



Resultados

Calidad del Sistema de Información de Egresos Hospitalarios

El Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios [SAEH] es la fuente de datos primaria con la cual se obtuvieron gran parte de los resultados que se presentan en esta edición del *Observatorio del Desempeño Hospitalario*. Las comparaciones válidas y confiables entre hospitales respecto del comportamiento de los trazadores clínicos seleccionados depende, en buena medida, de la calidad de esta fuente de datos.

Para aproximarse a una medición de la calidad de los datos se seleccionaron diferentes campos de captura de características socio-demográficas de los pacientes, registro de las causas principales al egreso, registro de la co-morbilidad y el registro de los procedimientos médicos y quirúrgicos desplegados en la atención de los enfermos.

Un aspecto fundamental en la comparación del desempeño clínico de los hospitales depende de una clasificación lo más correcta posible de la complejidad de las condiciones de salud que se atienden en la red hospitalaria. En este sentido, los datos de edad, sexo, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios (co-morbilidad), así como el número y tipo de procedimientos empleados son imprescindibles para comparar días de estancia, complicaciones, readmisiones, defunciones y costos de la atención. Al respecto, cerca de 65% de los egresos en 2003 registraron exclusivamente un diagnóstico. Las entidades federativas con mejor desempeño en este rubro, al registrar el mayor número de diagnósticos secundarios (co-morbilidad) al egreso, fueron Querétaro, San Luis Potosí y Veracruz. En sentido opuesto, Quintana Roo, Nuevo León, Jalisco y Colima fueron las entidades con el menor número de

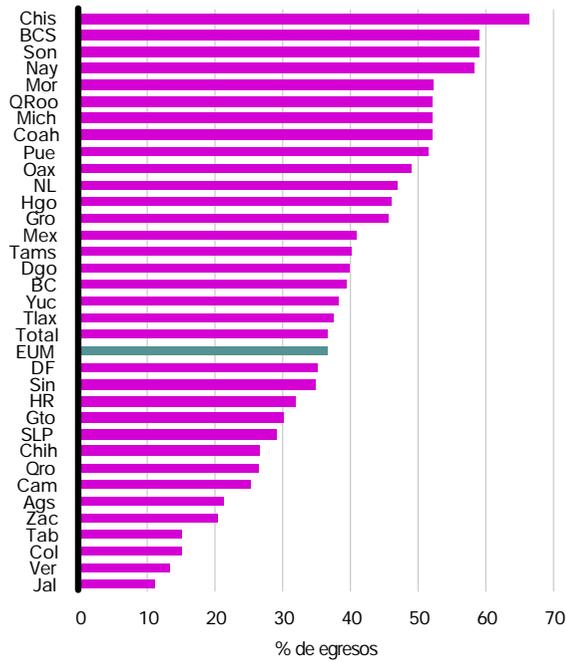
registros en el apartado de diagnósticos secundarios. En estas entidades apenas 25% de los egresos contaron con dos o más diagnósticos adicionales. Es cierto que la demanda de atención en hospitales está dominada por la atención del parto y por enfermedades agudas de la población infantil donde ambos grupos presentan en lo general muy baja co-morbilidad. Sin embargo, cuando el análisis se restringió a los egresos en mayores de 65 años el número de egresos con diagnósticos secundarios mejoró discretamente sin alcanzar el número promedio de patologías que se podría esperar en esta población.

En materia de procedimientos médicos y quirúrgicos empleados en la atención de los enfermos un poco más de un tercio de los egresos a nivel nacional (36.4%) no registró ningún procedimiento. En Chiapas, Baja California Sur, Sonora y Nayarit casi dos tercios de sus egresos no registraron procedimientos (58.2-66.3%). Por el contrario, Jalisco, Veracruz y Colima fueron las entidades con el mayor número de procedimientos registrados.

En las variables sociodemográficas el porcentaje de error fue insignificante (0.01%), lo mismo se observó en el campo de días de estancia, sexo del recién nacido no especificado y peso al nacer.

De acuerdo con estos resultados existen oportunidades de mejora para este sistema de información en particular en los rubros de diagnósticos y procedimientos. Una vez resueltas estas deficiencias se podrá avanzar hacia el uso de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs) a o cualquier otro sistema de agrupación de los egresos, lo que permitirá establecer comparaciones más válidas, así como convertirse en una herramienta para la gerencia de los servicios.

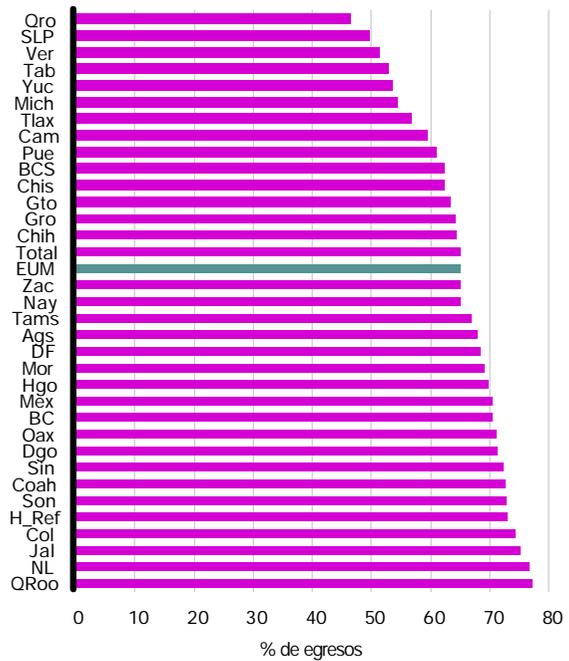
Porcentaje de registros hospitalarios que no reportan algún procedimiento médico efectuado por egreso
Secretaría de Salud, México 2003



Los hospitales de Jalisco y Veracruz son las entidades que registran mayor número de procedimientos médicos.

Porcentaje de registros hospitalarios con un solo diagnóstico de egreso por paciente
Secretaría de Salud, México 2003

Los hospitales de Querétaro y San Luis Potosí son los que mejor registran los diagnósticos secundarios.



Hospitales con monitoreo de indicadores de calidad

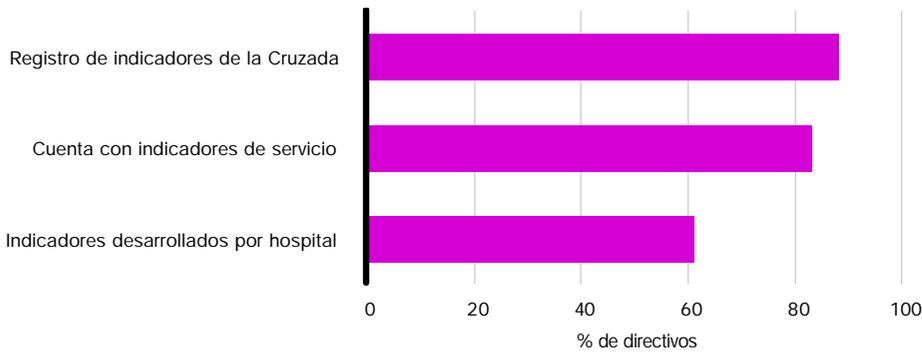
De manera creciente los cuerpos directivos de los hospitales están incorporando a los procesos de toma de decisiones internas diversos mecanismos de acopio de información sobre actividades relevantes al interior de sus unidades. Estos mecanismos se basan en indicadores que se obtienen periódicamente y son sujetos de análisis y discusión por directivos y prestadores. Esta práctica representa un avance importante para la mejora de los servicios hospitalarios. Sin embargo, todavía se observan esfuerzos muy desiguales entre los hospitales por consolidar una práctica que ha demostrado su eficacia como instrumento para elevar la calidad y la seguridad de los pacientes.

En las entrevistas realizadas a los directores de hospital se encontró que en 83% de las instituciones seleccionadas se utilizan indicadores de evaluación por servicio. Estos indicadores corresponden a instrumentos desarrollados por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, así como también a indicadores seleccionados en los propios servicios que complementan sus necesidades de información. Al respecto, 88% de los directores de hospital entrevistados señalaron utilizar los indicadores de la Cruzada y 61% de ellos han incorporado indicadores propios ya sea como ampliación a los indicadores de la Cruzada o bien

de manera autónoma por no estar incorporados todavía a dicha estrategia. Por otra parte, 94% de los directores manifestaron que analizan regularmente los resultados de los indicadores y 78% señalaron que cuentan con un programa de mejora de procesos con base en los resultados obtenidos.

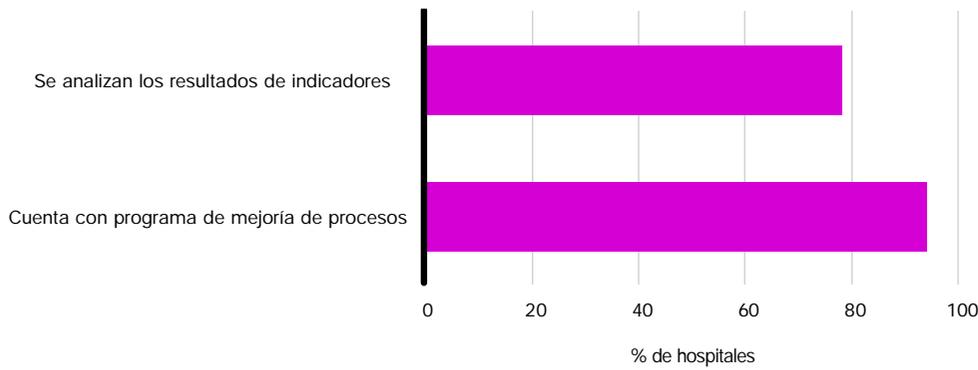
Cuando se indagó sobre los mecanismos de difusión de los resultados entre el personal del hospital, cerca de 90% de los directivos contestaron que éstos se comentan y discuten en las reuniones de comités o de grupos de trabajo. El nivel de conocimiento de estos resultados por parte del personal médico (entrevistas por separado) fue similar a lo expresado por los directores (89%), mientras que en el caso de las enfermeras dicho conocimiento alcanzó sólo el 60%. Por otra parte, los resultados de las entrevistas con prestadores señalan cierto desconocimiento de éstos sobre la existencia de comités técnicos al interior del hospital: 85% de los médicos conocen los comités internos, mientras que esta cifra es de 65% en el caso de las enfermeras. Estos últimos resultados deben traducirse en acciones concretas que mejoren la difusión y comunicación entre los prestadores de servicios.

**Monitoreo de indicadores
Secretaría de Salud, México 2003**

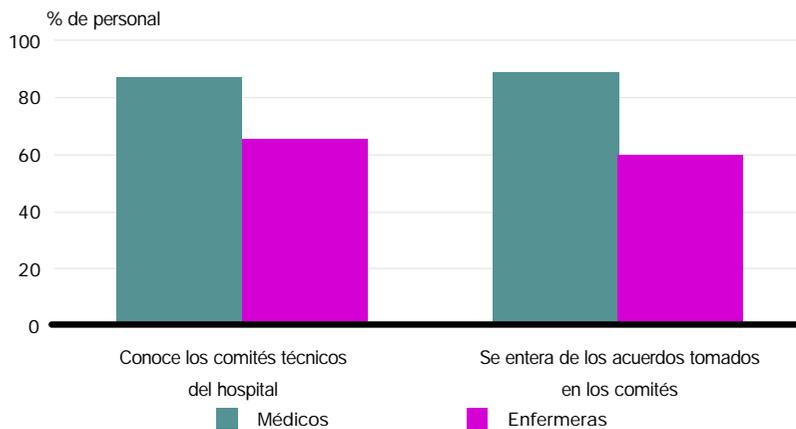


La mayoría de indicadores de monitoreo son de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

**Análisis de información y programas de mejora
Secretaría de Salud, México 2003**



**Porcentaje del personal que conoce las actividades de los comités clínicos/técnicos del hospital
Secretaría de Salud, México 2003**



Hospitales con servicio autorizado de RPBI

Los residuos generados por los hospitales y otros servicios de salud se diferencian, por lo menos, en cuatro categorías generales: a) residuos sólidos generales, como papel y residuos orgánicos; b) residuos químicos peligrosos, derivados del uso de desinfectantes, reactivos para operar equipos y realizar pruebas diagnósticas; c) residuos radioactivos, usados en procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y d) residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI), que corresponden a desechos de tejidos, sangre y otros líquidos corporales que contienen agentes biológico-infecciosos, y que puedan causar efectos nocivos a la salud y al ambiente .

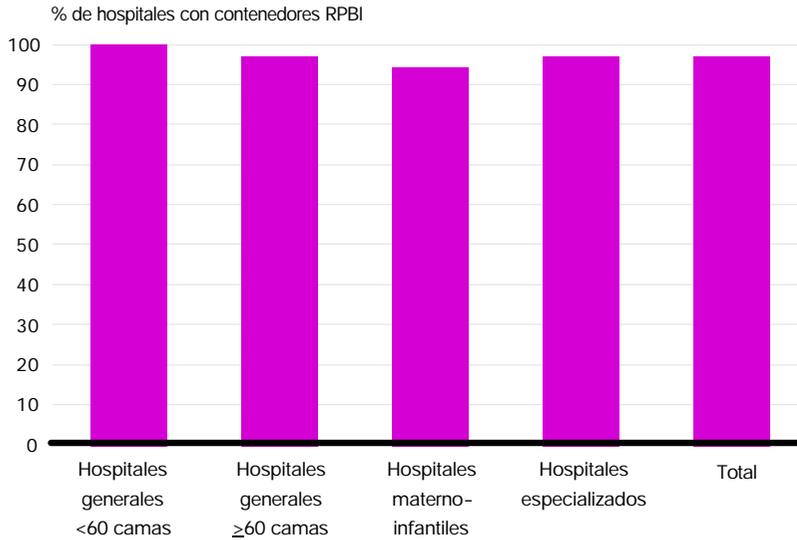
El manejo de los RPBI es de vital importancia por la posibilidad de generar daños tanto al personal que labora en las unidades médicas, como al medio ambiente y a las personas fuera de ellas. En México, el manejo de este tipo de residuos se encuentra normado por la *NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental – Residuos Peligroso- Infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo*. En dicha NOM se establecen los lineamientos generales para la separación, almacenamiento de los mismos y el requisito de contratar a un prestador de servicios autorizado

en el manejo de este tipo de residuos.

La información sobre los RPBI se obtuvo directamente de las respuestas de los directivos de los hospitales estudiados a dos preguntas: ¿el hospital tiene un contenedor para RPBI? y ¿el hospital cuenta con un contrato vigente con una empresa autorizada para la eliminación de los RPBI? Entre los resultados destaca que 97% de los hospitales cuentan con un contenedor para RPBI. Los hospitales materno-infantiles presentaron el porcentaje más bajo, con 94%.

Con relación a los contratos vigentes con una empresa autorizada para manejar los RPBI, 97% de los hospitales cumplen con este requisito. Sin embargo, en ninguno de los cuatro grupos de hospitales se alcanzó el cumplimiento de 100%. El grupo de hospitales materno-infantiles presentó el porcentaje más bajo en este indicador, con 81%. En principio, pareciera que el nivel general de cumplimiento de la NOM es aceptable; sin embargo, si se toma en cuenta que cada hospital genera de 25 a más de 100 kilogramos de RPBI al mes, el no contar con un servicio especializado en el manejo de estos residuos aumenta considerablemente el riesgo de producir algún problema sanitario.

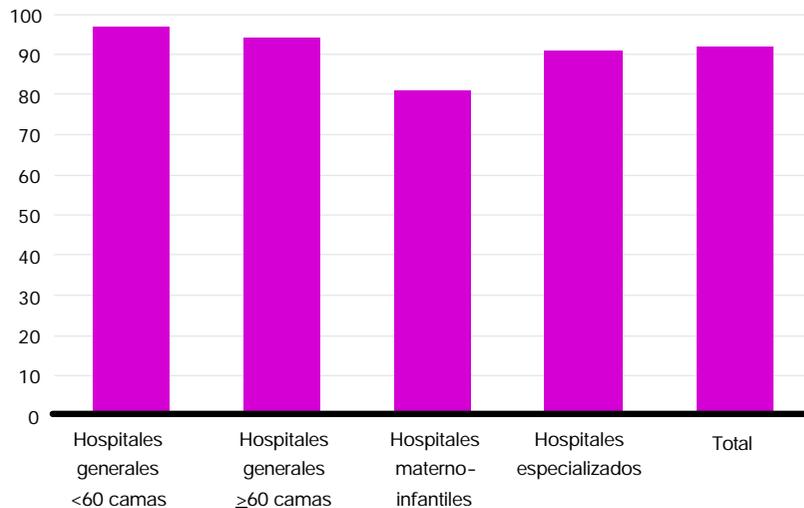
**Contenedores para RPBI por grupos de hospitales
Secretaría de Salud, México 2003**



Aunque el porcentaje de hospitales con contenedores para RPBI es alto, es necesario alcanzar un porcentaje de cumplimiento de 100%.

**Contratos vigentes con empresas para eliminación de RPBI por grupos de hospitales
Secretaría de Salud, México 2003**

% de hospitales con contrato vigente



Los hospitales materno-infantiles presentan un porcentaje bajo de contratos vigentes para la eliminación de RPBI.

Hospitales con laboratorio clínico, rayos X y farmacia autorizados

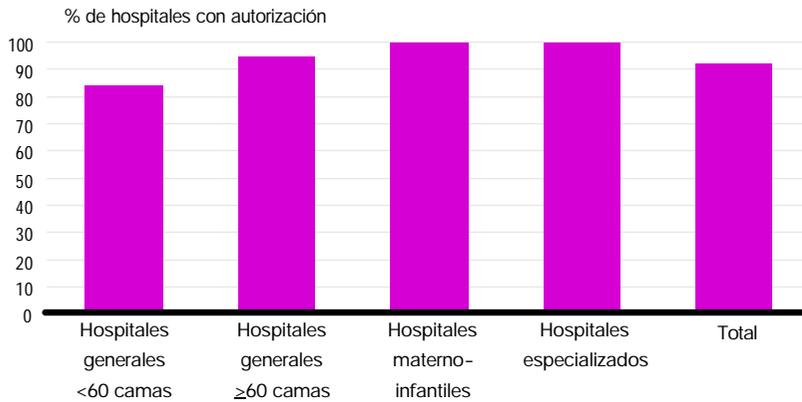
En los hospitales se realizan muchos procedimientos que representan un riesgo potencial para los prestadores de servicios y pacientes. El manejo de muestras biológicas infecciosas y algunos procedimientos de diagnóstico y de tratamiento basados en fuentes de radiaciones físicas pueden poner en riesgo la salud de los trabajadores. Por estos motivos, las unidades hospitalarias deben adherirse a las normas de seguridad vigentes para proteger tanto a los pacientes como a los trabajadores. En este rubro se han establecido diversos lineamientos a través de las Normas Oficiales Mexicanas que deben ser observados por los trabajadores de la salud. Al respecto, la *NOM-166-SSA1-1997* y la *NOM-146-SSA1-1996*, relacionadas con la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos y con las responsabilidades sanitarias en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, definen los requisitos generales que deben cubrirse para obtener la licencia de funcionamiento correspondiente, así como el perfil que deben cubrir tanto los responsables de dichas unidades como el resto del equipo de trabajo.

