
HG Los Mochis, Sin	96.9	88.5	88.0	91.0	96.5
HG María Ignacia Gandulfo, Chis	93.9	74.5	89.5	88.5	87.0
HG Tehuacán, Pue	88.1	94.0	85.5	92.5	83.0
HG Valladolid, Yuc	92.6	62.0	77.5	86.0	91.5
HGR Dr. Rafael Pascasio Gamboa, Chis	89.1	69.0	77.5	89.0	83.0
HGR León, Gto	97.0	84.5	85.0	91.5	87.5
HR Dr. Pedro Daniel Martínez, Mich	86.7	69.3	75.7	87.1	79.7
HR Poza Rica de Hidalgo, Ver	88.1	70.5	60.5	73.5	72.5
HR Puerto Vallarta, Jal	93.0	84.0	86.5	97.0	91.0
HR Río Blanco, Ver	83.3	76.0	82.5	78.0	86.5
<b>IMSS-Oportunidades</b>					
Promedio de hospitales	94.6	81.5	87.4	95.9	94.2

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

MB y B significa que los entrevistados respondieron Muy Buena y Buena

Institución / Unidades Hospitalarias	Participación en las decisiones relacionadas con su salud	Calificación de participación en decisiones relacionadas con su salud	Trato respetuoso y amable del médico	Calificación del trato de su médico	Contó con privacidad en la examinación
	Sí	MB y B	Sí	MB y B	Sí
<b>IMSS</b>					
HGR No.1 Chihuahua, Chih	56.3	62.9	96.3	88.8	76.7
HGR No.1 Culiacán, Sin	62.9	87.9	100.0	100.0	91.7
HGR No.1 Gabriel Mancera, DF	73.2	80.0	99.5	96.3	71.1
HGR No.1 Morelia, Mich	69.2	82.5	99.2	91.3	79.2
HGR No.1 Orizaba, Ver	59.6	83.3	99.2	95.8	89.2
HGR No.1 Vicente Guerrero, Gro	61.9	87.0	99.2	94.6	73.6
HGR No.12 Mérida, Yuc	42.1	72.9	98.8	95.8	68.3
HGR No.36 Puebla, Pue	81.8	93.4	98.3	96.7	80.2
HGR No.46 Guad, Jal	72.5	85.8	99.6	96.7	79.6
HGR No.6 Cd Madero, Tamps	78.8	81.3	98.8	94.6	82.5
HGR No.72 Gustavo Baz, Mex	65.4	70.8	95.8	89.2	60.0
HGR No.89 Guad, Jal	63.3	75.8	99.6	97.1	72.9
HGZ No. 1 Tapachula, Chis	85.8	91.3	99.6	92.9	84.2
HGZ No. 2-A Troncoso, DF	72.1	81.5	97.7	89.6	72.1
HGZ No.11 Xalapa, Ver	79.6	77.1	99.2	97.1	90.8
HGZ No.194 El Molinito, Mex	63.3	82.1	98.8	94.2	68.3
HGZ No.25 Zaragoza, DF	73.6	69.8	98.3	94.6	89.3
HGZ No.3 El Mante, Tamps	79.2	95.8	100.0	97.1	95.0
HGZ No.4 Celaya, Gto	82.5	85.8	99.6	95.0	79.6
HGZ No.98 Coacalco, Mex	60.8	75.0	97.5	91.7	81.7
<b>ISSSTE</b>					
HG Dr Darío Fernández F, DF	39.5	46.9	100.0	95.2	72.8
HG Tampico, Tamp	70.0	80.7	96.7	93.3	80.7
HG Toluca, Mex	71.3	70.7	99.3	94.7	79.3
HG Vasco de Quiroga, Mich	94.0	92.7	99.3	97.3	96.7
HG Veracruz, Ver	92.7	90.7	98.7	96.0	86.7
HR Dr Manuel Cárdenas V., Sin	52.7	94.0	99.3	99.3	92.0
HR Dr Valentín Gómez Farías, Jal	68.0	74.7	98.7	96.7	72.7
HR Puebla, Pue	71.4	80.3	99.6	95.5	82.5

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

MB y B significa que los entrevistados respondieron Muy Buena y Buena



Institución / Unidades Hospitalarias	Participación en las decisiones relacionadas con su salud	Calificación de participación en decisiones relacionadas con su salud	Trato respetuoso y amable del médico	Calificación del trato de su médico	Contó con privacidad en la examinación
	Sí	MB y B	Sí	MB y B	Sí
<b>Servicios Estatales de Salud</b>					
H Central del Estado, Chih	73.0	82.5	99.5	96.5	73.0
HG Acapulco, Gro	81.8	89.7	99.5	94.6	82.3
HG Agustín O'Horan, Yuc	41.0	52.5	98.5	92.5	61.5
HG Balbuena, DF	56.9	62.4	99.5	96.0	71.8
HG Chimalhuacán, Mex	47.0	58.0	97.5	90.0	40.0
HG de Occidente, Jal	59.5	73.5	99.5	96.0	71.5
HG Dr. Bernardo J. Gastelum, Sin	68.5	77.5	99.0	97.0	77.0
HG Dr. Carlos Canseco, Tamps	73.4	77.4	98.5	93.5	81.0
HG Dr. Eduardo Vázquez Navarro, Pue	96.0	96.5	99.5	94.0	90.5
HG Dr. Gustavo Baz Prada, Mex	64.0	66.0	99.0	94.0	42.0
HG Dr. José Ma. Cantú Reynosa, Tamps	68.0	87.0	98.0	95.5	94.5
HG Dr. Miguel Silva, Mich	74.0	80.5	99.0	93.5	75.0
HG Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Gro	71.4	88.9	98.5	95.5	42.2
HG Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chih	58.2	77.6	100.0	97.0	89.1
HG Irapuato, Gto	59.0	77.5	99.5	96.5	60.0
HG Los Mochis, Sin	56.0	61.5	99.5	99.5	88.0
HG María Ignacia Gandulfo, Chis	90.0	83.0	99.5	97.5	94.5
HG Tehuacán, Pue	92.5	94.0	99.0	92.5	84.0
HG Valladolid, Yuc	31.0	50.0	98.5	99.0	46.5
HGR Dr. Rafael Pascasio Gamboa, Chis	66.0	85.0	99.0	95.0	66.5
HGR León, Gto	84.0	87.0	100.0	99.0	68.5
HR Dr. Pedro Daniel Martínez, Mich	57.4	71.8	99.5	95.0	77.2
HR Poza Rica de Hidalgo, Ver	60.5	73.0	97.5	88.5	84.5
HR Puerto Vallarta, Jal	65.5	73.5	99.0	97.0	91.0
HR Río Blanco, Ver	62.5	66.5	98.5	92.5	80.5
<b>IMSS-Oportunidades</b>					
Promedio de hospitales	73.1	80.5	99.4	98.0	92.1