La información sobre estos indicadores se obtuvo de manera directa del personal directivo de los hospitales. Los resultados señalan que 92% de los hospitales cuentan con la autorización de funcionamiento de sus laboratorios clínicos, así como con el personal idóneo para operarlos. Esta cifra fue más baja en los hospitales generales de menos de 60 camas, donde el cumplimiento de la NOM fue de 84%.

Se encontraron resultados más bajos en la adherencia a la NOM relacionada con la operación de rayos X. En este rubro, 71% de los hospitales contaban con la autorización respectiva. Esta cifra fue mucho más baja en los hospitales generales menores de 60 camas y en los hospitales materno-infantiles, que presentaron porcentajes de 59 y 67%, respectivamente.

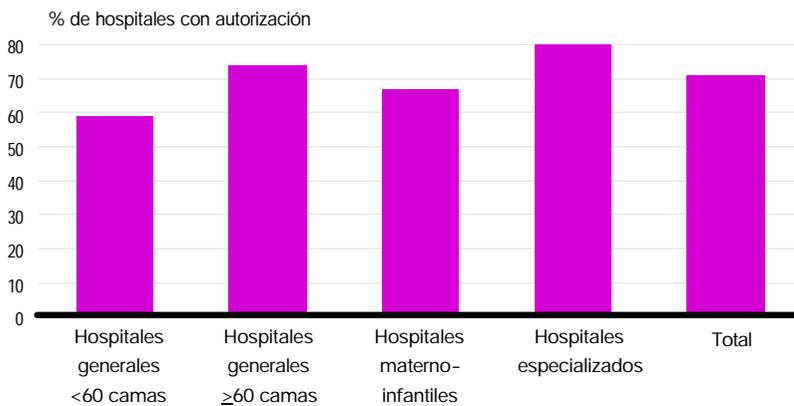
En cuanto a la autorización de funcionamiento de farmacias, se encontró que 84% de los hospitales cumplían en términos generales con la NOM, y nuevamente el grupo de hospitales menores de 60 camas presentó la cifra más baja de cumplimiento, con 77%.

**Autorización para funcionamiento de laboratorio clínico y personal responsable de acuerdo a la Norma por grupos de hospitales
Secretaría de Salud, México 2003**

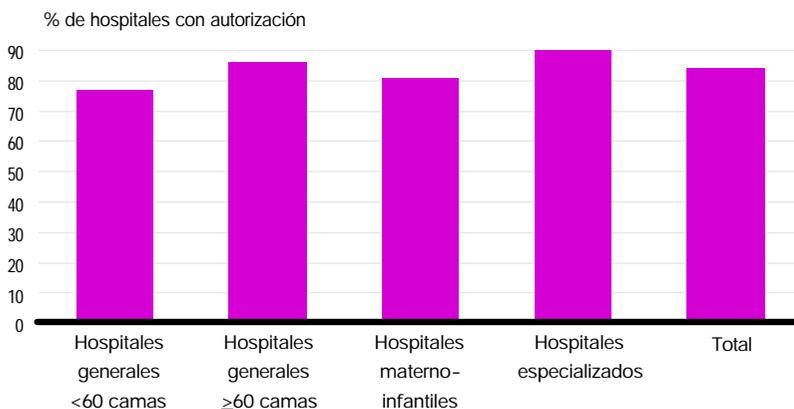


Los hospitales generales con menos de 60 camas presentan el porcentaje más bajo de autorización para funcionamiento de laboratorio, servicio de rayos X y farmacia.

**Autorización para funcionamiento de rayos X y personal responsable de acuerdo a la Norma por grupos de hospitales
Secretaría de Salud, México 2003**



**Autorización para funcionamiento de farmacia y personal responsable de acuerdo a la Norma por grupos de hospitales
Secretaría de Salud, México 2003**



Protocolos clínicos de atención

Los protocolos clínicos de atención contienen la secuencia de actividades que el personal de salud debe desplegar frente a uno o más pacientes con una patología específica. Incluye procedimientos diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de seguimiento de los casos respectivos. El uso apropiado de estos protocolos contribuye a disminuir la variabilidad de la práctica clínica, aportando criterios explícitos para la atención de los enfermos.

En los últimos años los protocolos de atención se han convertido en una herramienta básica para la gestión hospitalaria, y para mejorar la efectividad y eficiencias clínicas. Las actualizaciones periódicas de los contenidos de estos protocolos permiten incorporar nuevas evidencias científicas orientadas a mejorar el proceso de atención y asegurar resultados más satisfactorios para los enfermos.

Dentro de los criterios establecidos por el Consejo de Salubridad General para la certificación de los hospitales se encuentra como requisito la existencia de protocolos de atención, guías clínicas, algoritmos y normas técnicas para los 10 motivos de egreso más frecuentes. En estos criterios se establece que los protocolos de atención deben contener: valoración inicial, diagnóstico diferencial, estudios de diagnóstico pertinentes, procedimientos, terapia farmacológica, flujograma del paciente a través de los servicios que se requieran, tiempo de estancia, requisitos para el alta y seguimiento en el hogar.

En el estudio de los hospitales seleccionados se entrevistó a los directivos y se formularon preguntas directas sobre la disponibilidad de protocolos de atención para las especialidades básicas de Medicina Interna,

Pediatría, Ginecología, Obstetricia y Cirugía. En general, la disponibilidad de protocolos varió entre 46 y 60%. Los hospitales con mayor disponibilidad fueron los especializados, con porcentajes de 70 y 77%, según el tipo de protocolos. Los hospitales materno-infantiles presentaron las cifras más bajas de disponibilidad, que variaron entre 13 y 33%.

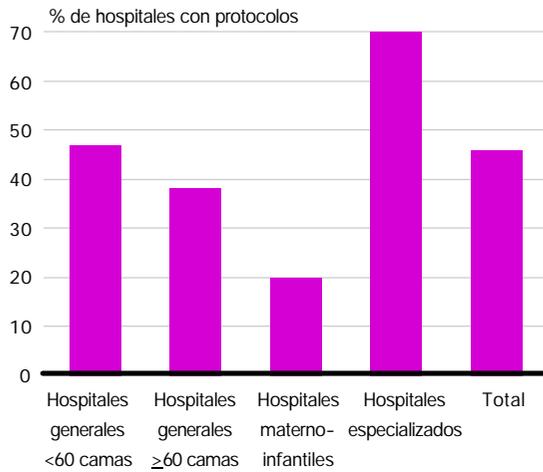
La disponibilidad de protocolos para los servicios de ginecología fue la más baja, con 46%, mientras que para los servicios de obstetricia se alcanzó el porcentaje más alto, con 60% de disponibilidad.

Por otro parte, aproximadamente 50% de los hospitales que manifestaron contar con protocolos de atención los elaboraron para por lo menos 10 de las principales causas de egresos hospitalarios, el resto para menos de cinco padecimientos.

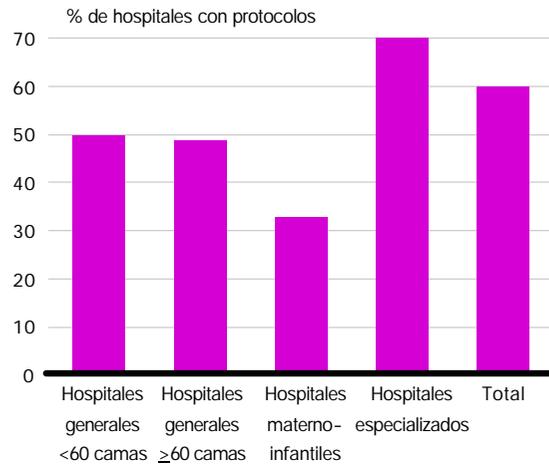
Dentro de los padecimientos más comunes que cuentan con protocolos de atención se encuentran para obstetricia: atención del parto, preclampsia-eclampsia, aborto, cesáreas y embarazo de alto riesgo; para cirugía: hernias, colecistitis, apendicitis, traumatismos y fracturas; para medicina interna, diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, neumonía y cirrosis hepática, y, finalmente, para pediatría, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, neumonía, sepsis y trumatismos.

Cualquier intento por mejorar la calidad técnica de la atención médica debe pasar por la adherencia de los profesionales a los protocolos de atención específicos. La disponibilidad de estos instrumentos en los hospitales es sólo el primer paso, ya que la disponibilidad de los mismos no es garantía de que se estén utilizando.

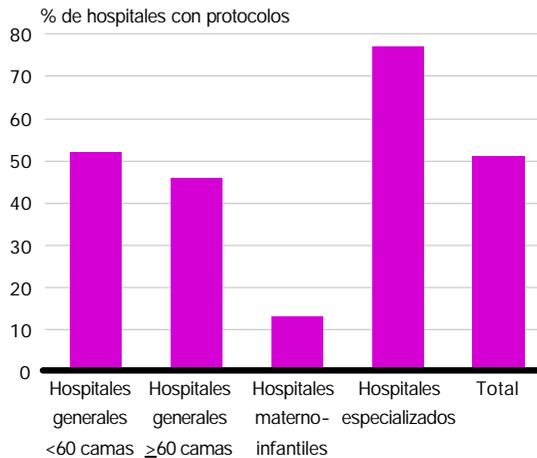
Protocolos de atención para el servicio de ginecología por grupos de hospitales Secretaría de Salud, México 2003



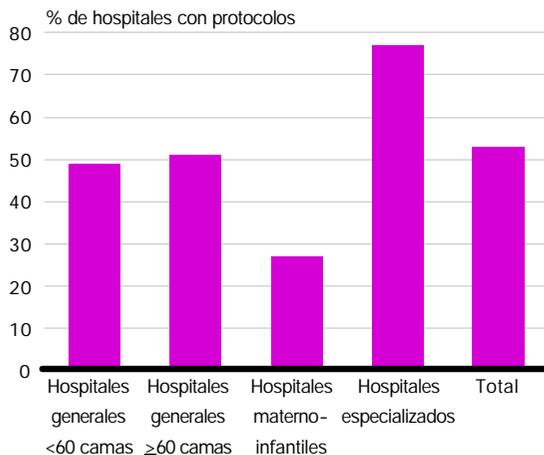
Protocolos de atención para el servicio de obstetricia por grupos de hospitales Secretaría de Salud, México 2003



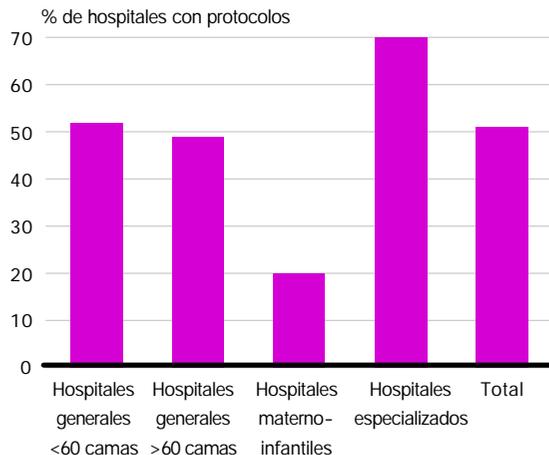
Protocolos de atención para el servicio de medicina interna por grupos de hospitales Secretaría de Salud, México 2003



Protocolos de atención para el servicio de cirugía general por grupos de hospitales Secretaría de Salud, México 2003



Protocolos de atención para el servicio de pediatría por grupos de hospitales Secretaría de Salud, México 2003



Cesáreas

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

Poco más de 30% de los partos que se atienden anualmente en los hospitales de las Secretarías Estatales de Salud se resuelven a través de una cesárea. Este procedimiento quirúrgico puede exponer a las madres a un mayor riesgo de sufrir complicaciones en el corto y largo plazos. Las complicaciones más comunes son infección uterina, hemorragia postparto, infección urinaria y tromboembolismo.

En el mundo, el promedio de días de estancia por cesárea en un hospital oscila entre tres y cuatro días. Una estancia muy corta (menor a dos días) puede conducir a reingresos por complicaciones. Las estancias más prolongadas suelen asociarse a problemas previos de salud de la madre y a complicaciones del embarazo y el trabajo de parto. Sin embargo, muchas estancias prolongadas en el hospital pueden ser producto de manejos administrativos ineficientes o bien de complicaciones de la cirugía no relacionadas con los antecedentes de salud de las embarazadas.

En los hospitales estudiados, 68% de las cesáreas se concentraron en el grupo de edad de 30 a 34 años. En general, el promedio de días de estancia fue de 2.28 (IC 95% 2.27-2.29) días. Esta cifra aumentó con el nivel de complejidad de los hospitales: pasó de 2.09 (IC 95% 2.08-2.10) días en hospitales menores de 60 camas a 2.38 (IC 95% 2.37-2.39) días en hospitales especializados. Uno

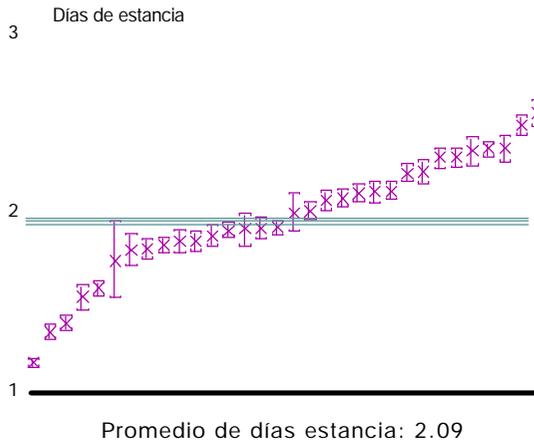
de los factores que se pudo identificar en el estudio y que modifica la estancia en el hospital fue la edad materna: las mujeres de 35 a 49 años presentaron una estancia de 2.49 días en hospitales especializados y de 2.51 días en hospitales materno-infantiles.

El porcentaje de complicaciones por cesárea fue de 1.06%. Destacaron entre éstas las infecciones uterinas, las hemorragias y las infecciones de la herida quirúrgica. Por grupos de edad, las complicaciones fueron de 0.89% en menores de 20 años y de 1.85% en mujeres de 35 a 39 años. Las complicaciones por grupos de hospitales ascendieron a 0.69 en hospitales pequeños y 1.33% en los hospitales especializados.

En el rubro de las readmisiones en un periodo de 30 días posteriores a la cesárea, se encontró que éstas ocurrieron en 0.64% de los egresos por esta causa. Las readmisiones fueron más comunes en mujeres menores de 20 años (0.77%) y en mayores de 35 años (0.74%). Contrario a lo que se observó en las complicaciones, el porcentaje de readmisiones disminuyó según el tipo de hospital: pasó de 0.7% en hospitales menores de 60 camas a 0.6% en hospitales especializados. Es probable que el porcentaje de readmisiones esté subestimado ya que algunas readmisiones pudieron haber tenido lugar en hospitales que no pertenecen a las Secretarías Estatales de Salud.

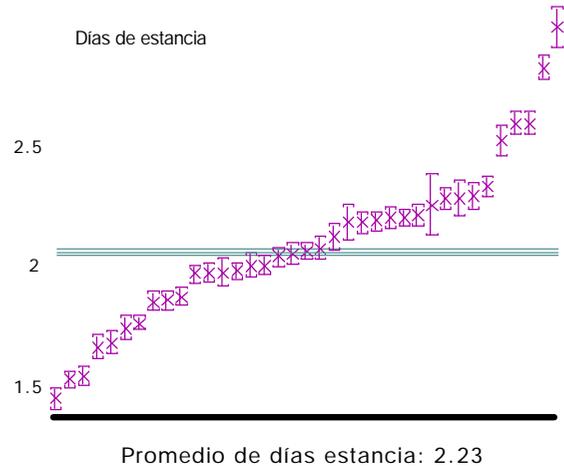
Promedio de días estancia por cesárea
Secretaría de Salud, México 2003

Hospitales generales < 60 camas



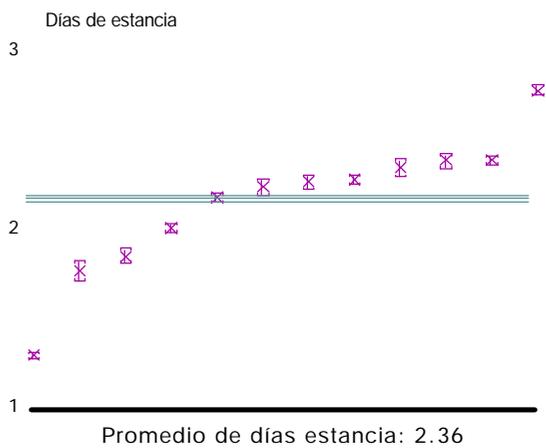
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	11	34
en el promedio	6	19
arriba del promedio	15	47
Total	32	100

Hospitales generales ≥ 60 camas



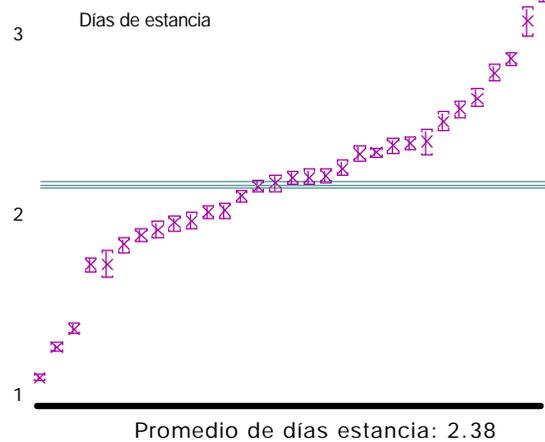
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	13	35
en el promedio	7	19
arriba del promedio	17	46
Total	37	100

Hospitales materno-infantiles



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	4	33
en el promedio	1	8
arriba del promedio	7	58
Total	12	100

Hospitales especializados



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	13	42
en el promedio	4	13
arriba del promedio	14	45
Total	31	100

Partos vaginales

- Promedio de días de estancia
- Porcentaje de complicaciones

La atención del parto en los hospitales de las Secretarías Estatales de Salud es la causa más frecuente de egresos hospitalarios. Durante 2002-2003 se atendieron 846,479 partos vaginales, lo que representó cerca del 24% del total de hospitalizaciones. Casi un tercio de estos partos (27%) correspondieron a adolescentes menores de 19 años.