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

MB y B significa que los entrevistados respondieron Muy Buena y Buena

Institución / Unidades Hospitalarias	Calificación de privacidad en revisiones o aplicación de tratamientos MB y B	Calificación privacidad en estudios MB y B	Calificación a confidencialidad MB y B	Posibilidad de elegir hospital donde atenderse Sí	Calificación a posibilidad de elegir hospital donde atenderse MB y B
<b>IMSS</b>					
HGR No.1 Chihuahua, Chih	83.3	77.5	87.9	40.4	50.0
HGR No.1 Culiacán, Sin	95.0	37.5	92.5	71.7	77.9
HGR No.1 Gabriel Mancera, DF	82.1	84.7	95.8	52.1	72.6
HGR No.1 Morelia, Mich	80.0	52.5	95.4	85.4	87.5
HGR No.1 Orizaba, Ver	93.8	83.8	91.3	77.5	94.2
HGR No.1 Vicente Guerrero, Gro	83.3	85.8	92.5	71.1	78.2
HGR No.12 Mérida, Yuc	77.1	73.3	80.8	47.9	88.3
HGR No.36 Puebla, Pue	86.8	43.0	100.0	93.4	92.6
HGR No.46 Guad, Jal	90.4	58.8	96.3	30.0	73.3
HGR No.6 Cd Madero, Tamps	90.8	69.2	92.5	54.2	65.4
HGR No.72 Gustavo Baz, Mex	73.8	28.3	96.7	40.4	59.6
HGR No.89 Guad, Jal	84.2	59.6	89.2	27.1	50.4
HGZ No. 1 Tapachula, Chis	90.0	74.2	95.4	92.1	93.3
HGZ No. 2-A Troncoso, DF	81.9	41.9	94.3	28.9	62.4
HGZ No.11 Xalapa, Ver	90.0	77.9	90.8	85.0	88.8
HGZ No.194 El Molinito, Mex	75.4	24.2	90.8	28.8	49.6
HGZ No.25 Zaragoza, DF	88.8	78.5	93.8	67.4	70.7
HGZ No.3 El Mante, Tamps	96.3	92.1	97.9	78.8	87.9
HGZ No.4 Celaya, Gto	85.0	16.3	91.7	76.7	75.0
HGZ No.98 Coacalco, Mex	83.3	70.8	94.6	40.8	62.9
<b>ISSSTE</b>					
HG Dr Darío Fernández F, DF	82.3	55.8	89.1	27.2	48.3
HG Tampico, Tamp	90.0	70.0	88.0	61.3	64.7
HG Toluca, Mex	83.3	60.7	83.3	47.3	51.3
HG Vasco de Quiroga, Mich	96.7	79.3	99.3	86.7	89.3
HG Veracruz, Ver	95.3	66.7	96.7	81.3	90.0
HR Dr Manuel Cárdenas V., Sin	96.0	64.0	93.3	51.3	88.7
HR Dr Valentín Gómez Farías, Jal	77.3	74.0	91.3	40.0	56.0
HR Puebla, Pue	87.0	62.8	95.9	62.1	75.1

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

MB y B significa que los entrevistados respondieron Muy Buena y Buena

Institución / Unidades Hospitalarias	Calificación de privacidad en revisiones o aplicación de tratamientos MB y B	Calificación privacidad en estudios MB y B	Calificación a confidencialidad MB y B	Posibilidad de elegir hospital donde atenderse Sí	Calificación a posibilidad de elegir hospital donde atenderse MB y B
<b>Servicios Estatales de Salud</b>					
H Central del Estado, Chih	78.0	50.0	97.0	68.0	69.0
HG Acapulco, Gro	92.1	70.0	96.1	74.9	82.3
HG Agustín O'Horan, Yuc	69.0	54.5	72.0	52.5	66.0
HG Balbuena, DF	76.7	58.9	93.6	62.9	64.4
HG Chimalhuacán, Mex	54.0	17.5	74.0	72.0	71.0
HG de Occidente, Jal	82.0	40.0	93.0	83.0	88.0
HG Dr. Bernardo J. Gastelum, Sin	83.0	32.0	91.0	83.0	86.5
HG Dr. Carlos Canseco, Tamps	86.0	37.5	98.0	49.5	66.5
HG Dr. Eduardo Vázquez Navarro, Pue	86.9	79.9	96.5	85.9	89.9
HG Dr. Gustavo Baz Prada, Mex	71.0	29.5	87.5	67.5	70.0
HG Dr. José Ma. Cantú Reynosa, Tamps	90.5	52.0	95.0	75.0	82.0
HG Dr. Miguel Silva, Mich	80.5	46.5	92.5	76.5	81.0
HG Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Gro	60.8	67.8	98.0	69.3	75.9
HG Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chih	91.0	45.3	94.5	77.6	77.6
HG Irapuato, Gto	79.0	27.5	96.0	58.0	60.5
HG Los Mochis, Sin	91.5	35.0	94.5	48.0	93.0
HG María Ignacia Gandulfo, Chis	97.5	33.5	91.5	65.5	67.5
HG Tehuacán, Pue	83.0	67.5	98.5	81.0	81.5
HG Valladolid, Yuc	68.5	14.0	79.0	50.5	81.0
HGR Dr. Rafael Pascasio Gamboa, Chis	81.5	53.5	94.5	68.5	76.0
HGR León, Gto	85.0	10.0	98.5	80.0	80.5
HR Dr. Pedro Daniel Martínez, Mich	82.7	42.1	94.6	78.7	78.2
HR Poza Rica de Hidalgo, Ver	85.5	64.0	69.5	52.5	56.5
HR Puerto Vallarta, Jal	92.5	66.0	98.0	77.5	76.5
HR Río Blanco, Ver	83.5	68.0	93.0	83.0	85.0
<b>IMSS-Oportunidades</b>					
Promedio de hospitales	94.6	40.8	95.4	67.9	77.5