En prácticamente todos los países se ha observado una reducción en el promedio de días de estancia (PDE) por atención del parto. En países desarrollados el PDE para partos vaginales espontáneos pasó de 5 a 6 días en 1980 a 1.5 días entre 1995-9. Sin embargo, nuevas legislaciones en algunos países recomiendan una estadía hospitalaria mínima de 48 horas para partos vaginales no complicados, así como el seguimiento post parto en domicilios por personal de enfermería capacitado. Las razones de esta reducción de la estadía hospitalaria persigue la disminución de los costos de la atención, así como disminuir el tiempo de exposición de los recién nacidos al riesgo de adquirir una infección intra hospitalaria. Además de estas razones, el egreso temprano en los países con menor desarrollo se asocia a los desequilibrios existentes entre la oferta y la demanda de servicios. Aun cuando en la literatura médica se encuentran resultados contradictorios sobre los efectos del alta

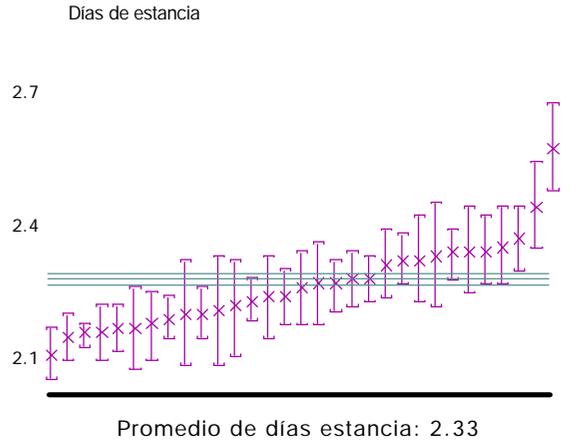
temprana sobre la salud de las madres y de los recién nacidos, no parecen existir evidencias de peso que permitan recomendar la ampliación de los días de estancia por atención del parto, en particular para los partos vaginales espontáneos. Una de las estrategias que ha demostrado tener efectos positivos en el post parto es la cantidad y calidad de la información que los prestadores de servicios proveen a las madres durante el embarazo y durante la estadía en el hospital, en particular la relacionada con los cuidados del recién nacido y el seguimiento de éstos en la atención ambulatoria.

En los hospitales del estudio, 85% de los egresos por parto vaginal tuvieron un día o menos de estadía hospitalaria. En las mujeres que permanecieron más de un día hospitalizadas, el PDE fue similar en los cuatro grupos de hospitales, con cifras cercanas a 2.36 (IC 95% 2.35-2.37) días. Por grupos de edad se observó un PDE ligeramente mayor en las mujeres de 35-49 años en los hospitales generales mayores de 60 camas y en los especializados con cifras de 2.47 y 2.53 días, respectivamente.

El porcentaje de complicaciones en el total de egresos fue de 1.19%. Por grupos de edad se observó un porcentaje de complicaciones más alto en mujeres menores de 19 años y mayores de 35 con cifras de 1.22 y 1.28%, respectivamente.

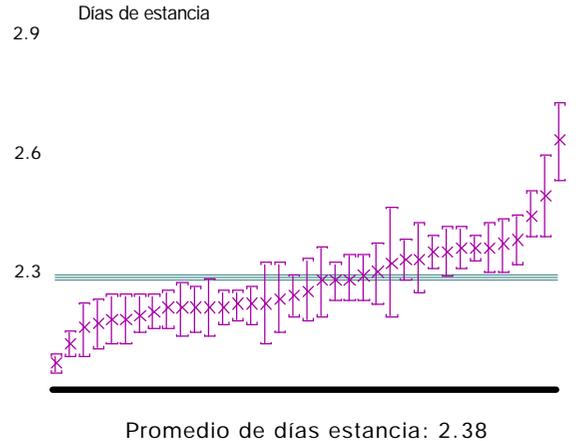
**Promedio de días estancia > día
por atención de parto
Secretaría de Salud, México 2003**

Hospitales generales < 60 camas



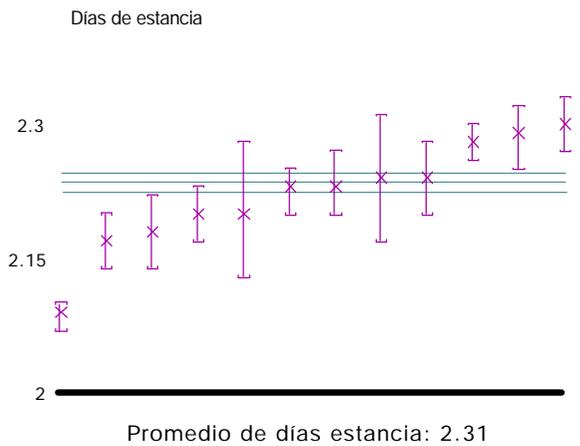
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	7	22
en el promedio	21	68
arriba del promedio	3	10
Total	31	100

Hospitales generales ≥ 60 camas



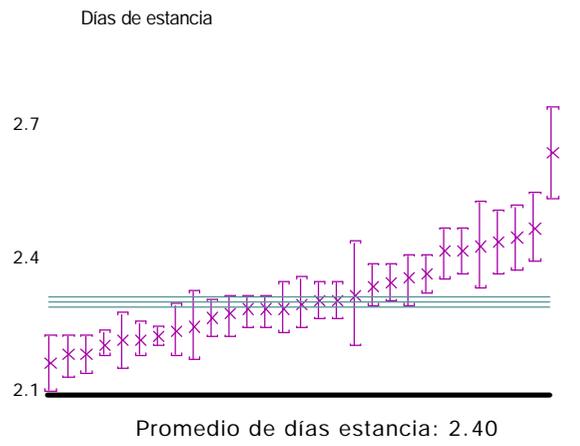
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	14	38
en el promedio	13	35
arriba del promedio	10	27
Total	37	100

Hospitales materno-infantiles



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	2	17
en el promedio	7	58
arriba del promedio	3	25
Total	12	100

Hospitales especializados



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	7	24
en el promedio	14	48
arriba del promedio	8	28
Total	29	100

Abortos

- Promedio de días de estancia
- Porcentaje de complicaciones

En casi ningún país de América existen datos confiables sobre la ocurrencia de abortos ni sobre la clasificación de los mismos en espontáneos e inducidos. Algunas estimaciones indican que en la región ocurren de 2.7 a 7.4 millones de abortos anuales, de los cuales entre 10 y 27% corresponden a abortos inducidos. Por otra parte, cerca de un millón abortos se presentan en mujeres menores de 20 años. Los abortos son responsables de casi 13% de las muertes maternas en las Américas.

En los hospitales de las Secretarías Estatales de Salud se identificaron 161,471 egresos por aborto, cifra que corresponde al 5.12% del total de egresos en el periodo 2002-3. En la muestra de hospitales se encontraron 89,308 egresos por aborto, de los cuales 35% presentaba alguna complicación al momento de su ingreso. Dado que este antecedente se puede asociar a una estadia hospitalaria más prolongada, así como a otros resultados adversos, este grupo de egresos se excluyó de los resultados del análisis que aquí se presentan. El cálculo de los días de estancia y el porcentaje de complicaciones sufridas durante el ingreso se restringió a los casos de aborto con más de un día de estancia hospitalaria.

Se sabe que para una adecuada atención del aborto es necesario definir la edad gestacional con el fin de seleccionar el método más apropiado para la atención. Diversos estudios han establecido que

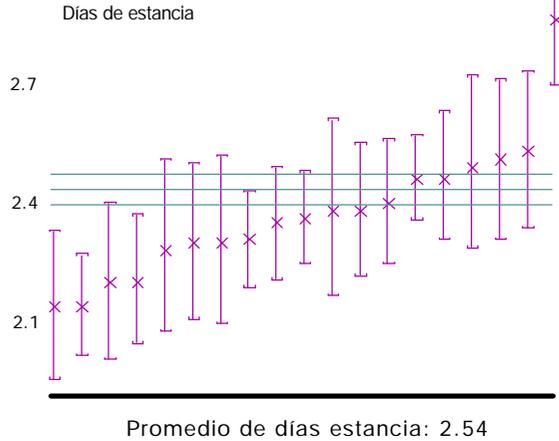
antes de las 12 semanas el procedimiento más útil es la aspiración y después de este tiempo el legrado instrumental. En los hospitales seleccionados el método usado con mayor frecuencia fue el legrado instrumental (87%); de éstos, 41% tenían 12 semanas o menos de gestación, lo cual puede expresar las preferencias de los médicos o la falta de equipo de aspiración.

Del total de egresos por aborto en la muestra de hospitales, 22% correspondieron a mujeres menores de 20 años. El promedio general de los días de estancia fue de 2.51 (IC 95% 2.49-2.58) días; este promedio fue de 2.54 (IC 95% 2.49-2.59) días en los hospitales generales con menos de 60 camas; 2.52 (IC 95% 2.49-2.55) días en los hospitales generales de más de 60 camas, y 2.47 (IC 95% 2.41-2.51) días en los hospitales materno-infantiles y especializados. Es importante señalar que cuando el análisis se desagrega por grupos de edad, el promedio de días de estancia es mayor para las pacientes de 35 a 49 años (2.94). Sin embargo, en los hospitales generales con menos de 60 camas el promedio fue mayor en el grupo de 15 a 19 años (2.59).

El porcentaje de complicaciones en el total de egresos por aborto fue de 1.7%. Este porcentaje se modifica de acuerdo con los grupos de edad: 1.3% en el grupo de 15 a 19 años; 1.6% de 20 a 34 años, y de 3% en las mayores de 35 años.

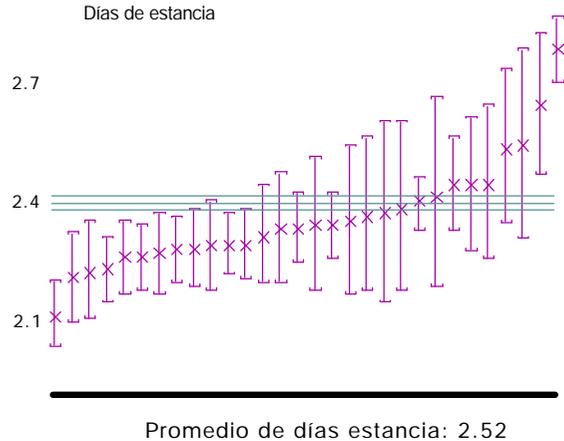
**Promedio de días estancia > 1 día
por atención de aborto
Secretaría de Salud, México 2003**

Hospitales generales < 60 camas



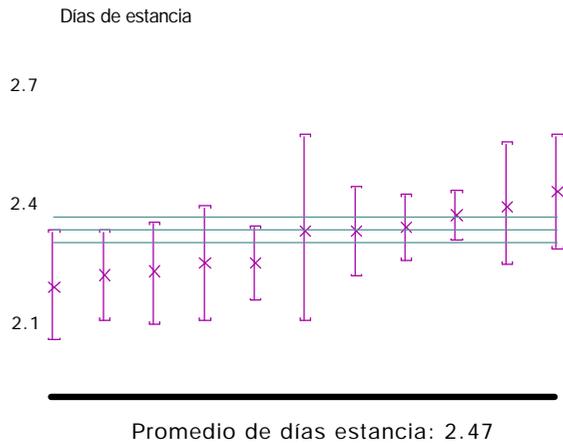
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	3	16
en el promedio	15	79
arriba del promedio	1	5
Total	19	100

Hospitales generales ≥ 60 camas



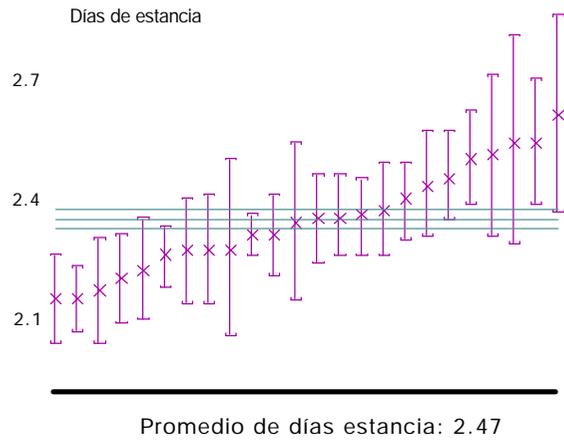
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	8	27
en el promedio	20	67
arriba del promedio	2	7
Total	30	100

Hospitales materno-infantiles



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	0	0
en el promedio	11	100
arriba del promedio	0	0
Total	11	100

Hospitales especializados



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	4	17
en el promedio	18	75
arriba del promedio	2	8
Total	24	100

Colecistectomías

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

La colecistectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes que se realiza en los hospitales para tratar algunas afecciones de la vesícula y las vías biliares. Tradicionalmente se ha realizado como cirugía abierta; sin embargo, desde hace algunos años se ha adoptado el uso del laparoscopio como una herramienta efectiva para acortar los tiempos quirúrgicos, la estadía hospitalaria, los costos de la atención y la recuperación de los pacientes.

En los hospitales estudiados se encontró que el promedio de días de estancia por colecistectomía abierta fue de 3.69 (IC 95% 3.65-3.72) días, observándose variaciones significativas por edad y sexo. Aun cuando los problemas vesiculares afectan más a las mujeres, el promedio de días de estancia fue mayor en los hombres (4.3 contra 3.6 días) y, como era de esperar, en la población mayor de 50 años de edad (4.23 contra 3.49 días en los menores de 50 años). Este patrón por edad y sexo se mantuvo en todos los hospitales de la muestra. Sin embargo, el promedio de días de estancia por colecistectomía abierta en toda la población mostró una diferencia de casi un día entre los hospitales con menos de 60 camas y los hospitales generales mayores de 60 camas: 2.97 (IC 95% 2.90-3.02) contra 3.91 (IC 95% 3.85-3.97) días, respectivamente.

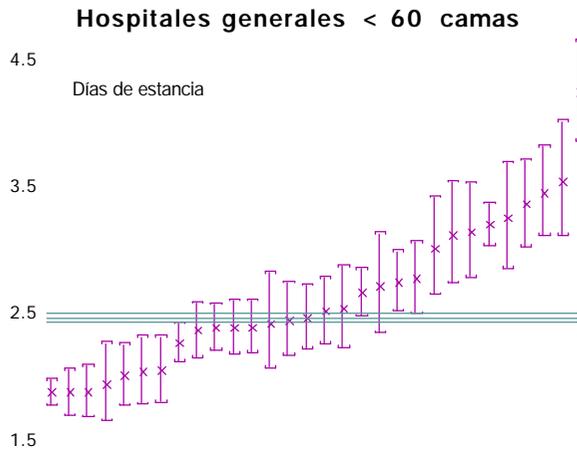
El porcentaje de complicaciones por colecistectomía abierta fue de 3.4%. Esta cifra fue

1.5 veces mayor en hombres y 1.4 veces más alta en la población mayor de 50 años. Por grupos de hospitales se observó un incremento en el porcentaje de complicaciones con la complejidad de los mismos: en los hospitales menores de 60 camas la prevalencia de complicaciones fue de 1.8%, mientras que en los hospitales especializados esta cifra ascendió a 4.3%.

La prevalencia de readmisiones por colecistectomía abierta fue de 1.6% y su distribución por edad y sexo mostró el mismo patrón que las complicaciones: más frecuente en hombres que en mujeres y en la población mayor de 50 años. No se observaron variaciones importantes por grupos de hospitales; las prevalencias de readmisiones oscilaron entre 1.7 y 1.8%.

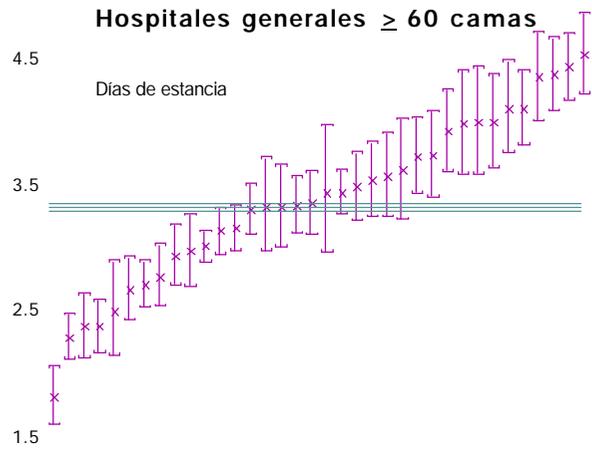
Finalmente, se encontró que del total de colecistectomías realizadas, sólo 21% correspondieron a colecistectomías laparoscópicas, un porcentaje muy bajo si se toman en cuenta las ventajas de este procedimiento. Este hallazgo está relacionado con la disponibilidad de tecnología en los hospitales: mientras que en hospitales de menos de 60 camas sólo 3% de las colecistectomías se realizan por laparoscopia, en los hospitales especializados esta cifra ascendió a 41%.

**Promedio de días estancia por colecistectomía
Secretaría de Salud, México 2003**



Promedio de días estancia: 2.97

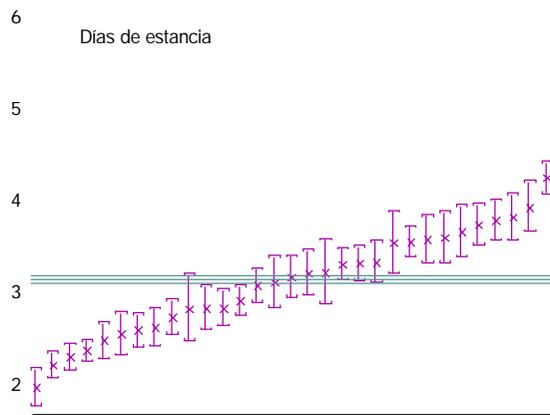
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	8	27
en el promedio	13	43
arriba del promedio	9	30
Total	30	100



Promedio de días estancia: 3.91

Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	10	28
en el promedio	14	39
arriba del promedio	12	33
Total	36	100

Hospitales especializados



Promedio de días estancia: 3.79

Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	11	34
en el promedio	9	28
arriba del promedio	12	38
Total	32	100

Hernioplastía inguinal

- Promedio de días de estancia
- Porcentaje de complicaciones

La hernia inguinal se produce cuando una parte del contenido abdominal penetra por la pared abdominal a la altura de la región inguinal. Esta es una zona anatómica débil que puede ceder ante los aumentos de la presión intra-abdominal y permitir el paso de las asas intestinales hacia la región del canal inguinal. Se puede presentar a cualquier edad aun cuando es más frecuente durante la niñez y la edad avanzada. Los hombres tienen mayor probabilidad de desarrollarla (27%) que las mujeres (3%). A nivel mundial se ha estimado que cada año se realizan aproximadamente 20 millones de hernioplastías inguinales, una tasa de cirugías por país de 100 a 300 por 100,000 habitantes.

Uno de los problemas comunes en este tipo de cirugías es la recidiva de la hernia inguinal, aunque últimamente el uso de una "malla o red" protésica ha disminuido, sin evitar totalmente, la necesidad de una reintervención quirúrgica. En fechas recientes se ha empezado a utilizar la cirugía laparoscópica con el objetivo de reducir la estancia de los pacientes, disminuir los costos y acelerar la recuperación. Sin embargo, los resultados obtenidos con el empleo de esta técnica siguen bajo controversia por lo que la cirugía abierta permanece como la mejor solución para las hernias inguinales.

En general, la tasa de complicaciones por hernioplastía inguinal abierta oscila entre 5 y 12%.

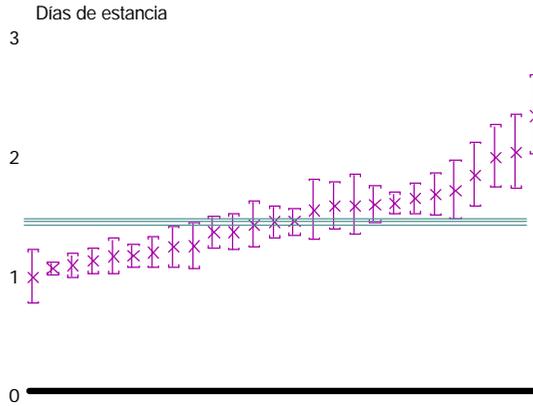
La mayor parte de éstas son complicaciones menores, e incluyen la formación de seromas y hematomas subdérmicos. El promedio de días de estancia en el hospital varía entre cuatro y cinco días cuando no existe co-morbilidad importante de los pacientes o complicaciones postquirúrgicas.

En los hospitales estudiados el promedio de días de estancia fue más bajo (1.79 (IC 95% 1.77-1.81) días) que lo señalado en la literatura médica. Por grupos de edad se encontró que los días de estancia aumentan conforme se incrementa la edad de los pacientes, pasando de 1.33 días en los menores de 20 años a 2.06 días en los mayores de 50 años. Por sexo no se encontraron diferencias significativas. De acuerdo con los grupos de hospitales, la duración de la estadía hospitalaria por hernioplastía se incrementó con la complejidad de éstos: 1.58 (IC 95% 1.54-1.61) días en hospitales menores de 60 camas; 1.86 (IC 95% 1.81-1.90) días en hospitales mayores de 60 camas, y 1.83 (IC 95% 1.80-1.86) en hospitales especializados (se excluyeron los hospitales materno-infantiles).

El porcentaje de complicaciones por hernioplastía inguinal fue de 1.03%. Este resultado debe tomarse con cautela dada la insuficiencia de datos complementarios en los registros usados para el análisis. Asimismo, la baja frecuencia de complicaciones impidió obtener estimaciones confiables por grupo de hospitales.

Promedio de días estancia por atención de hernioplastía inguinal
Secretaría de Salud, México 2003

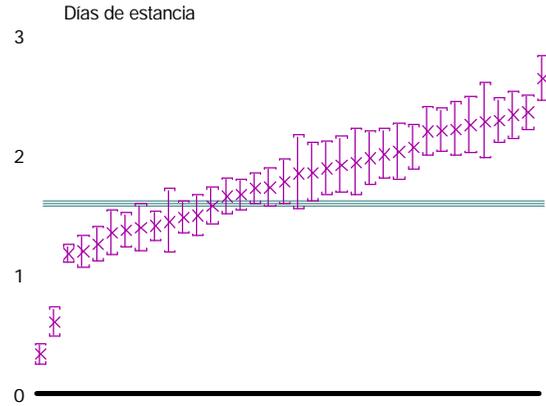
Hospitales generales < 60 camas



Promedio de días estancia: 1.58

Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	8	31
en el promedio	10	38
arriba del promedio	8	31
Total	26	100

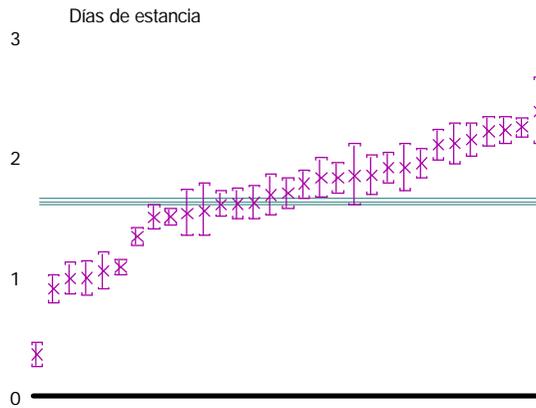
Hospitales generales ≥ 60 camas



Promedio de días estancia: 1.86

Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	8	22
en el promedio	12	33
arriba del promedio	16	45
Total	36	100

Hospitales especializados



Promedio de días estancia: 1.83

Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	8	26
en el promedio	9	29
arriba del promedio	14	45
Total	31	100

Apendicectomías

- Promedio de días de estancia
- Porcentaje de complicaciones

La apendicitis aguda constituye la causa más común de abdomen agudo quirúrgico, y la apendicectomía, la cirugía de urgencia más frecuentemente realizada en un hospital general, donde puede alcanzar hasta 17% de todas las intervenciones quirúrgicas. La apendicitis es una patología poco frecuente en menores de 10 años; su mayor incidencia se registra en hombres entre los 10 y 30 años de edad.

El diagnóstico de apendicitis aguda continúa representando un desafío para los médicos. Se calcula que entre 15 y 40% de las apendicectomías que se practican en el mundo son innecesarias. Sin embargo, retrasar la intervención hasta confirmar el diagnóstico conlleva el riesgo de ruptura del apéndice con una mortalidad cercana a 2%. La perforación del apéndice ocurre por causas atribuibles a los pacientes –en particular relacionadas con el retraso en la búsqueda de atención médica–, a la organización de los servicios y a errores diagnósticos.

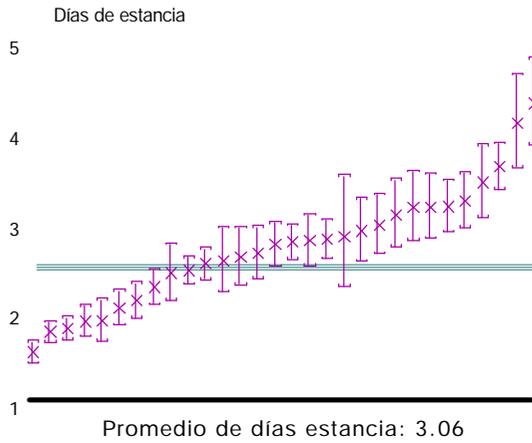
A nivel mundial, el porcentaje de apéndices perforados varía según la edad de los pacientes: en niños puede ser de 15 a 34%, en jóvenes cerca de 30%, y en mayores de 60 años puede alcanzar 70%. En apendicectomías sin perforación el promedio de días estancia es de 2 a 3 días. Cuando hay perforación los días de estancia pueden oscilar entre 5 y 7 días.

En los hospitales seleccionados se analizaron poco más de 33,000 apendicectomías, de las cuales 50% se realizaron en menores de 19 años. El promedio general de la estadía en los hospitales fue de 3.30 (IC 95% 3.27-3.32) días. Este promedio varió por edad y sexo: en los menores de 19 años fue de 3.39 días y en los mayores de 50 de 4.35 días. Los hombres tuvieron una estadía ligeramente superior a la de las mujeres (3.42 contra 3.16 días). Los hospitales menores de 60 camas y los de especialidad presentaron promedios de días de estancia similares (3.06 (IC 95% 3.0-3.12) y 3.12 (IC 95% 3.08-3.16) días), mientras que los hospitales mayores de 60 camas y los materno-infantiles presentaron cifras de 3.52 (IC 95% 3.48-3.57) y 4.25 (IC 95% 4.09-4.40) días, respectivamente.

En general el porcentaje de apéndices perforados fue de 6.96%. Se encontró un porcentaje más alto en menores de 19 años y en mayores de 50 (7.9 y 8.8%). Por sexo el porcentaje fue más alto en hombres (7.6%) que en mujeres (6.3%). Por grupos de hospitales se observó una prevalencia más alta en los hospitales menores de 60 camas (8%), seguido por los hospitales mayores de 60 camas (7%) y los hospitales especializados (6%). En los hospitales materno-infantiles, la prevalencia de apéndices perforados en menores de 19 años ascendió a 15.6%.

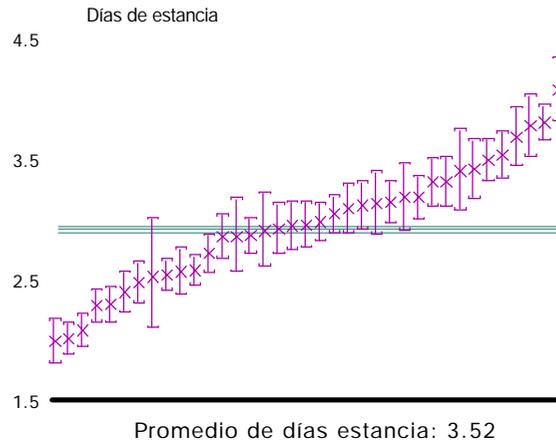
Promedio de días estancia por apendicectomía
Secretaría de Salud, México 2003

Hospitales generales < 60 camas



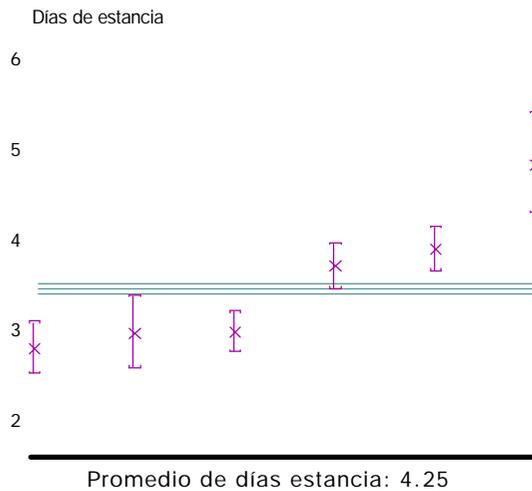
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	7	23
en el promedio	8	27
arriba del promedio	15	50
Total	30	100

Hospitales generales ≥ 60 camas



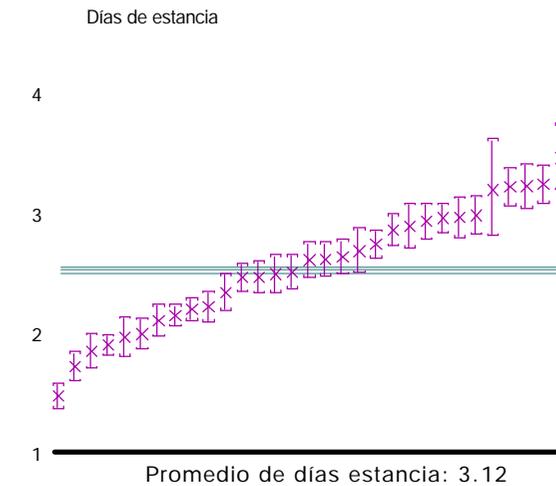
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	11	30
en el promedio	14	38
arriba del promedio	12	32
Total	37	100

Hospitales materno-infantiles



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	3	50
en el promedio	1	17
arriba del promedio	2	33
Total	6	100

Hospitales especializados



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	10	32
en el promedio	9	29
arriba del promedio	12	39
Total	31	100

Neumonías

- Promedio de días de estancia
- Porcentaje de complicaciones

Las neumonías adquiridas en la comunidad son padecimientos infecciosos muy frecuentes que afectan sobre todo a la población menor de cinco años y a los mayores de 60. En 2001 las neumonías ocuparon el lugar 14 como causa de egreso hospitalario en el sector público y el séptimo lugar como causa de mortalidad intrahospitalaria.

Los casos de neumonía en niños y en adultos mayores que progresan hacia una complicación o a una defunción se deben, entre otros factores, al retraso en la búsqueda de atención médica debido a presentaciones atípicas de la enfermedad o problemas en el reconocimiento de los signos de alerta que deben generar la búsqueda temprana de atención médica. Por otra parte, la selección y prescripción de antibióticos de baja o nula eficacia contra los agentes causales en los primeros estadios del padecimiento y en condiciones ambulatorias, muchas veces contribuye a demorar la solución de estos problemas.

En la literatura médica se describe que el promedio mínimo de días de estancia en el hospital por neumonías es de tres a cuatro días. Sin embargo, cuando las estrategias terapéuticas son más conservadoras, este promedio puede extenderse hasta siete días.

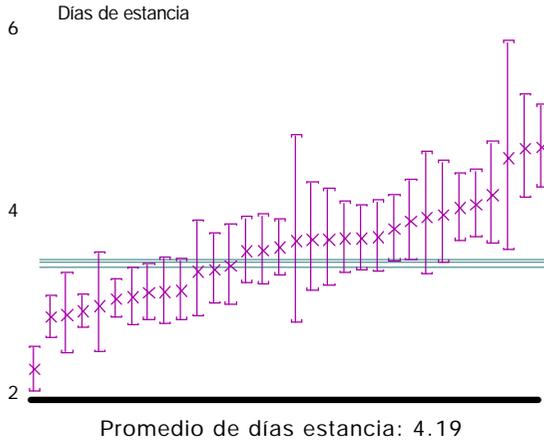
En los hospitales seleccionados se encontró que del total de egresos por neumonía 71% correspondieron a niños menores de cinco años y 13% a mayores de 60. El promedio general de días de estancia fue de 5.3 (IC 95% 5.24-5.33) días, con una diferencia de casi un día entre los menores de cinco años y los mayores de 60 (5.0 contra 5.9

días). Por grupos de hospitales las diferencias fueron de casi dos días entre los hospitales con menos de 60 camas y los hospitales materno-infantiles y especializados (4.19 (IC 95% 4.10-4.26), 6.2 (IC 95% 6.07-6.33) y 6.08 (IC 95% 5.98-6.17), respectivamente).

Con relación a las complicaciones intrahospitalarias de los casos de neumonía, se encontró que el porcentaje general de éstas fue de 14.5%. Esta cifra se encuentra en el intervalo esperado de 13 a 18% según la literatura médica. Por grupos de hospitales se encontró un porcentaje similar de complicaciones entre los hospitales menores de 60 camas y los hospitales especializados: 17.5 y 17.4%, respectivamente, mientras que en hospitales generales mayores de 60 camas y materno-infantiles esta cifra ascendió a 10.59 y 14.3%, respectivamente. En todos los hospitales los porcentajes más altos de complicaciones se encontraron en los egresos de la población mayor de 60 años, los cuales oscilaron entre 19.6 y 27.49%. Un resultado que llama la atención es el porcentaje de complicaciones en los egresos de la población infantil encontrado en los hospitales generales menores de 60 camas. En estos hospitales casi 18% de los egresos por neumonía en menores de cinco años presentaron una complicación, cifra superior a la mostrada por los hospitales materno-infantiles y especializados: 14.13 y 13.6%, respectivamente, y más de dos veces mayor a la cifra encontrada en los hospitales generales mayores de 60 camas (8.24%).

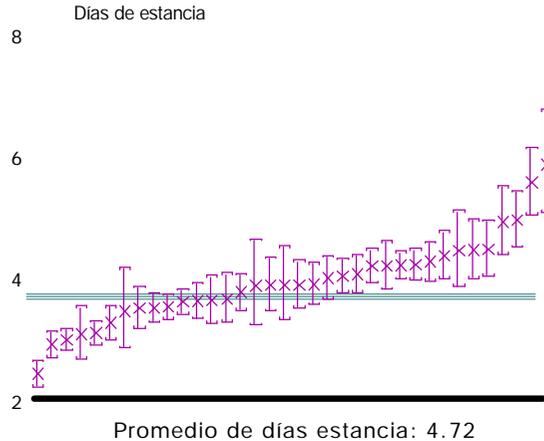
**Promedio de días estancia por neumonía
Secretaría de Salud, México 2003**

Hospitales generales < 60 camas



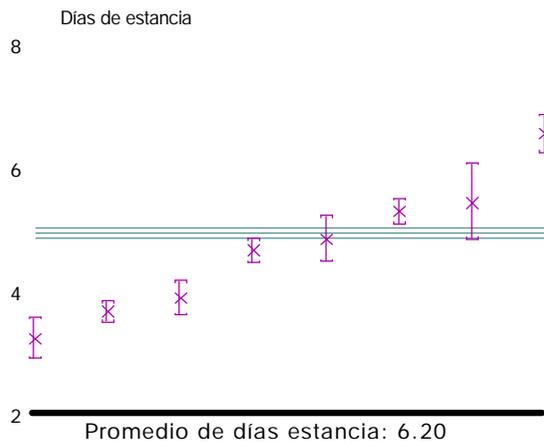
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	5	16
en el promedio	21	66
arriba del promedio	6	19
Total	32	100

Hospitales generales ≥ 60 camas



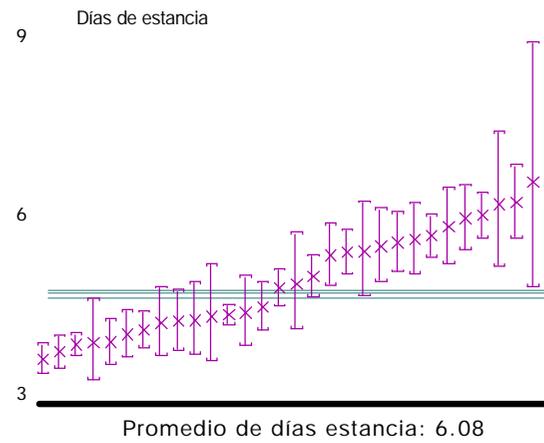
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	6	17
en el promedio	17	47
arriba del promedio	13	36
Total	36	100

Hospitales materno-infantiles



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	3	37
en el promedio	3	37
arriba del promedio	2	26
Total	8	100

Hospitales especializados



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	8	26
en el promedio	10	32
arriba del promedio	13	42
Total	31	100

Mortalidad en mayores de 65 años

La tasa de mortalidad general intra-hospitalaria en mayores de 65 años se define como el número de defunciones por cualquier causa en ese grupo de edad durante un año entre el total de egresos en mayores de 65 años en el mismo período, multiplicado por 100.