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

MB y B significa que los entrevistados respondieron Muy Buena y Buena

Institución / Unidades Hospitalarias	¿Regresaría al mismo hospital?	¿Recomendaría este hospital a familiares y amigos?	Calificación de facilidades hospitalarias para recibir visitas	Calificación de calidad de alimentos	Calificación limpieza general del hospital	Calificación limpieza de baños
	Sí	Sí	MB y B	MB y B	MB y B	MB y B
<b>IMSS</b>						
HGR No.1 Chihuahua, Chih	90.4	79.2	74.6	69.6	69.6	37.5
HGR No.1 Culiacán, Sin	96.3	95.0	84.6	87.1	73.3	52.5
HGR No.1 Gabriel Mancera, DF	91.6	91.6	86.8	75.3	75.8	53.2
HGR No.1 Morelia, Mich	92.5	88.3	75.8	69.6	74.6	40.8
HGR No.1 Orizaba, Ver	96.7	94.6	85.8	88.3	70.0	44.2
HGR No.1 Vicente Guerrero, Gro	86.2	79.5	88.7	82.8	71.1	55.2
HGR No.12 Mérida, Yuc	92.9	91.3	82.9	70.0	80.4	65.4
HGR No.36 Puebla, Pue	94.2	93.4	63.6	77.7	75.2	57.0
HGR No.46 Guad, Jal	95.0	93.3	84.6	84.6	85.4	49.2
HGR No.6 Cd Madero, Tamps	92.1	86.3	80.4	76.7	58.3	27.9
HGR No.72 Gustavo Baz, Mex	88.8	85.4	77.5	85.8	78.3	57.5
HGR No.89 Guad, Jal	90.8	93.3	72.1	72.1	62.5	34.2
HGZ No. 1 Tapachula, Chis	97.9	93.8	87.9	85.0	77.9	46.3
HGZ No. 2-A Troncoso, DF	86.2	85.6	80.9	75.5	60.1	31.5
HGZ No.11 Xalapa, Ver	95.4	96.3	77.1	87.5	66.7	40.0
HGZ No.194 El Molinito, Mex	88.8	87.9	74.2	65.0	73.8	52.1
HGZ No.25 Zaragoza, DF	91.7	90.1	81.8	80.2	59.5	45.5
HGZ No.3 El Mante, Tamps	95.0	93.8	95.0	89.2	84.6	62.5
HGZ No.4 Celaya, Gto	93.3	90.0	68.8	75.0	62.5	42.5
HGZ No.98 Coacalco, Mex	85.0	78.8	73.8	67.1	70.0	31.3
<b>ISSSTE</b>						
HG Dr Darío Fernández F, DF	85.7	81.6	83.7	72.8	79.6	53.7
HG Tampico, Tamp	88.0	76.0	78.0	64.7	62.0	48.7
HG Toluca, Mex	86.7	73.3	86.7	75.3	78.7	46.7
HG Vasco de Quiroga, Mich	95.3	92.7	85.3	76.0	73.3	46.0
HG Veracruz, Ver	78.7	72.7	88.0	81.3	41.3	8.0
HR Dr Manuel Cárdenas V., Sin	96.0	95.3	83.3	90.7	84.0	54.7
HR Dr Valentín Gómez Farías, Jal	97.3	96.7	74.7	82.0	64.0	53.3
HR Puebla, Pue	89.6	86.6	65.1	68.0	58.7	37.9

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

MB y B significa que los entrevistados respondieron Muy Buena y Buena

Institución / Unidades Hospitalarias	¿Regresaría al mismo hospital?	¿Recomendaría este hospital a familiares y amigos?	Calificación de facilidades hospitalarias para recibir visitas MB y B	Calificación de calidad de alimentos MB y B	Calificación limpieza general del hospital MB y B	Calificación limpieza de baños MB y B
<b>Servicios Estatales de Salud</b>						
H Central del Estado, Chih	95.5	94.0	78.5	74.0	93.5	77.5
HG Acapulco, Gro	80.3	83.3	76.4	74.9	65.0	40.4
HG Agustín O'Horan, Yuc	85.0	84.0	73.5	76.5	86.5	65.0
HG Balbuena, DF	91.1	93.1	85.6	68.3	75.7	45.0
HG Chimalhuacán, Mex	87.5	88.0	57.5	82.0	80.0	63.5
HG de Occidente, Jal	95.5	97.5	77.5	83.0	76.5	39.5
HG Dr. Bernardo J. Gastelum, Sin	93.5	93.5	80.5	73.5	82.5	54.5
HG Dr. Carlos Canseco, Tamps	85.5	85.5	85.0	76.0	74.5	42.5
HG Dr. Eduardo Vázquez Navarro, Pue	91.5	90.5	81.9	83.9	79.9	54.3
HG Dr. Gustavo Baz Prada, Mex	84.0	81.0	72.5	71.5	76.0	48.0
HG Dr. José Ma. Cantú Reynosa, Tamps	90.0	88.0	87.5	84.5	92.0	71.0
HG Dr. Miguel Silva, Mich	88.0	91.0	74.5	80.5	79.5	51.0
HG Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Gro	87.4	82.9	57.8	78.9	83.4	73.9
HG Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chih	96.0	97.0	83.6	83.1	96.5	89.1
HG Irapuato, Gto	97.5	95.5	75.5	81.0	94.5	75.5
HG Los Mochis, Sin	98.5	99.0	84.5	73.5	88.5	54.5
HG María Ignacia Gandulfo, Chis	98.0	98.5	91.0	87.5	92.0	85.5
HG Tehuacán, Pue	93.0	96.0	90.5	87.0	90.0	55.5
HG Valladolid, Yuc	97.0	95.0	91.0	84.0	91.0	77.5
HGR Dr. Rafael Pascasio Gamboa, Chis	92.0	93.0	64.5	83.5	85.0	69.5
HGR León, Gto	92.0	89.5	73.5	87.5	84.0	70.0
HR Dr. Pedro Daniel Martínez, Mich	91.6	92.6	85.1	87.6	92.6	76.2
HR Poza Rica de Hidalgo, Ver	85.5	87.0	74.0	73.0	84.5	74.5
HR Puerto Vallarta, Jal	96.5	96.5	74.5	85.0	91.0	74.5
HR Río Blanco, Ver	93.5	94.5	74.0	94.5	91.0	73.5
<b>IMSS-Oportunidades</b>						
Promedio de hospitales	97.8	97.6	94.9	90.7	91.6	72.9