El envejecimiento de la población del país representa un reto formidable para las instituciones de salud. Una de las expresiones de este reto es la demanda creciente de atención por parte de la población de edad avanzada, que tiene necesidades de salud más complejas que las de cualquier otro grupo de edad.

De 1991 al 2000 los egresos totales en los hospitales públicos aumentaron 29%: un millón de egresos más de los que se presentaron a principios de la década. Con relación al total de egresos, éstos aumentaron 1.8% en el grupo de 0-14 años. El grupo de 15-64 años tuvo un decremento de 6.7%. Sin embargo, los egresos en mayores de 65 años mostraron un incremento de 5%. En números absolutos, los egresos en este grupo de edad pasaron de 230 mil a casi 500 mil en ese periodo. En las instituciones de seguridad social se observan los mayores incrementos: en 1991 los egresos de mayores de 65 años representaron 8.4% del total de egresos; en 2000 este porcentaje ascendió a 16.2%. En los hospitales de las Secretarías Estatales de Salud aumentaron de 4.3 a 6.7% en ese periodo.

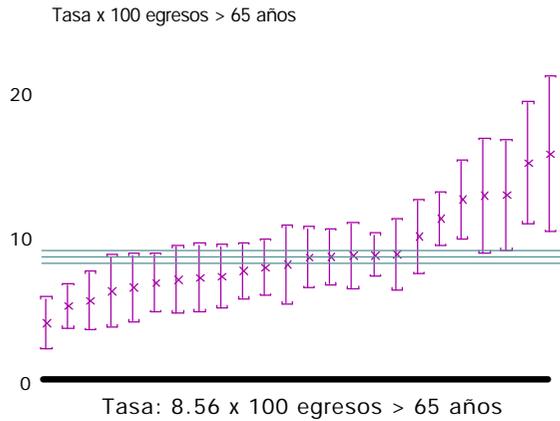
Las diferencias entre hospitales respecto de la tasa de mortalidad intrahospitalaria puede reflejar diferencias en la calidad de la atención. Sin embargo, antes de relacionar directamente una determinada tasa de mortalidad intrahospitalaria con deficiencias en la calidad de la atención se deben considerar dos grandes factores. En primer lugar, el hospital

no es solamente un sitio donde se brinda tratamiento; es también un lugar donde, por preferencias culturales, se puede esperar la muerte. En segundo lugar, las diferencias en la mortalidad se pueden explicar por la complejidad de los padecimientos atendidos.

Los datos utilizados en el análisis de la mortalidad intrahospitalaria en mayores de 65 años corresponden a defunciones cuyos motivos de admisión fueron diversos, incluyendo las admisiones para cuidados paliativos. Sin duda, el análisis de la mortalidad por causas específicas es mucho más útil para evaluar el desempeño hospitalario en términos de la calidad de la atención. Este tipo de análisis podrá realizarse en la medida que los sistemas de información aporten los datos necesarios para ajustar los procedimientos en función de la complejidad y evolución de los padecimientos al momento de la admisión y durante la atención. El interés por ahora es estimular la atención de directores, jefes de servicios y prestadores de servicios clínicos en los ámbitos hospitalarios para vigilar el comportamiento de la mortalidad en sus unidades. De acuerdo con los presentes resultados es necesario que los hospitales que se encuentran muy por arriba del promedio de la tasa de mortalidad en mayores de 65 años revisen su casuística y valoren qué fracción de las defunciones podrían evitarse.

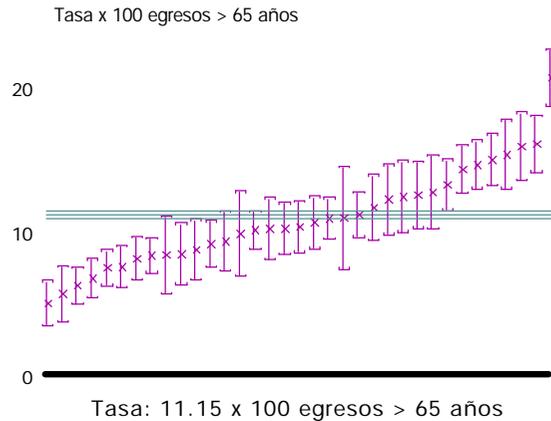
**Tasa de mortalidad intrahospitalaria general
en > 65 años de edad
Secretaría de Salud, México 2003**

Hospitales generales < 60 camas



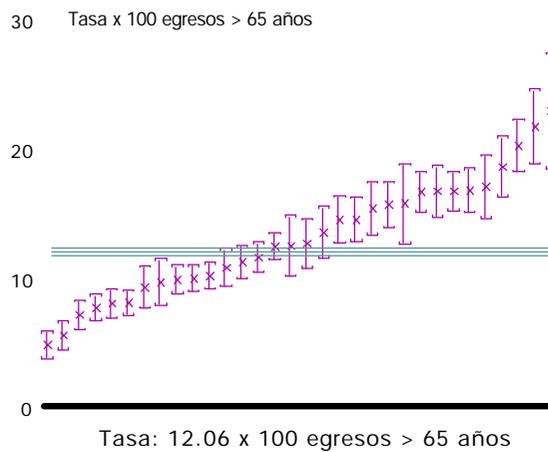
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	3	12
en el promedio	16	67
arriba del promedio	5	21
Total	24	100

Hospitales generales ≥ 60 camas



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	11	31
en el promedio	16	46
arriba del promedio	8	23
Total	35	100

Hospitales especializados



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	11	34
en el promedio	7	22
arriba del promedio	14	44
Total	32	100

Mortalidad neonatal

La **proporción de defunciones neonatales** se define como la relación entre las muertes en niños de hasta 28 días de edad entre el total de muertes en menores de un año ocurridas en hospitales.

En todo el mundo se observa una concentración de las muertes infantiles en los primeros días después del nacimiento. El abatimiento de las muertes por enfermedades infecciosas ha provocado que en México más de 60% de las muertes en menores de un año se presenten en niños que no han cumplido su primer mes de vida.

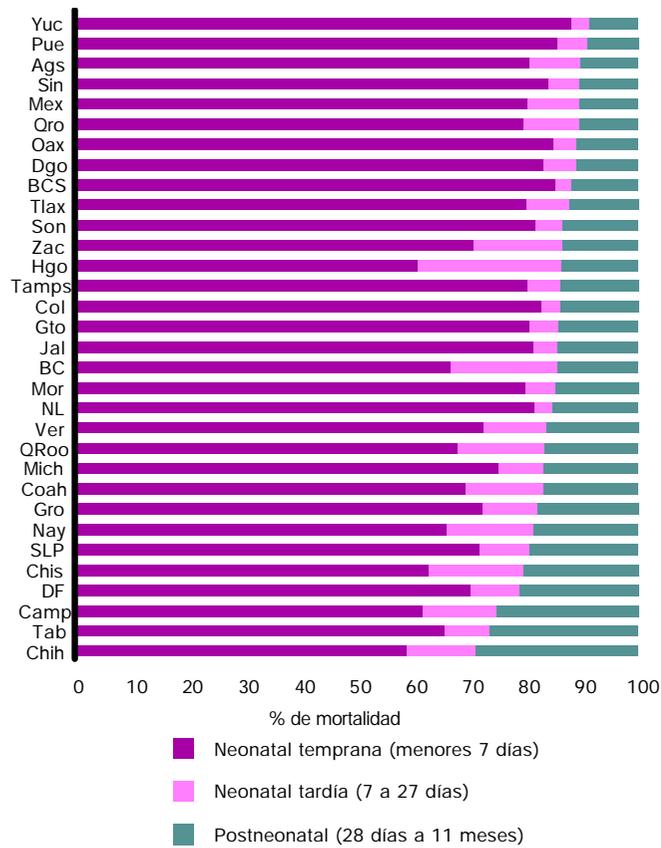
Actualmente 5% de todas las muertes en el país (más de 25,000) son defunciones neonatales y en todos los estados la mayor parte de las defunciones infantiles se presentan en las primeras cuatro semanas de vida. De hecho, más de la mitad de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida y la tercera parte de ellas se presenta antes de que el recién nacido cumpla 24 horas. No obstante lo anterior, no debe perderse de vista que las muertes en las primeras cuatro semanas de vida han descendido más de 40% en los últimos 20 años.

Entre las principales causas de muerte neonatal se encuentran los problemas respiratorios –los cuales producen 40% de las defunciones neonatales–, algunas infecciones, como la sepsis del recién nacido, y diferentes tipos de anomalías congénitas.

Las cifras derivadas de los egresos hospitalarios muestran que el promedio de días de estancia de los niños que fallecen en los primeros 28 días de vida es significativamente mayor que el de cualquier otro tipo de paciente, y que la letalidad hospitalaria asociada a los padecimientos neonatales alcanza porcentajes de 10%.

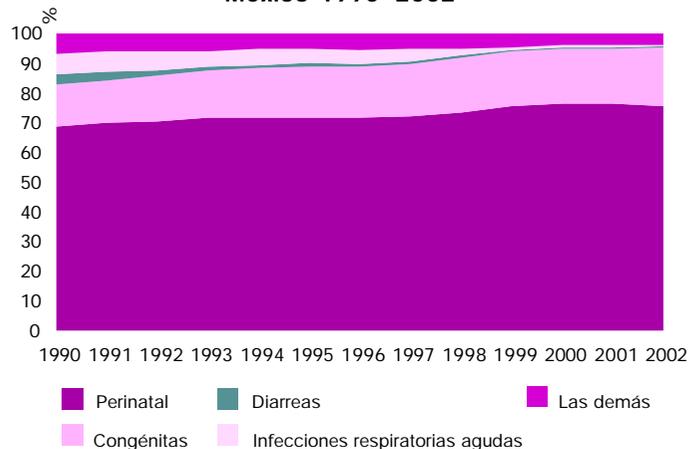
Entre los factores asociados a la mortalidad neonatal se encuentran la falta de atención prenatal, el bajo peso al nacer y el nacimiento antes de la semana 34 de gestación. Yucatán y Puebla presentan los porcentajes más altos de mortalidad neonatal temprana.

Distribución de la mortalidad infantil hospitalaria por entidad federativa México 2003



Las diarreas y las infecciones respiratorias agudas concentran ya una proporción muy pequeña de las muertes neonatales.

Porcentaje de defunciones neonatales en hospitales según causas seleccionadas México 1990-2002



Promedio de intervenciones quirúrgicas por quirófano

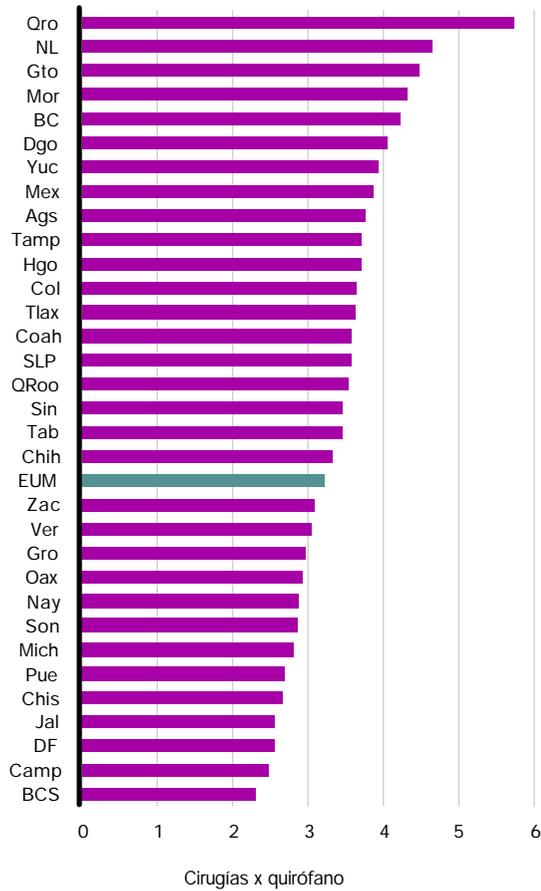
El promedio diario de **cirugías por quirófano** se define como el número total de cirugías realizadas en el año en las instituciones públicas de salud entre el número total de quirófanos disponibles en el mismo periodo, cifra que a su vez se divide entre los 365 días del año.

Con excepción del IMSS-Oportunidades, que ha tenido un descenso, todas las instituciones públicas de salud muestran una tendencia estable, con ligeras variaciones, en el promedio de cirugías diarias por quirófano. Este hecho puede estar reflejando la saturación de los servicios quirúrgicos, cuya productividad poco puede incrementarse por lo difícil que resulta reducir los tiempos de una cirugía.

La saturación de los servicios quirúrgicos también puede evaluarse a través del tiempo promedio que se tiene que esperar para recibir un servicio quirúrgico electivo. Datos recientes muestran que 2% de los usuarios han tenido que esperar más de un mes para poder ingresar a quirófano.

El número de cirugías por quirófano a nivel nacional fue de 3.2, cifra 15% superior a la observada en 2002. Sin embargo, en seis estados la razón de cirugías por quirófano es de más de cuatro, llegando casi a seis en Querétaro. A nivel institucional, las cifras más altas corresponden al IMSS y al IMSS-Oportunidades, cuyos valores se ubican alrededor de las cuatro cirugías diarias por quirófano. Para evaluar si la productividad quirúrgica está en consonancia con una adecuada calidad de los servicios, sería necesario contrastar estas cifras con los porcentajes de readmisiones y complicaciones quirúrgicas.

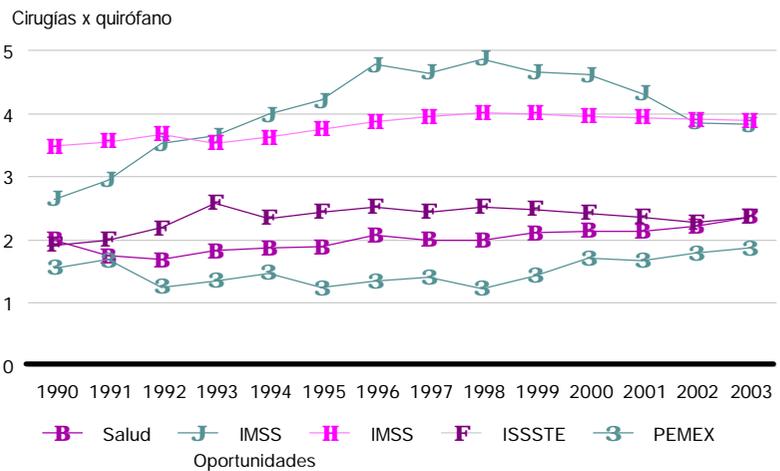
**Cirugías por quirófano por entidad federativa
México 2003**



El número de cirugías en Querétaro por quirófano fue tres veces más alto que en los estados que presentan las cifras más bajas.

**Cirugías por quirófano por institución
México 1990-2003**

El IMSS y el IMSS-Oportunidades son las instituciones con mayor productividad quirúrgica.



Médicos especialistas certificados

El porcentaje de médicos especialistas certificados es el cociente de la división de los especialistas certificados entre el total de médicos especialistas, por 100.

Normar la práctica de la medicina y por extensión normar la prestación de servicios en hospitales ha sido motivo de preocupación de los gobiernos y de la sociedad desde hace mucho tiempo. En México, los primeros ejemplos de esta preocupación se remontan a la creación de los protomedicatos durante la época colonial.

En nuestro país, el Consejo de Salubridad General, a cargo de la certificación de los establecimientos de atención a la salud, ha definido este proceso 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 instituciones públicas como privadas.

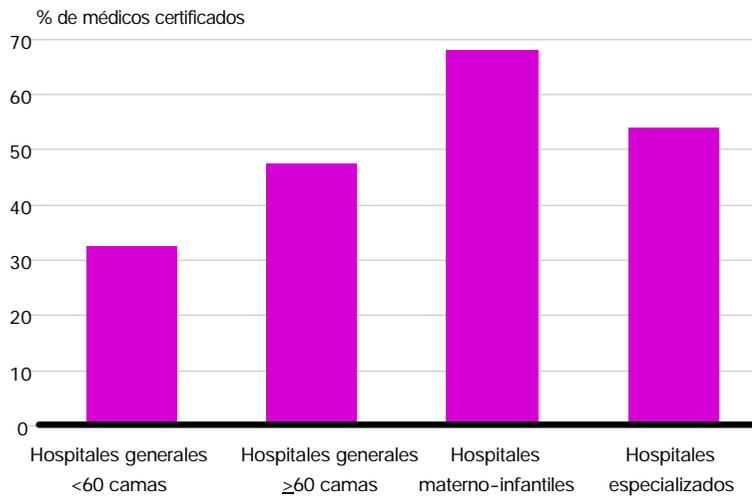
En el caso de los médicos, los consejos mexicanos de certificación de médicos especialistas son los responsables de asegurar los criterios de calidad, conocimientos y habilidades de los especialistas. Para realizar esta función se ha creado el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM), que es un

organismo derivado de un acuerdo celebrado entre la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía.

De acuerdo con los resultados obtenidos en los hospitales incluidos en el estudio, se encontró que 31% de los médicos especialistas adscritos a dichos servicios estaban certificados. La mayoría de los especialistas certificados prestan servicios en hospitales materno-infantiles y de especialidad (68 y 54 % del total de médicos, respectivamente). En los hospitales generales de menos de 60 camas y de más de 60, estos porcentajes ascendieron a 32.5 y 47.5%, respectivamente.