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

MB y B significa que los entrevistados respondieron Muy Buena y Buena

Institución / Unidades Hospitalarias	Caídas de cama, camilla o silla de ruedas	Reacción alérgica a medicamentos	Reacción a transfusión de sangre	Inflamación o infección donde colocaron el suero	Infección en su herida quirúrgica	Lesión o herida por procedimientos o estudios
	Si	Si	Si	Si	Si	Si
<b>IMSS</b>						
HGR No.1 Chihuahua, Chih	5.4	7.5	0.4	20.4	4.6	9.6
HGR No.1 Culiacán, Sin	0.4	2.5	0.4	20.8	0.4	0.0
HGR No.1 Gabriel Mancera, DF	0.5	4.2	1.6	10.5	5.3	6.8
HGR No.1 Morelia, Mich	1.3	3.3	0.8	28.3	2.5	5.0
HGR No.1 Orizaba, Ver	0.4	3.3	0.4	16.3	0.4	0.8
HGR No.1 Vicente Guerrero, Gro	0.4	0.8	0.0	21.3	0.4	0.0
HGR No.12 Mérida, Yuc	0.4	5.8	0.8	30.0	2.1	0.0
HGR No.36 Puebla, Pue	0.0	2.5	0.8	12.4	0.8	1.7
HGR No.46 Guad, Jal	0.4	1.3	0.4	8.3	0.4	0.8
HGR No.6 Cd Madero, Tamps	1.7	4.6	1.7	15.4	1.3	2.9
HGR No.72 Gustavo Baz, Mex	1.3	5.8	0.4	10.8	1.3	4.2
HGR No.89 Guad, Jal	0.0	5.4	0.0	16.3	0.0	0.4
HGZ No. 1 Tapachula, Chis	1.3	4.6	2.1	41.7	2.5	0.8
HGZ No. 2-A Troncoso, DF	1.3	4.0	0.0	13.4	1.0	3.7
HGZ No.11 Xalapa, Ver	0.0	3.3	0.8	12.1	0.4	0.8
HGZ No.194 El Molinito, Mex	0.8	2.1	0.4	22.1	1.3	1.7
HGZ No.25 Zaragoza, DF	1.2	12.0	1.7	21.9	3.3	1.7
HGZ No.3 El Mante, Tamps	1.7	4.2	1.3	15.0	0.8	0.8
HGZ No.4 Celaya, Gto	1.3	3.8	0.4	13.3	0.4	4.2
HGZ No.98 Coacalco, Mex	0.0	4.2	0.8	31.3	1.3	3.8
<b>ISSSTE</b>						
HG Dr Darío Fernández F, DF	0.0	5.4	0.7	8.8	0.0	3.4
HG Tampico, Tamp	0.7	5.3	2.0	18.7	0.7	2.0
HG Toluca, Mex	0.7	5.3	0.7	14.7	1.3	4.0
HG Vasco de Quiroga, Mich	0.7	6.7	0.0	18.0	2.0	3.3
HG Veracruz, Ver	0.7	2.7	0.7	12.7	3.3	1.3
HR Dr Manuel Cárdenas V., Sin	0.0	3.3	1.3	14.7	0.7	2.0
HR Dr Valentín Gómez Farías, Jal	0.7	8.0	1.3	11.3	3.3	3.3
HR Puebla, Pue	0.7	4.1	1.1	19.3	1.1	1.1

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

MB y B significa que los entrevistados respondieron Muy Buena y Buena

Institución / Unidades Hospitalarias	Caidas de cama, camilla o silla de ruedas	Reacción alérgica a medicamentos	Reacción a transfusión de sangre	Inflamación o infección donde colocaron el suero	Infección en su herida quirúrgica	Lesión o herida por procedimientos o estudios
	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Servicios Estatales de Salud</b>						
H Central del Estado, Chih	1.0	2.5	0.5	16.5	0.0	2.0
HG Acapulco, Gro	0.0	5.9	2.5	22.7	1.5	0.5
HG Agustín O'Horan, Yuc	0.0	5.0	0.0	25.5	3.0	2.5
HG Balbuena, DF	3.5	3.5	1.0	10.4	3.5	3.5
HG Chimalhuacán, Mex	1.5	1.5	0.0	5.5	1.0	0.0
HG de Occidente, Jal	0.5	0.0	0.0	8.0	0.5	0.0
HG Dr. Bernardo J. Gastelum, Sin	2.5	2.5	0.0	18.0	2.5	1.0
HG Dr. Carlos Canseco, Tamps	1.5	1.5	1.5	11.0	3.5	1.0
HG Dr. Eduardo Vázquez Navarro, Pue	2.0	3.5	0.5	15.1	3.5	3.0
HG Dr. Gustavo Baz Prada, Mex	0.0	2.5	1.5	10.0	3.0	0.5
HG Dr. José Ma. Cantú Reynosa, Tamps	1.0	0.5	0.0	9.0	0.5	2.0
HG Dr. Miguel Silva, Mich	1.5	4.5	0.5	17.5	1.0	1.0
HG Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Gro	1.5	6.5	2.5	24.1	2.0	0.5
HG Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chih	0.5	2.5	0.0	16.9	1.0	3.0
HG Irapuato, Gto	1.5	1.5	1.5	11.0	0.5	0.5
HG Los Mochis, Sin	0.5	1.5	0.0	7.0	1.5	1.5
HG María Ignacia Gandulfo, Chis	0.0	0.5	0.0	3.5	0.0	0.0
HG Tehuacán, Pue	1.0	1.5	0.5	2.5	2.5	1.5
HG Valladolid, Yuc	0.5	3.5	1.5	33.0	4.5	5.5
HGR Dr. Rafael Pascasio Gamboa, Chis	3.0	5.5	3.0	30.0	4.0	3.0
HGR León, Gto	1.5	3.0	1.5	15.5	0.5	1.0
HR Dr. Pedro Daniel Martínez, Mich	2.0	5.4	0.5	20.8	2.5	4.5
HR Poza Rica de Hidalgo, Ver	0.5	3.0	1.0	21.0	0.0	1.5
HR Puerto Vallarta, Jal	0.0	0.0	0.0	4.0	1.0	0.5
HR Río Blanco, Ver	0.5	3.0	1.0	8.5	0.0	4.0
<b>IMSS-Oportunidades</b>						
Promedio de hospitales	1.1	3.2	0.2	10.2	1.1	1.2

Todos los resultados están expresados en porcentajes

HGR Hospital General Regional

HGZ Hospital General de Zona

HG Hospital General

HR Hospital Regional

MB y B significa que los entrevistados respondieron Muy Buena y Buena

Institución / Unidades Hospitalarias	Apendicectomías			Colecistectomías		
	Promedio de días estancia ajustado	Intervalo de confianza 95%		Promedio de días estancia ajustado	Intervalo de confianza 95%	
<b>IMSS</b>						
HGR No.1 Chihuahua, Chih	2.98	2.82	3.14	4.80	4.52	5.10
HGR No.1 Culiacán, Sin	2.29	2.13	2.47	2.41	2.21	2.62
HGR No.1 Gabriel Mancera, DF	2.42	2.27	2.58	2.40	2.21	2.61
HGR No.1 Morelia, Mich	2.67	2.50	2.86	2.58	2.31	2.87
HGR No.1 Orizaba, Ver	2.91	2.73	3.11	3.32	3.02	3.64
HGR No.1 Vicente Guerrero, Gro	3.12	2.81	3.46	3.14	2.87	3.44
HGR No.12 Mérida, Yuc	2.67	2.51	2.83	2.64	2.51	2.77
HGR No.36 Puebla, Pue	2.98	2.88	3.08	3.52	3.37	3.68
HGR No.46 Guad, Jal	2.66	2.54	2.78	2.69	2.52	2.86
HGR No.6 Cd Madero, Tamps	2.80	2.61	3.01	2.79	2.63	2.96
HGR No.72 Gustavo Baz, Mex	2.91	2.71	3.12	2.78	2.58	3.00
HGR No.89 Guad, Jal	2.39	2.28	2.52	2.58	2.45	2.73
HGZ No. 1 Tapachula, Chis	3.54	3.26	3.85	3.13	2.89	3.38
HGZ No. 2-A Troncoso, DF	3.39	3.18	3.62	3.75	3.35	4.20
HGZ No.11 Xalapa, Ver	2.21	2.07	2.35	2.31	2.13	2.51
HGZ No.194 El Molinito, Mex	3.13	2.95	3.32	3.08	2.90	3.28
HGZ No.25 Zaragoza, DF	3.14	2.99	3.31	3.72	3.54	3.91
HGZ No.3 El Mante, Tamps	3.16	2.92	3.41	3.70	3.51	3.90
HGZ No.4 Celaya, Gto	2.83	2.64	3.04	2.81	2.58	3.06
HGZ No.98 Coacalco, Mex	2.36	2.22	2.51	2.62	2.49	2.76
<b>ISSSTE</b>						
HG Dr Darío Fernández F, DF	2.74	2.45	3.07	3.26	2.82	3.77
HG Tampico, Tamp	2.88	2.57	3.21	3.84	3.35	4.39
HG Toluca, Mex	2.80	2.58	3.03	3.04	2.84	3.26
HG Vasco de Quiroga, Mich	3.59	3.02	4.27	4.30	3.80	4.85
HG Veracruz, Ver	2.94	2.44	3.53	3.34	2.92	3.82
HR Dr Manuel Cárdenas de la Vega, Sin	2.59	2.26	2.96			
HR Dr Valentín Gómez Farías, Jal	2.49	2.19	2.84	3.25	2.83	3.74
HR Puebla, Pue	1.80	1.62	2.00	1.92	1.74	2.11
<b>Servicios Estatales de Salud</b>						
HG Acapulco, Gro	3.08	2.82	3.36	3.21	2.88	3.59
HG Agustín O'Horan, Yuc	3.10	2.90	3.30	3.33	3.07	3.61
HG Balbuena, DF	3.60	3.42	3.80	4.22	3.92	4.54
HG de Occidente, Jal	2.07	1.92	2.24	3.04	2.69	3.44
HG Dr. Bernardo J. Gastelum, Sin	1.84	1.67	2.03	1.84	1.62	2.07
HG Dr. Carlos Canseco, Tamps	3.64	3.32	3.99	4.64	4.18	5.14
HG Dr. Eduardo Vázquez Navarro, Pue	2.75	2.52	3.01	2.75	2.29	3.31
HG Dr. Gustavo Baz Prada, Mex	3.85	3.61	4.10	5.41	4.89	5.98
HG Dr. José Ma. Cantú Reynosa, Tamps	3.26	3.06	3.48	3.42	3.18	3.67
HG Dr. Miguel Silva, Mich	3.23	3.01	3.46	5.63	5.10	6.23
HG Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Gro	3.14	2.84	3.46	3.16	2.83	3.52
HG Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chih	2.60	2.42	2.80	4.47	4.04	4.95
HG Irapuato, Gto	3.11	2.89	3.35	4.31	3.87	4.81
HG Los Mochis, Sin	2.26	2.10	2.43	3.14	2.84	3.46
HG María Ignacia Gandulfo, Chis	2.83	2.69	2.99	3.74	3.48	4.02
HG Tehuacán, Pue	3.99	3.73	4.27	5.62	4.86	6.52
HG Valladolid, Yuc	3.65	3.13	4.25	3.39	3.10	3.70
HGR Dr. Rafael Pascasio Gamboa, Chis	3.13	2.94	3.32	3.15	2.84	3.50
HGR León, Gto	2.85	2.70	3.00	2.71	2.46	2.98
HR Dr. Pedro Daniel Martínez, Mich	2.62	2.49	2.76	3.39	3.07	3.74
HR Poza Rica de Hidalgo, Ver	3.09	2.87	3.31	2.38	2.05	2.75
HR Puerto Vallarta, Jal	2.17	1.89	2.49	2.84	2.41	3.36
HR Río Blanco, Ver	3.30	2.97	3.66	3.03	2.81	3.27
<b>IMSS-Oportunidades*</b>						
HRO Ario de Rosales, Mich	2.78	2.35	3.28	3.03	2.77	3.30
HRO Chignautla, Pue	3.00	2.67	3.38	3.70	3.29	4.17
HRO Coscomatepec de Bravo, Ver	2.63	2.26	3.06	2.60	2.42	2.79
HRO San Juanito, Chih	3.17	2.49	4.03	2.95	2.44	3.56
HRO Sn Salvador El Seco, Pue	3.75	3.08	4.56	3.35	3.01	3.72
HRO Tuxpan, Mich	3.05	2.53	3.68	3.16	2.84	3.52
HRO Zacapoaxtla, Pue	4.74	4.12	5.45	n.d.	n.d.	n.d.