En el estudio también se verificó si el hospital se encontraba certificado y si la certificación respectiva se encontraba vigente. El porcentaje de hospitales certificados fue de 30%. Con relación a los planes del hospital por certificarse, se encontró que 9% de hospitales que contaban con un proceso de certificación no pudieron continuar el ejercicio por falta de renovación de la vigencia.

**Porcentaje de médicos especialistas certificados
por grupos de hospitales
Secretaría de Salud, México 2003**



El porcentaje general de médicos especialistas certificados es bajo.

Hospitales certificados por el Consejo de Salubridad General

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 es una estrategia de reconocimiento de las unidades de salud que cumplen con un conjunto estandarizado de recursos humanos y tecnologías, insumos y procesos necesarios para resolver con calidad, seguridad y eficiencia las necesidades de salud de la población según el nivel de complejidad de la atención médica. La certificación forma parte esencial de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En México la certificación se ha definido por el Consejo de Salubridad General 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. Asimismo, establece que la aplicación de estos procedimientos debe ser objetiva, cuidadosa y responder, a través del uso de criterios explícitos, a las diversas áreas y niveles de atención de la salud.

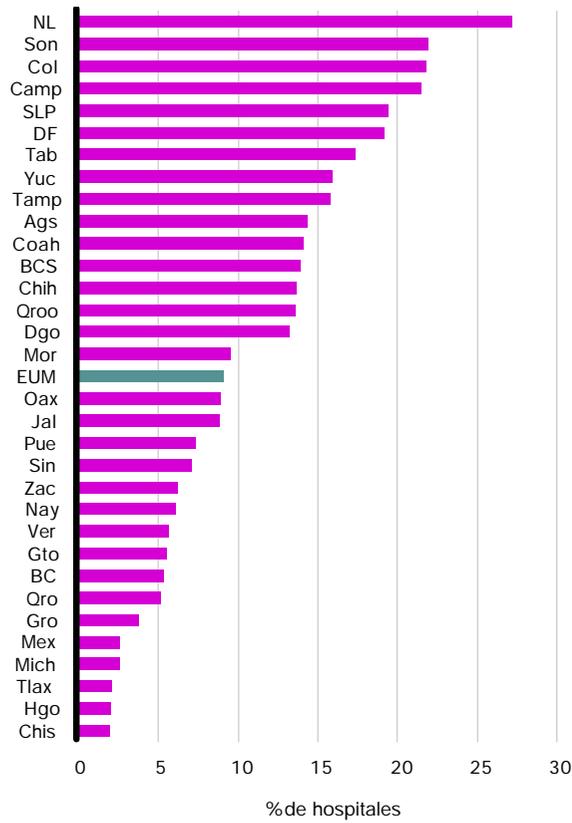
De acuerdo con la reestructuración realizada en 2002, este proceso incorpora a todas las unidades de atención médica y no solo a los

hospitales, estableciéndose una vigencia de tres años para los certificados expedidos. Las evaluaciones respectivas quedan a cargo del personal de las instituciones de salud previamente capacitados, procurando evitar conflicto de intereses con la selección y asignación del personal evaluador a unidades diferentes a la de su adscripción laboral.

En octubre de 2004 había 369 hospitales certificados, lo que representaba 9% del total de unidades hospitalarias en el país. En este total se incluyeron las 3,055 unidades privadas con hospitalización según el censo del INEGI y las 1,041 unidades generales y de especialidades del sector público. De acuerdo con la pertenencia pública o privada de los hospitales, el porcentaje de certificación es más alto en el sector público (29%) que en el sector privado (2.2%).

En el sector público PEMEX cuenta con el mayor porcentaje de hospitales certificados (91%), seguido de los hospitales universitarios con 66%. Del total de hospitales certificados, 18% corresponde a hospitales con menos de 30 camas, los cuales pertenecen principalmente a los hospitales del IMSS, privados y de PEMEX.

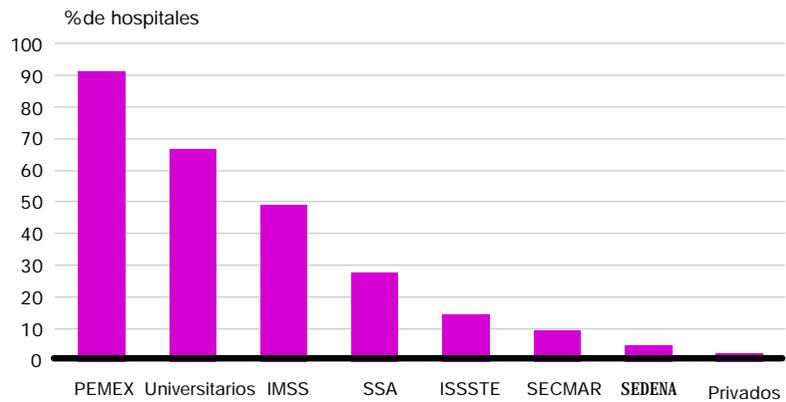
Porcentaje de hospitales certificados por entidad federativa México 2003



Las entidades con mayor porcentaje de hospitales certificados son Nuevo León, Sonora y Colima.

Porcentaje de hospitales certificados por institución México 2003

Más de 90% de los hospitales de PEMEX están certificados.



Relación entre médicos por cama y porcentaje de ocupación hospitalaria

Una manera de aproximarse a la productividad hospitalaria es estudiando la relación entre la disponibilidad de recursos empleados y la cantidad de productos generados.

En este ejercicio no se ha pretendido ser exhaustivo en el análisis de la productividad debido a que no se están considerando todos los insumos que se despliegan en un hospital para generar un determinado producto, ni tampoco todos los posibles productos que se pueden generar con dichos insumos. Sin embargo, es un punto de partida para ejercicios más completos. En este caso se relacionan dos indicadores conocidos: la razón médicos por cama y el porcentaje de ocupación hospitalaria. El supuesto que se ha considerado es que a mayor número de médicos por cama mayor debe ser el porcentaje de ocupación del hospital, que se expresaría en un número mayor de egresos hospitalarios.

De acuerdo con las figuras que se presentan, existe una relación lineal entre ambos indicadores. Sin embargo, se debe poner atención en aquellos hospitales que cuentan con un alto número de médicos por cama pero un bajo porcentaje de

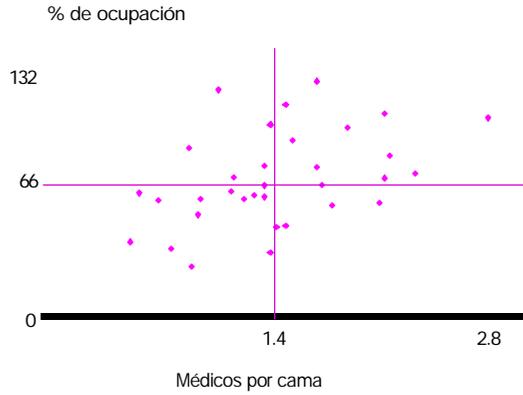
ocupación. Lo inverso también debe llamar la atención: hospitales con un número reducido de médicos por cama pero un alto porcentaje de ocupación. Este último caso representaría el mejor desempeño.

El promedio de la ocupación hospitalaria varió entre 66 y 72% por grupos de hospitales; el promedio de la razón de médicos por cama varió entre 1.1 y 1.8.

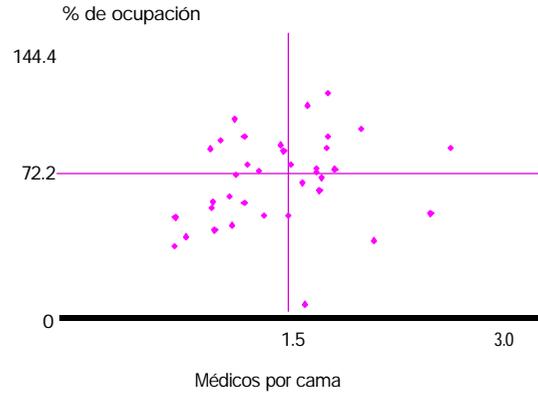
En los hospitales generales de menos de 60 camas se encontró que 12% de las unidades tuvieron una productividad baja (alto número de médicos por cama y bajo porcentaje de ocupación). Esta cifra fue de 17% para los hospitales generales mayores de 60 camas; de 25% para los hospitales materno-infantiles, y de 24% para los hospitales especializados. Por otro lado, 18% de los hospitales generales de menos de 60 camas tuvieron una productividad alta respecto de la razón de médicos por cama. Esta cifra fue de 22% en hospitales generales de más de 60 camas; de 25% en materno-infantiles y de 30% en hospitales especializados.

Relación entre médicos por cama y porcentaje de ocupación hospitalaria
Secretaría de Salud, México 2003

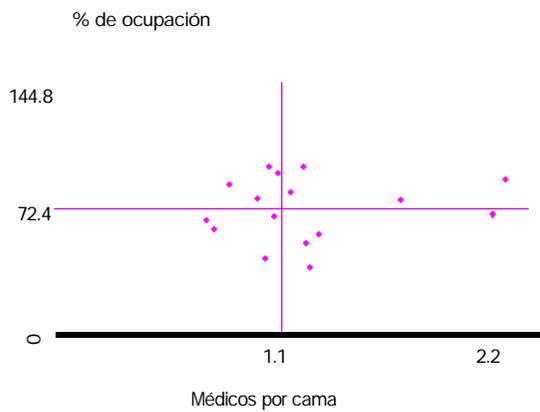
Hospitales generales < 60 camas



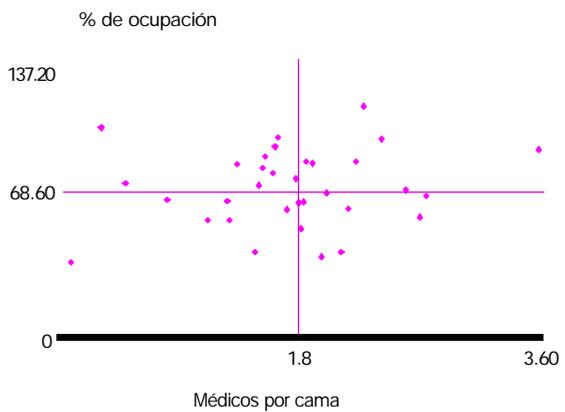
Hospitales generales ≥ 60 camas



Hospitales materno-infantiles



Hospitales especializados



Ocupación, índice de rotación y sustitución de camas

Una de las medidas de eficiencia hospitalaria es el *porcentaje de ocupación* de las camas de hospital, la cual representa una medida parcial de la capacidad productiva de las instituciones y contribuye a evaluar la oferta de servicios en una región determinada. También es un instrumento de planeación que permite establecer requerimientos de inversión física en el mediano y largo plazos. Mientras mayor sea el porcentaje de ocupación, mayor será la capacidad de la oferta de servicios y menores serán los costos de operación. El *índice de rotación* expresa, por su parte, el número promedio de egresos por cama en un periodo determinado. También es una medida de productividad, la cual es afectada por la duración promedio de los días de estancia. Por último, otro de los indicadores seleccionados es el *intervalo de sustitución* que mide el intervalo de tiempo en que una cama de hospital permanece desocupada desde el momento del egreso hasta la llegada del próximo paciente a dicha cama.

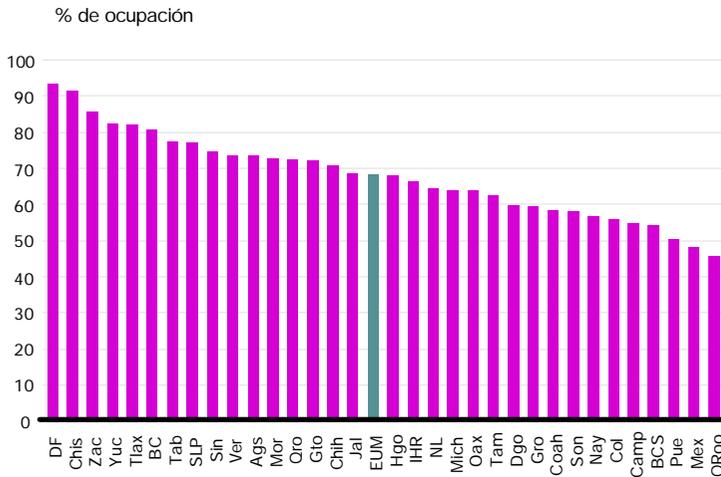
Para analizar el comportamiento por entidad federativa de estos indicadores se seleccionaron a los hospitales generales y especializados que informan regularmente al Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) y se separó del análisis a los Institutos Nacionales de Salud y a los Hospitales Federales de Referencia del resto de los hospitales del Distrito Federal. El porcentaje de ocupación a nivel nacional en 2003 fue de 69.3%, cifra que está por debajo del nivel establecido como óptimo, que es de 80%. Entre las entidades federativas se observaron porcentajes

de ocupación muy diferentes: el Distrito Federal, Chiapas y Zacatecas presentaron cifras entre 85 y 93% mientras que en Quintana Roo y el Estado de México estas cifras fueron ligeramente inferiores a 50%.

Respecto del índice de rotación se observó que a nivel nacional cada cama de hospital produce casi 74 egresos por año en promedio (73.66). Las entidades federativas con la rotación de camas más alta fueron Zacatecas, Tlaxcala, Jalisco, Chiapas y Aguascalientes, con cifras superiores a 100 egresos por cama por año. En el extremo opuesto se ubican los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Federales de Referencia, el Estado de México y Quintana Roo, con menos de 60 egresos por año por cama. La interpretación de estos resultados debe considerar que en muchos hospitales se atienden patologías más complejas, las cuales consumen un promedio de días de estancia mayor, tal es el caso de los hospitales especializados y los Institutos Nacionales de Salud.

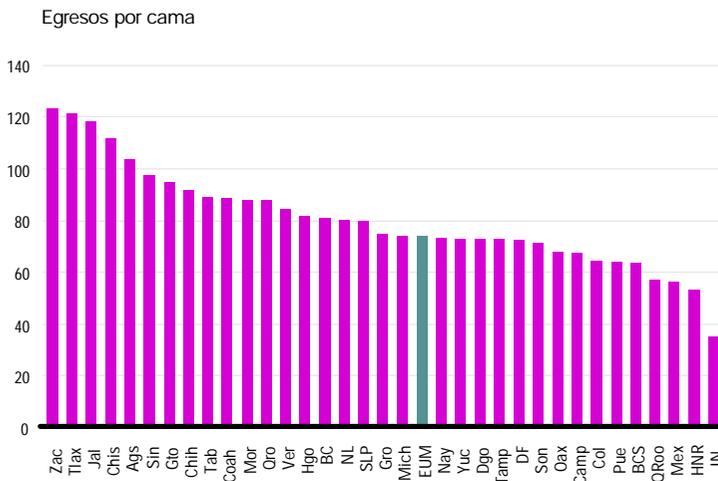
Con relación al intervalo de sustitución, éste fue de 1.5 días a nivel nacional, lo cual indica que en promedio son 36 horas las que una cama se encuentra ociosa entre un egreso y el siguiente ingreso. Entre las entidades federativas con intervalos de sustitución más bajos destacaron Chiapas, Distrito Federal y Zacatecas donde el tiempo que permanece desocupada una cama es inferior a 12 horas, mientras que en Quintana Roo y en el Estado de México las camas permanecen desocupadas tres días en promedio.

**Porcentaje de ocupación hospitalaria por entidad federativa
Secretaría de Salud, México 2003**

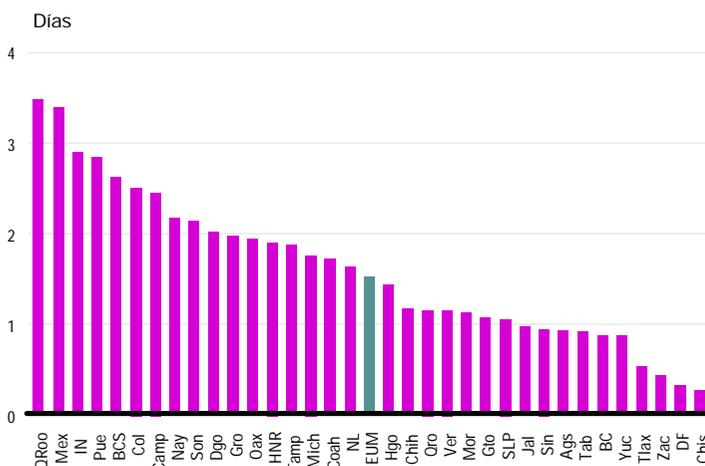


El porcentaje de ocupación hospitalaria en el DF es 1.8 veces mayor que en Quintana Roo.

**Índice de rotación hospitalaria por entidad federativa
Secretaría de Salud, México 2003**



**Índice de sustitución hospitalaria por entidad federativa
Secretaría de Salud, México 2003**



En Quintana Roo y el Estado de México las camas permanecen desocupadas tres días en promedio.

Satisfacción con la atención de urgencias

- Tiempo de espera
- Opinión del trato del médico
- Opinión del trato de la enfermera
- Opinión de la calidad general del servicio

Las áreas de urgencias de los hospitales atienden a los enfermos que llegan en condiciones críticas o graves que ponen en riesgo sus vidas. Esto exige una atención rápida que permita un diagnóstico oportuno, así como las intervenciones básicas que establezcan las condiciones de salud del paciente para su posterior referencia al área de hospitalización, al domicilio o a otro nivel de atención. Se trata de servicios con alta demanda, las cuales ejercen enormes presiones sobre el personal de salud. En estas situaciones los servicios de urgencia deben contar con los mecanismos administrativos y gerenciales suficientes para contender con las necesidades y urgencias de cada caso.