NOTA: \*Debido al número de datos disponibles, por hospital, en esta institución sólo es posible realizar estimaciones para las unidades que se presentan.



Institución / Unidades Hospitalarias	Hernioplastias			Neumonías		
	Promedio de días estancia ajustado	Intervalo de confianza 95%		Promedio de días estancia ajustado	Intervalo de confianza 95%	
<b>IMSS</b>						
HGR No.1 Chihuahua, Chih	1.07	1.03	1.11	4.94	4.71	5.18
HGR No.1 Culiacán, Sin	1.13	1.09	1.18	5.25	4.63	5.96
HGR No.1 Gabriel Mancera, DF	1.13	1.09	1.16	5.76	5.45	6.10
HGR No.1 Morelia, Mich	1.15	1.10	1.21	5.11	4.40	5.93
HGR No.1 Orizaba, Ver	1.32	1.22	1.43	4.78	4.30	5.31
HGR No.1 Vicente Guerrero, Gro	1.77	1.66	1.87	4.79	4.36	5.25
HGR No.12 Mérida, Yuc	1.10	1.06	1.13	5.16	4.83	5.50
HGR No.36 Puebla, Pue	1.18	1.15	1.22	4.93	4.63	5.24
HGR No.46 Guad, Jal	1.05	1.03	1.07	3.98	3.75	4.23
HGR No.6 Cd Madero, Tamps	1.43	1.34	1.52	5.48	4.94	6.07
HGR No.72 Gustavo Baz, Mex	1.14	1.11	1.18	4.78	4.10	5.57
HGR No.89 Guad, Jal	1.19	1.13	1.24	3.96	3.70	4.24
HGZ No. 1 Tapachula, Chis	1.45	1.32	1.57	4.40	3.77	5.13
HGZ No. 2-A Troncoso, DF	1.26	1.18	1.35	7.28	6.45	8.22
HGZ No.11 Xalapa, Ver	1.08	1.05	1.12	5.28	4.73	5.90
HGZ No.194 El Molinito, Mex	1.11	1.06	1.16	5.24	4.64	5.91
HGZ No.25 Zaragoza, DF	1.25	1.20	1.30	7.12	6.60	7.68
HGZ No.3 El Mante, Tamps	2.23	2.04	2.43	3.13	2.89	3.38
HGZ No.4 Celaya, Gto	1.23	1.16	1.30	5.44	4.75	6.23
HGZ No.98 Coacalco, Mex	1.10	1.07	1.14	5.06	4.53	5.65
<b>ISSSTE</b>						
HG Dr Darío Fernández F, DF	1.95	1.81	2.11	6.83	5.97	7.82
HG Tampico, Tamp	1.91	1.76	2.07	5.02	4.10	6.15
HG Toluca, Mex	1.11	0.93	1.31	5.44	4.45	6.64
HG Vasco de Quiroga, Mich	2.27	2.01	2.54	6.16	4.89	7.75
HG Veracruz, Ver	2.28	1.93	2.69	4.91	3.75	6.43
HR Dr Manuel Cárdenas de la Vega, Sin	2.28	2.00	2.59	3.78	3.17	4.51
HR Dr Valentín Gómez Farías, Jal	2.25	1.87	2.70	4.98	4.12	6.03
HR Puebla, Pue	1.28	1.15	1.41	5.34	4.51	6.33
<b>Servicios Estatales de Salud</b>						
HG Acapulco, Gro	1.39	1.21	1.59	4.75	4.09	5.51
HG Agustín O'Horan, Yuc	1.59	1.31	1.91	5.57	5.20	5.97
HG Balbuena, DF	2.86	2.58	3.15	5.63	4.68	6.77
HG de Occidente, Jal	1.76	1.67	1.86	4.59	4.06	5.18
HG Dr. Bernardo J. Gastelum, Sin	0.55	0.45	0.65	5.50	4.70	6.44
HG Dr. Carlos Canseco, Tamps	2.19	1.87	2.54	4.69	4.21	5.24
HG Dr. Eduardo Vázquez Navarro, Pue	0.25	0.15	0.35	5.48	5.05	5.94
HG Dr. Gustavo Baz Prada, Mex	2.41	2.05	2.83	4.92	4.32	5.61
HG Dr. José Ma. Cantú Reynosa, Tamps	2.21	1.94	2.51	3.59	3.30	3.91
HG Dr. Miguel Silva, Mich	2.12	1.98	2.27	5.66	4.22	7.59
HG Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Gro	1.80	1.35	2.34	2.95	2.65	3.28
HG Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chih	2.08	1.92	2.24	3.84	3.53	4.17
HG Irapuato, Gto	1.96	1.78	2.16	3.66	3.23	4.15
HG Los Mochis, Sin	1.72	1.54	1.90	3.42	3.16	3.71
HG María Ignacia Gandulfo, Chis	2.26	2.00	2.56	4.73	4.39	5.10
HG Tehuacán, Pue	2.10	1.80	2.43	4.93	4.52	5.37
HG Valladolid, Yuc	n.d.	n.d.	n.d.	4.77	4.32	5.26
HGR Dr. Rafael Pascasio Gamboa, Chis	0.48	0.32	0.67	4.44	3.86	5.10
HGR León, Gto	1.80	1.60	2.01	3.58	3.39	3.77
HR Dr. Pedro Daniel Martínez, Mich	0.34	0.21	0.49	4.07	3.70	4.47
HR Poza Rica de Hidalgo, Ver	0.56	0.40	0.74	4.21	3.71	4.77
HR Puerto Vallarta, Jal	n.d.	n.d.	n.d.	3.54	2.91	4.30
HR Río Blanco, Ver	1.76	1.47	2.09	4.38	3.95	4.86
<b>IMSS-Oportunidades*</b>						
HRO Ario de Rosales, Mich	2.09	1.92	2.28	4.98	4.37	5.69
HRO Chignautla, Pue	2.11	1.92	2.30	6.94	6.10	7.89
HRO Coscomatepec de Bravo, Ver	2.01	1.90	2.14	4.84	4.25	5.52
HRO San Juanito, Chih	n.d.	n.d.	n.d.	5.63	4.85	6.54
HRO Sn Salvador El Seco, Pue	1.91	1.78	2.06	3.36	3.00	3.75
HRO Tuxpan, Mich	1.98	1.80	2.18	3.21	2.62	3.92
HRO Zacapoaxtla, Pue	2.84	2.59	3.10	4.10	3.61	4.66