Uno de los aspectos sensibles para los pacientes y familiares que solicitan atención en las áreas de urgencias se refiere a la rapidez con la cual son atendidos. La reducción de los tiempos de espera en estos servicios fue uno de los primeros objetivos que fijó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en aquellas unidades que se incorporaban voluntariamente a dicha estrategia. Para dar respuesta a esta expectativa de los usuarios los propios servicios establecieron mecanismos de

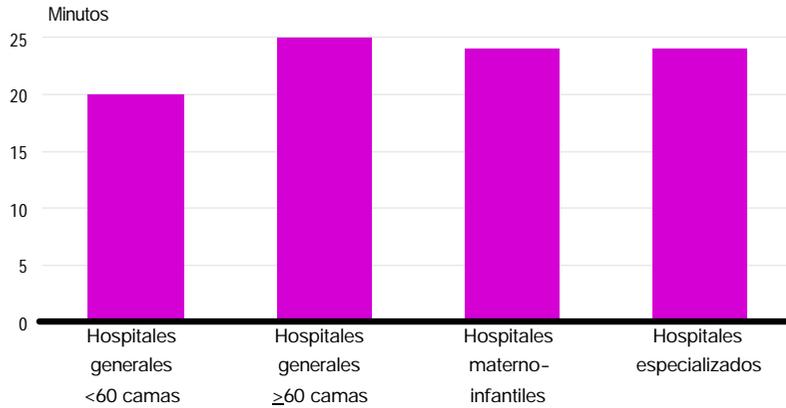
vigilancia de los tiempos de espera, los cuales muestran mejoras importantes en este rubro.

En la encuesta de usuarios se encontró que el tiempo de espera promedio por grupo de hospitales fue más bajo en los hospitales generales con menos de 60 camas (20 minutos), seguido por los hospitales materno-infantiles y los especializados (24 minutos), y hospitales generales de más de 60 camas (25 minutos).

En relación con la percepción del paciente sobre el trato recibido del médico y de la enfermera, los resultados señalan que los niveles de aprobación son superiores a 80% para ambos prestadores de servicios, aunque los pacientes califican consistentemente mejor a los médicos que a las enfermeras. Los niveles de satisfacción más bajos se encontraron en los usuarios de los hospitales especializados y los más altos en los hospitales generales menores de 60 camas.

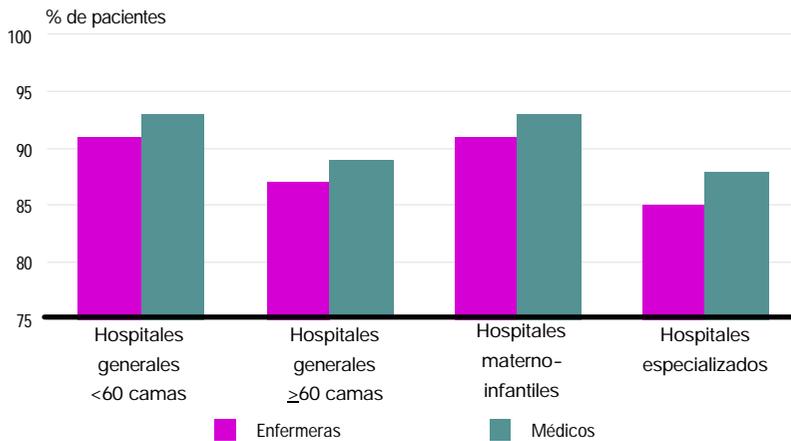
Finalmente, un resultado semejante se encontró en la calificación de los usuarios respecto de la calidad general percibida en el servicio de urgencias, la cual se ubicó en todos los hospitales por arriba de 80%.

**Tiempo de espera promedio en servicio de urgencias por grupos de hospitales
Secretaría de Salud, México 2003**

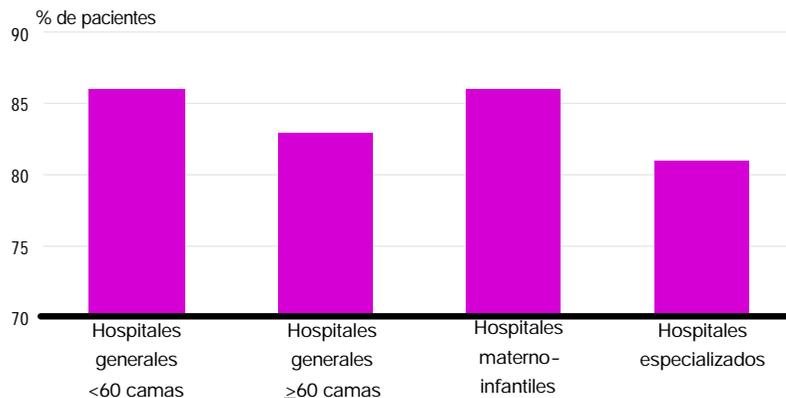


Los hospitales generales con menos de 60 camas presentan el menor tiempo de espera.

**Opinión buena y muy buena del trato de médicos y enfermeras en el servicio de urgencias por grupos de hospitales
Secretaría de Salud, México 2003**



**Opinión buena y muy buena sobre la calidad de los servicios de urgencias por grupo de hospitales
Secretaría de Salud, México 2003**



Satisfacción con la atención en el servicio de labor

- Tiempo de espera
- Opinión buena y muy buena sobre la calidad del servicio

Dado que aproximadamente 32% del total de los egresos que se generan en los hospitales de la Secretaría de Salud son eventos obstétricos, la percepción de las pacientes sobre la atención que se les brinda en el área de labor es de suma importancia como un insumo para promover mejoras.

El tiempo de espera es uno de los factores más importantes a tomar en cuenta dado que un adecuado diagnóstico en el periodo del parto es fundamental para una atención más eficaz.

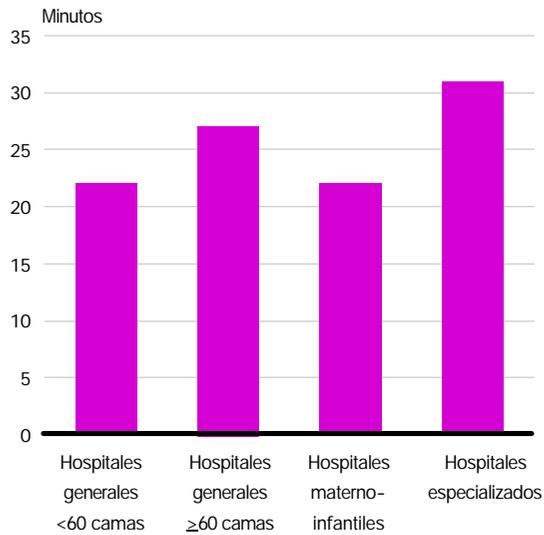
De acuerdo al estudio realizado, 42% del total de pacientes entrevistadas refirieron haber atendido en el área de labor, lo que representa un total de 4,132 pacientes. Por grupos de hospital se encontraron diferencias importantes en el promedio del tiempo de espera. Para los hospitales generales de menos de 60 camas y los materno-

infantiles el promedio fue de 22 minutos; para los generales de más de 60 camas fue de 27, y para los especializados fue de 31 minutos.

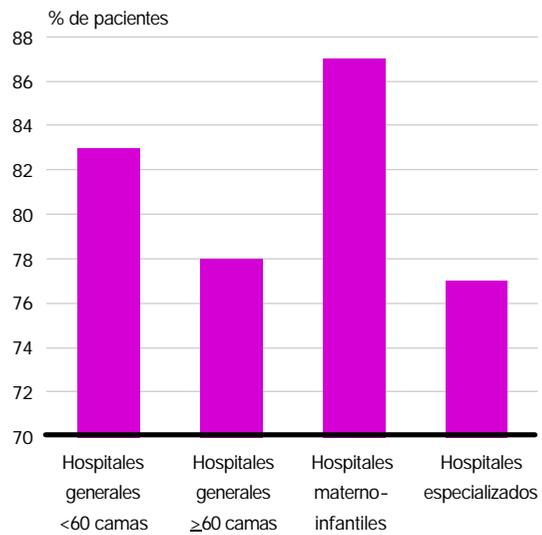
Por lo que se refiere a la opinión del trato en el servicio, el 87% de las pacientes respondieron tener una buena y muy buena opinión al respecto. Sin embargo, cuando se preguntó específicamente sobre si el médico la mantuvo informada durante el parto, el porcentaje de aprobación se elevó a 89%. En contraste, las comodidades básicas del servicio fueron mal calificadas, ya que sólo 80% de las pacientes refirieron tener una buena y muy buena opinión al respecto.

Por grupos de hospitales en general se observa que los más altos porcentajes de satisfacción se concentran en los hospitales de menos de 60 camas y los materno-infantiles.

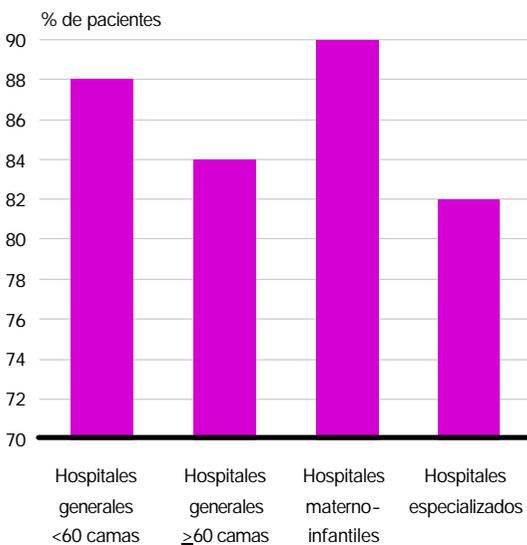
Tiempo de espera promedio en el servicio de labor por grupos de hospitales Secretaría de Salud, México 2003



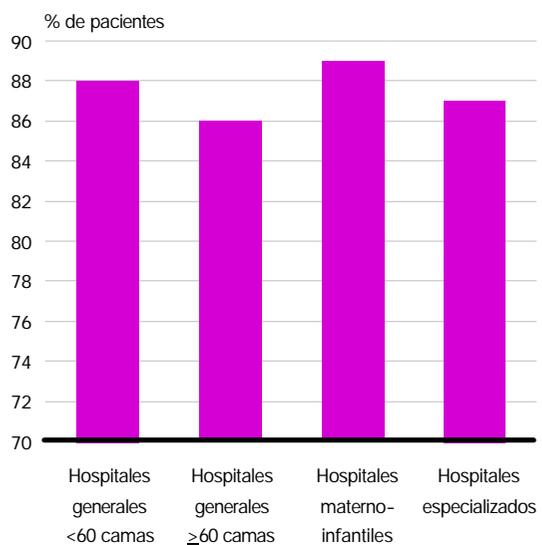
Opinión buena y muy buena sobre las comodidades básicas en el área de labor por grupo de hospitales Secretaría de Salud, México 2003



Opinión buena y muy buena sobre el respeto a la privacidad en el área de labor Secretaría de Salud, México 2003



Opinión buena y muy buena sobre el trato en el área de labor por grupos de hospitales Secretaría de Salud, México 2003



Satisfacción con la atención en el servicio de cirugía

- Tiempo de espera en programación de cirugías
- Porcentaje de cirugías diferidas
- Causa de diferimiento quirúrgico

En muchos hospitales del sector público se han establecido listas de espera para solucionar problemas quirúrgicos electivos de la población debido a que la demanda excede la capacidad de los recursos disponibles. Esta es una práctica común en casi todos los países y en ocasiones llega a representar una presión adicional para las organizaciones de salud cuando los tiempos de espera se prolongan y aumentan la incertidumbre y el malestar de los usuarios. Otro problema es el diferimiento del procedimiento quirúrgico cuando el paciente se encuentra hospitalizado esperando dicha intervención. En este último caso, existen dos razones principales que conducen a la reprogramación de la cirugía: las condiciones de salud de los pacientes que impiden llevar adelante el procedimiento en el momento indicado y diversos factores relacionados con la organización de los servicios.

El diferimiento de un evento quirúrgico por razones atribuibles a la organización de los servicios tiene costos para el paciente y el hospital: prolonga los tiempos de estadía, afecta el bienestar de los enfermos y, como efecto en cascada, altera la programación de cirugías para otros pacientes.

Dado que muchos son factores completamente atribuibles a la gestión de los servicios, es imperativo establecer estrategias de mejora.

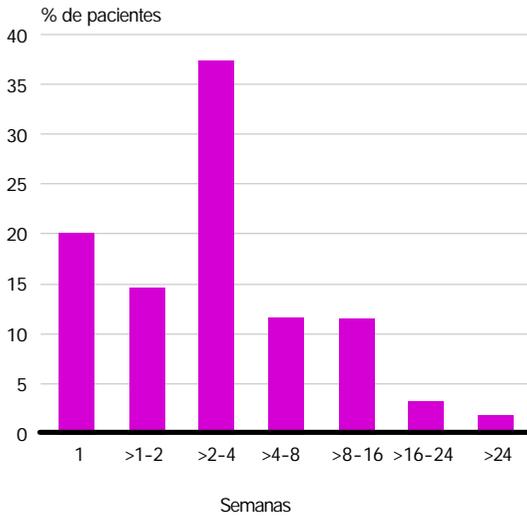
Entre los hospitales estudiados el tiempo promedio para programar una cirugía fue de cinco semanas.

El porcentaje de cirugías diferidas fue de 14.8%. En los hospitales materno-infantiles y especializados este porcentaje fue mayor, con 18.1 y 16%, respectivamente, mientras que en los hospitales generales de menos de 60 y más de 60 camas estas cifras ascendieron a 14 y 12%, respectivamente.

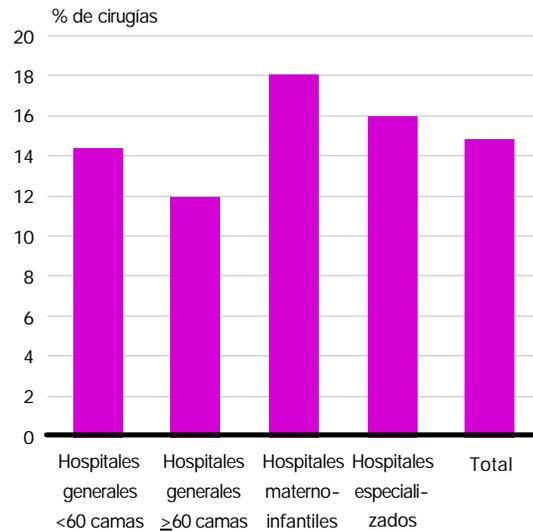
Una vez que se difirió una cirugía, en promedio, su reprogramación se realizó a las cuatro semanas siguientes.

De acuerdo con los factores asociados al diferimiento de un procedimiento quirúrgico, se encontró que 24.3 % se debieron a problemas de salud del paciente y 75.7 % restante a ausentismo laboral, desinfección de quirófanos, y falta de material quirúrgico y paquetes sanguíneos, entre los más importantes. La falta de paquetes sanguíneos fue el problema más frecuente en los hospitales especializados, representando 83.4 % de las causas de diferimiento de cirugías programadas.

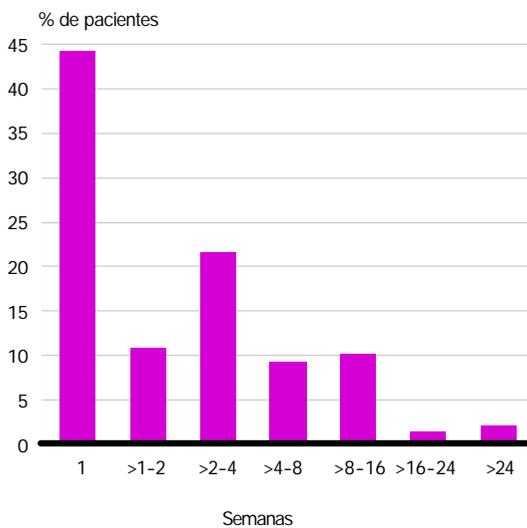
Tiempo transcurrido entre la indicación de cirugía y su programación
Secretaría de Salud, México 2003



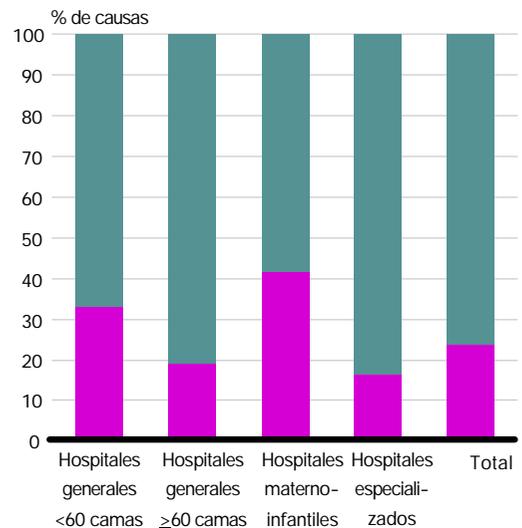
Porcentaje de cirugías programadas canceladas por grupos de hospitales
Secretaría de Salud, México 2003



Tiempo de diferimiento quirúrgico
Secretaría de Salud, México 2003



Causas de cancelación de procedimiento quirúrgico por grupo de hospitales
Secretaría de Salud, México 2003



■ Problemas de organización ■ Estado de salud

Satisfacción con la atención de enfermería

El porcentaje de pacientes satisfechos con la atención de enfermería es el producto de la división del número de pacientes que calificaron como buena o muy buena la atención de enfermería entre el total de pacientes entrevistados, por 100.

La calidad de los servicios de enfermería se ha definido como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con los estándares de una práctica profesional competente y responsable. En un hospital, el personal de enfermería es el que se encuentra permanentemente más cerca de los pacientes y el encargado de coordinar y desplegar la mayor parte de los cuidados de la atención a la salud. Por esta razón, las actividades de enfermería son el factor más importante para ofrecer condiciones de seguridad y bienestar para los pacientes.

El indicador de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería se ha utilizado también como una aproximación a la calidad general de la atención en hospitales. Junto con la opinión de los pacientes respecto de la atención médica y el porcentaje de pacientes que recomendarían o volverían a utilizar los servicios del hospital, ofrece información a los tomadores de decisión para reorientar sus estrategias de mejoras en términos de calidad de la atención.

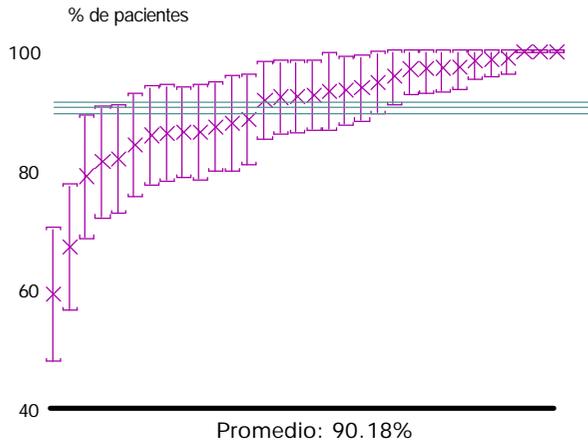
De acuerdo con una evaluación realizada por la CONAMED de las quejas recibidas en el periodo 1996-2001 en relación con el personal de enfermería, se encontró que éstas fueron relativamente escasas aunque no despreciables. Los principales motivos de queja se relacionaron con deficiencias a la hora de manejar y vigilar soluciones y medicamentos por vía endovenosa, administrar medicamentos por vía intramuscular, aspiración de secreciones, toma de muestras de sangre y caídas de pacientes. El estudio realizado por la CONAMED dio origen a recomendaciones específicas para mejorar el trabajo del personal de enfermería.

En la encuesta de usuarios, el porcentaje de pacientes que calificaron como buena o muy buena la atención de enfermería (turno matutino) ascendió a poco más de 85%, cifra similar a la encontrada en estudios realizados en Canadá. Por grupos de hospitales las cifras más altas se encontraron en los hospitales generales menores de 60 camas y materno-infantiles, con 90.2 y 90%, respectivamente. En los hospitales generales mayores de 60 camas y en los especializados, el porcentaje de pacientes satisfechos con la atención de enfermería ascendió a 85.3 y 85.7%, respectivamente. No hubo diferencias entre los resultados para el turno matutino y vespertino. Sin embargo, los pacientes calificaron más baja la atención de enfermería del turno nocturno con reducciones de 2 a 4% en todos los hospitales. En total, ocho hospitales mostraron una baja satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería, con cifras que oscilaron entre 22 y 67%.

Un componente de la atención muy sensible para los pacientes se relaciona con los cuidados durante la administración de medicamentos por vía intramuscular o endovenosa. En este rubro, poco más de 90% de los pacientes calificaron como buenos o muy buenos la administración de medicamentos y la vigilancia de las soluciones endovenosas. En otro sentido, uno de los aspectos negativos identificados por los pacientes fue la falta de información y de arreglos institucionales que facilitaran las solicitudes de ayuda (llamadas) de los pacientes hacia las enfermeras cuando lo necesitaron. Esta situación fue más crítica durante las noches.

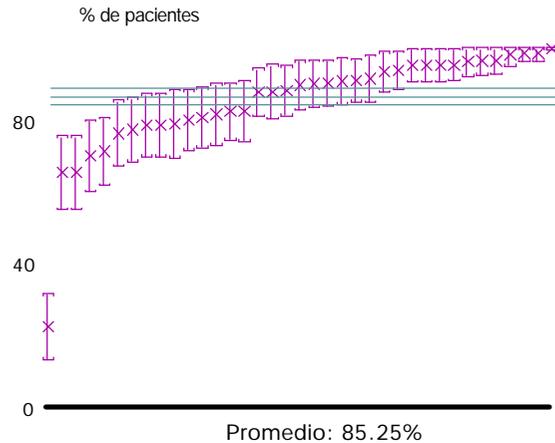
**Porcentaje de pacientes que consideraron como buena y muy buena la atención de enfermería
Secretaría de Salud, México 2003**

Hospitales generales < 60 camas



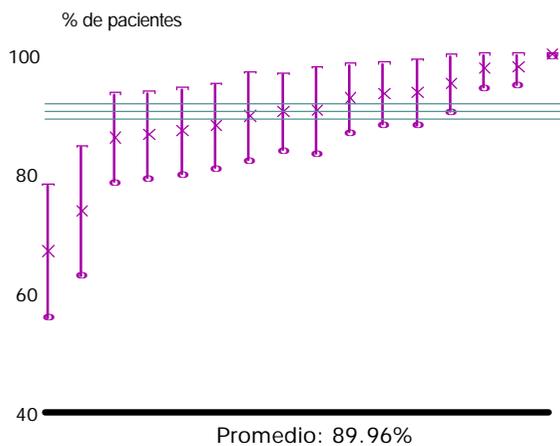
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	2	6
en el promedio	20	63
arriba del promedio	10	31
Total	32	100

Hospitales generales ≥ 60 camas



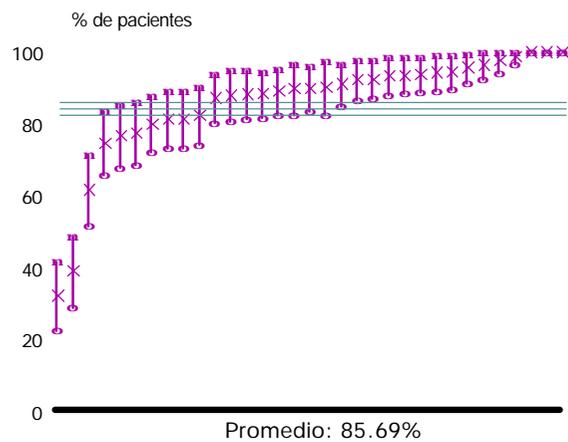
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	5	14
en el promedio	19	51
arriba del promedio	13	35
Total	37	100

Hospitales materno-infantiles



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	2	12
en el promedio	11	69
arriba del promedio	3	19
Total	16	100

Hospitales especializados



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	4	12
en el promedio	15	45
arriba del promedio	14	42
Total	33	100

Satisfacción con la atención médica

El porcentaje de pacientes satisfechos con la atención del médico es el cociente de la división del número de pacientes que calificaron como buena o muy buena la atención del médico entre el total de pacientes entrevistados, por 100.

La opinión de los pacientes sobre la atención del médico es un indicador de calidad general que recoge percepciones sobre aspectos de calidad técnica e interpersonal en la relación médico-paciente.

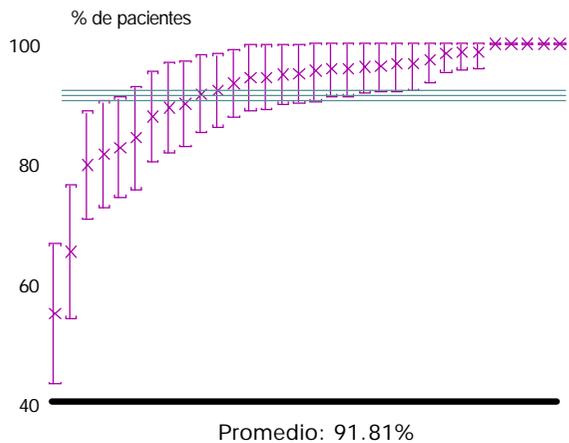
Pese a que en estas percepciones intervienen diversos factores –como el nivel de escolaridad de los pacientes, su situación socioeconómica, las características de su enfermedad y la propia organización de los servicios de salud que facilita o dificulta la relación médico-paciente–, se trata de un indicador que resume gran parte de las expectativas de los pacientes, y que junto con otros indicadores de calidad general resulta útil para el seguimiento de los esfuerzos que los hospitales despliegan en torno a la calidad de la atención.

En la encuesta de pacientes recién egresados del hospital se observó que las calificaciones

otorgadas por éstos a la atención brindada por el médico fueron más altas que las otorgadas a otros prestadores de servicios hospitalarios. En general, por grupos de hospitales, el porcentaje de satisfacción se ubicó en 91%. Sin embargo, algunos hospitales mostraron cifras que deben llamar la atención de sus directivos: en los hospitales generales menores de 60 camas, se encontraron dos hospitales con cifras de satisfacción con la atención del médico tratante de 55 y 65%, respectivamente. En hospitales generales mayores de 60 camas sólo un hospital presentó una cifra inferior al 70%. Una situación similar se observó en los hospitales materno-infantiles, con un establecimiento que mostró una cifra de 64%. En los hospitales de especialidad o porcentajes más bajos correspondieron a dos hospitales que mostraron cifras de 75%.

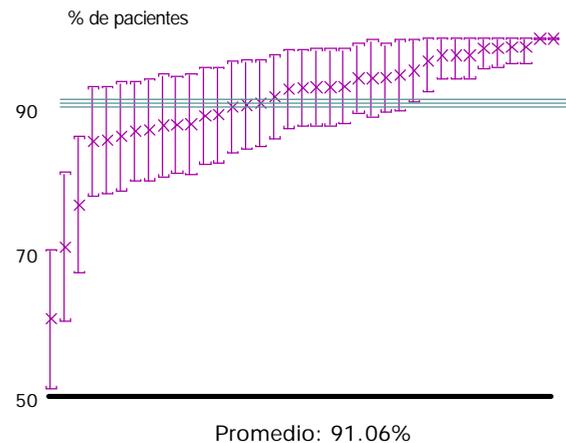
**Porcentaje de pacientes que consideraron como buena y muy buena la atención médica
Secretaría de Salud, México 2003**

Hospitales generales < 60 camas



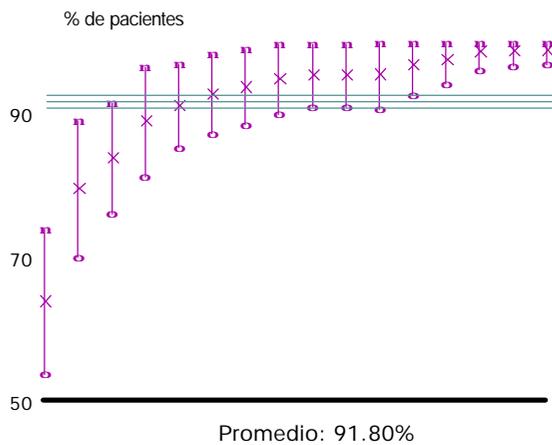
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	4	13
en el promedio	19	59
arriba del promedio	9	28
Total	32	100

Hospitales generales ≥ 60 camas



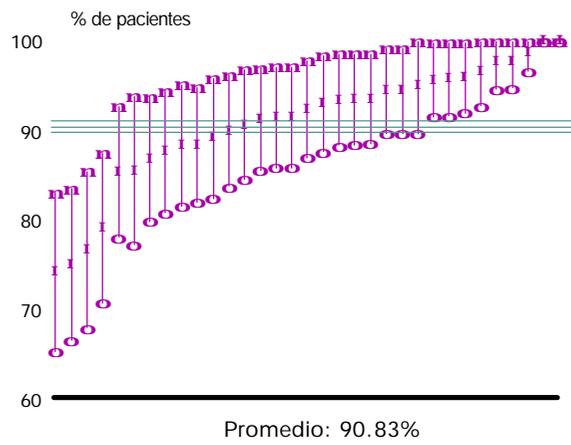
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	3	8
en el promedio	24	65
arriba del promedio	10	27
Total	37	100

Hospitales materno-infantiles



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	2	12
en el promedio	10	63
arriba del promedio	4	25
Total	16	100

Hospitales especializados



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	4	12
en el promedio	22	67
arriba del promedio	7	21
Total	33	100

Satisfacción con las comodidades básicas del hospital

Uno de los tres objetivos finales de los sistemas de salud es responder a las expectativas legítimas que tienen las personas cuando éstas entran en contacto con alguna institución o servicio que forme parte de dicho sistema. Estas expectativas se han resumido en ocho dominios, uno de los cuales se refiere a determinadas comodidades que las instituciones de salud deben ofrecer a sus usuarios. En el caso de los hospitales un componente del bienestar de los enfermos está asociado a la limpieza de las instalaciones, al buen estado y suficiencia de ropa personal y de cama, a la disponibilidad de agua fría y caliente en baños y regaderas, a las características de los alimentos ofrecidos, al derecho de recibir visitas, y al derecho a practicar su fe religiosa, entre otras cosas.

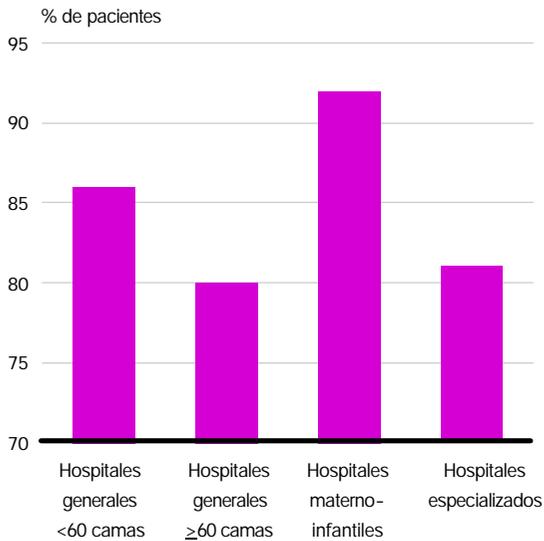
En la encuesta de usuarios se preguntó a los pacientes su satisfacción con algunas de las comodidades descritas. Respecto de la opinión sobre la limpieza general del hospital las calificaciones de buena y muy buena oscilaron entre 80 y 92%; las cifras más bajas fueron para los hospitales generales mayores de 60 camas y hospitales de especialidad. Con relación a la limpieza de la habitación y de la ropa de cama se considera adecuada en términos generales ya que por grupos de hospitales su aprobación fue mayor al 84%,

observándose en términos generales mayor aprobación en los hospitales materno-infantiles, en donde se obtiene una calificación por arriba de 90%. Sin embargo, los menores índices de aprobación se obtuvieron en relación con la percepción de la limpieza de los baños en donde los hospitales especializados obtienen las calificaciones más bajas (68%), seguido de los hospitales generales de más de 60 camas (71%) y los hospitales de menos de 60 camas (74%).

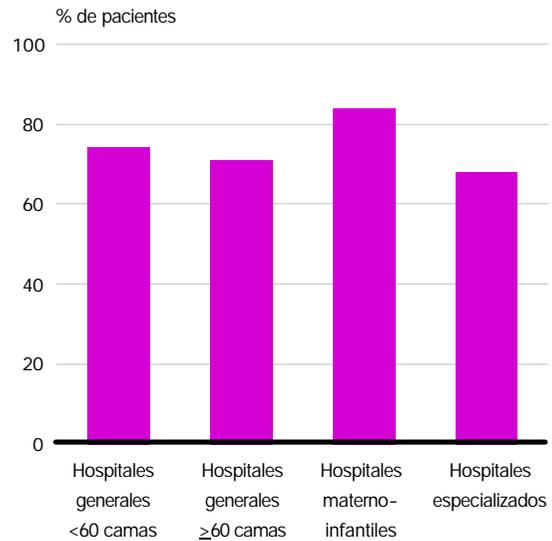
En general los pacientes refirieron que no enfrentaron problemas con la disponibilidad de agua en los lavabos o en los sanitarios, un poco más de 95 % de los pacientes calificaron este componente como bueno o muy bueno. Sin embargo, la carencia más importante se observó en los hospitales generales menores de 60 camas donde 22% de los usuarios entrevistados señalaron falta de disponibilidad de agua caliente en las regaderas.

Finalmente, se consultó a los pacientes su opinión sobre la calidad de los alimentos servidos durante su estancia. En este rubro, los mayores índices de aprobación se encontraron en los hospitales materno-infantiles (86%), y los mayores problemas se detectaron en los hospitales generales de más de 60 camas y los especializados, con porcentajes de 77 y 76%, respectivamente.

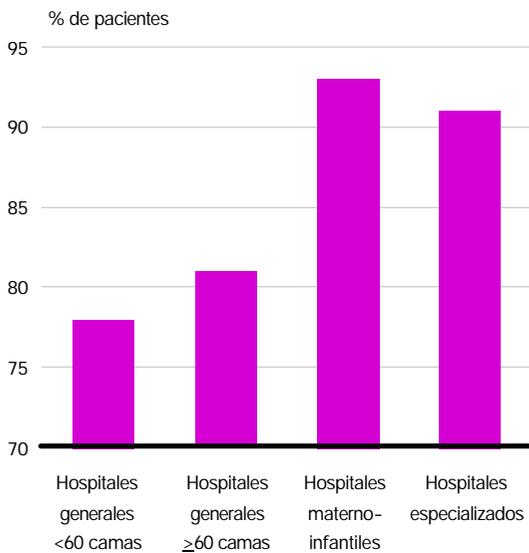
Opinión buena y muy buena sobre la limpieza del hospital por grupo de hospitales Secretaría de Salud, México 2003



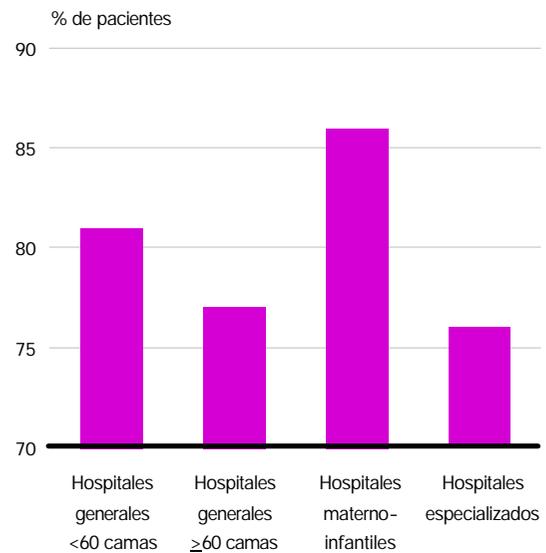
Opinión buena y muy buena sobre la limpieza de los baños por grupo de hospitales Secretaría de Salud, México 2003



Porcentaje de pacientes que tuvieron acceso a agua caliente en las regaderas por grupo de hospitales Secretaría de Salud, México 2003



Opinión buena y muy buena sobre la calidad de los alimentos por grupo de hospitales Secretaría de Salud, México 2003



Participación del paciente en decisiones relacionadas con su salud

Por autonomía se entiende el derecho que tienen las personas a participar, si así lo desean, en la toma de decisiones sobre su salud. Incluye recibir, de parte de los proveedores de servicios, información sobre sus factores de riesgo, su estado de salud, el pronóstico de su enfermedad, los procedimientos diagnósticos y las opciones de tratamiento, incluyendo ventajas y desventajas, y la duración del mismo. También supone el derecho que tienen los pacientes a dar su consentimiento informado y a rechazar un procedimiento diagnóstico e incluso un tratamiento.

Este derecho de los pacientes a participar en las decisiones que atañen a su salud forma parte de uno de los objetivos definitorios de un sistema de salud: responder a las expectativas legítimas de la población cuando ésta solicita atención médica u otro tipo de servicios. En ese objetivo se han identificado ocho dominios agrupados en el concepto de *trato adecuado*: autonomía, comunicación, confidencialidad, trato digno, atención pronta, selección del proveedor de servicios, comodidades básicas y acceso a redes de apoyo durante las hospitalizaciones.

Sobre el dominio de autonomía se pueden identificar cuatro modelos: a) *el paternalista*, en el que el prestador de