NOTA: \*Debido al número de datos disponibles, por hospital, en esta institución sólo es posible realizar estimaciones para las unidades que se presentan.

Institución / Unidades Hospitalarias	Cesáreas			Parto		
	Promedio de días estancia ajustado	Intervalo de confianza 95%		Promedio de días estancia ajustado	Intervalo de confianza 95%	
<b>IMSS</b>						
HGR No.6 Cd Madero, Tamps	1.90	1.86	1.95	1.11	1.09	1.13
HGR No.1 Vicente Guerrero, Gro	n.d.	n.d.	n.d.	1.19	1.17	1.21
HGR No.72 Gustavo Baz, Mex	2.07	2.01	2.12	1.06	1.05	1.06
HGR No.12 Mérida, Yuc	n.d.	n.d.	n.d.	1.17	1.15	1.19
HGR No.36 Puebla, Pue	2.27	2.25	2.29	1.27	1.25	1.28
HGR No.1 Orizaba, Ver	1.49	1.43	1.56	1.15	1.13	1.18
HGR No.46 Guad, Jal	2.52	2.50	2.55	1.21	1.20	1.23
HGR No.1 Morelia, Mich	2.22	2.13	2.32	1.23	1.20	1.25
HGR No.1 Culiacán, Sin	1.91	1.88	1.94	1.16	1.14	1.18
HGZ No. 1 Tapachula, Chis	1.94	1.90	1.99	1.15	1.12	1.19
HGR No.89 Guad, Jal	2.05	2.03	2.08	1.24	1.22	1.26
HGZ No.11 Xalapa, Ver	1.84	1.75	1.92	1.01	1.00	1.01
HGZ No.4 Celaya, Gto	2.41	2.35	2.48	1.23	1.21	1.25
HGZ No.194 El Molinito, Mex	2.13	2.06	2.19	1.05	1.04	1.06
HGZ No.3 El Mante, Tamps	1.48	1.41	1.57	1.07	1.05	1.09
HGZ No.98 Coacalco, Mex	2.79	2.74	2.83	1.22	1.20	1.24
HGZ No. 2-A Troncoso, DF	2.87	2.81	2.93	1.20	1.19	1.21
<b>ISSSTE</b>						
HR Dr Valentín Gómez Farías, Jal	2.11	2.05	2.17	1.18	1.13	1.22
HR Puebla, Pue	2.42	2.32	2.53	1.78	1.65	1.93
HG Dr Darío Fernández F, DF	2.52	2.43	2.61	1.29	1.24	1.35
HG Veracruz, Ver	2.67	2.48	2.87	1.33	1.19	1.50
HG Tampico, Tamp	2.11	1.99	2.24	1.17	1.09	1.25
HG Toluca, Mex	2.11	1.98	2.25	1.26	1.17	1.35
HG Vasco de Quiroga, Mich	2.55	2.44	2.67	1.70	1.54	1.87
HR Dr Manuel Cárdenas de la Vega, Sin	1.62	1.56	1.68	1.13	1.10	1.17
<b>Servicios Estatales de Salud</b>						
HGR León, Gto	2.25	2.23	2.28	1.06	1.05	1.07
HR Poza Rica de Hidalgo, Ver	1.95	1.90	2.01	1.09	1.07	1.12
HR Río Blanco, Ver	2.21	2.14	2.28	1.29	1.25	1.32
HR Puerto Vallarta, Jal	1.66	1.59	1.74	1.07	1.04	1.09
HR Dr. Pedro Daniel Martínez, Mich	2.26	2.23	2.30	1.17	1.15	1.19
HG Agustín O'Horan, Yuc	2.47	2.43	2.51	1.31	1.29	1.34
HG Balbuena, DF	2.90	2.79	3.01	1.68	1.63	1.73
HG Chimalhuacán, Mex	2.33	2.19	2.47	1.13	1.11	1.16
HG Acapulco, Gro	2.43	2.36	2.51	1.37	1.32	1.41
HG Irapuato, Gto	2.35	2.30	2.41	1.19	1.18	1.21
HG de Occidente, Jal	2.08	2.05	2.11	1.15	1.13	1.16
HG Tehuacán, Pue	1.76	1.72	1.81	1.13	1.12	1.15
HG Valladolid, Yuc	2.38	2.34	2.43	1.14	1.12	1.16
HG Dr. Carlos Canseco, Tamps	2.55	2.49	2.61	1.32	1.30	1.34
HG Dr. Eduardo Vázquez Navarro, Pue	2.25	2.21	2.29	1.35	1.30	1.40
HG Dr. Gustavo Baz Prada, Mex	1.67	1.63	1.71	1.04	1.03	1.04
HG Dr. José Ma. Cantú Reynosa, Tamps	2.28	2.23	2.34	1.27	1.24	1.29
HG Dr. Miguel Silva, Mich	2.14	2.10	2.18	1.09	1.08	1.10
HG Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Gro	2.01	1.95	2.07	1.17	1.15	1.20
HG Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chih	2.32	2.26	2.37	1.25	1.22	1.27
HG Los Mochis, Sin	1.89	1.84	1.94	1.11	1.09	1.12
HG María Ignacia Gandulfo, Chis	1.88	1.85	1.91	1.13	1.11	1.14
HGR Dr. Rafael Pascasio Gamboa, Chis	1.82	1.79	1.86	1.09	1.07	1.10
HG Dr. Bernardo J. Gastelum, Sin	1.13	1.11	1.15	1.07	1.05	1.08
<b>IMSS - Oportunidades*</b>						
HRO Sn Salvador El Seco, Pue	2.18	2.11	2.25	1.16	1.14	1.18
HRO Ario de Rosales, Mich	2.52	2.41	2.63	1.09	1.08	1.11
HRO Tuxpan, Mich	2.45	2.35	2.56	1.24	1.22	1.26
HRO Chignautla, Pue	1.65	1.41	1.92	1.06	1.05	1.08
HRO Coscomatepec de Bravo, Ver	2.04	1.96	2.11	1.06	1.05	1.07
HRO Zacapoaxtla, Pue	2.72	2.64	2.80	1.43	1.40	1.46
HRO San Juanito, Chih	2.28	2.01	2.59	1.44	1.40	1.49

NOTA: \*Debido al número de datos disponibles, por hospital, en esta institución sólo es posible realizar estimaciones para las unidades que se presentan.

## Bibliografía consultada

- Aguirre-Córdova JF, Chávez-Vázquez G, Huitrón-Aguilar GA, Cortés-Jiménez N. ¿Por qué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos. *Gaceta Médica de México* 2003; 139 (6) 545-551.
- Assefzadeh S. Assessing the need to establish new hospitals. *Eastern Mediterranean Health Journal* 1996; 2 (2): 334-339.
- Beasley S. Can we improve diagnosis of acute appendicitis?. *BMJ* 2000; 321: 907-908.
- Benjamin IS, Patel AG. Managing acute appendicitis. *BMJ* 2002; 325: 505-6.
- Díaz-Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México* 2003; 139 (suplemento 1): 23-28.
- Eco-Salud. OCDE 2003. Análisis comparativo de 30 países. Guía de utilización. Paris, Francia. OCDE 2003.
- Edwards N, Harrison A. Planning hospitals with limited evidence: a research and policy problem. *BMJ* 1999; 319: 1361-63.
- Frenk J, Lozano R, González-Block MA et al. Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
- Gottlieb S. Injury to bile duct during cholecystectomy nearly triples risk of death. *BMJ* 2003; 327: 946.
- Hensher M, Edwards N. Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s. *BMJ* 1999; 319: 911-14.
- Hernández Ávila JE, Rodríguez López MH, Rodríguez Salgado NE, Morales Carmona E et al. Modelo de evaluación espacial de cobertura, accesibilidad y calidad del sistema hospitalario de la SSA y desarrollo de estándares de desempeño. Cuernavaca, Morelos: INSP, 2005.
- Johnson CD. ABC of the upper gastrointestinal tract. Upper abdominal pain: Gall bladder. *BMJ* 2001; 323: 1170-73.
- Kingsnorth A. Treating inguinal hernias. *BMJ* 2004; 328: 59-60.
- Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud: recursos humanos. Fortalecimiento de la enfermería y la partería. Consejo Ejecutivo 107a reunión. EB107/6, 2000.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos de Salud. 134a Sesión del Comité Ejecutivo. CE134/11 (Esp), 2004.
- Posnett J. The hospital of the future. Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. *BMJ* 1999; 319: 1063-65.
- Schoen C, Osborn R, Trang Huynh P, Doty M, et al. Taking the pulse of health care systems: Experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs* 2005; DOI. 10.1377/hlthaff. W 5.509-24.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológicos infecciosos en unidades de salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2003.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud. Red de Servicios de Atención a la Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2003.

SESPAS. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. La salud pública y el futuro del estado del bienestar. Informe SESPAS 1998. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998: vol III.

SESPAS. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002.

Tena-Tamayo C, Ruelas Barajas E, Sánchez González J, Rivera Cisneros AE *et al.* Derechos de los pacientes en México. Revista Médica IMSS 2002; 40 (6) 523-529.

Wilson APR, Gibbons C, Reeves BC, Hodgson B *et al.* Surgical wound infection as a performance indicator: agreement of common definitions of wound infection in 4773 patients. BMJ 2004; doi: 10. 1136/bmj.38232.646227.

World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Guidelines on prevention and control of hospital associated infections. New Delhi: WHO, 2002.

World Health Organization, Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). How can hospital performance be measured and monitored?. Copenhagen, Denmark: WHO, 2003.

World Health Organization, Regional Office for Europe. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: A need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. Report on a WHO Workshop Barcelona, Spain. Copenhagen, Denmark: WHO, 2003.

Zamudio-Godínez L. Reacciones transfusionales. Gaceta Médica de México 2003; 139 (suplemento 3) 173-175.

## Agradecimientos

Los autores del Observatorio del Desempeño Hospitalario manifiestan sus agradecimientos a todas las personas que contribuyeron a la elaboración de la presente edición, particularmente a

Sonia B. Fernández Cantón  
Héctor Gómez Dantés  
Joshua Gottlieb  
Blanca Villa Contreras  
Carlos Sosa Manzano  
Alejandro Suárez Valdés Ayala  
Vanessa M. Vázquez Meseguer  
Victoria Castro Borbonio  
Luis Durán Arenas  
Hilda Morales Molina  
Beatriz Solano Mejía  
Dirección General de Información en Salud  
Instituto Nacional de Salud Pública  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud  
Representación en México de la Organización Panamericana de la Salud  
Personal directivo de los Hospitales Civiles de Guadalajara  
Personal del IMSS, ISSSTE, SESA, IMSS-Oportunidades que participaron en la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado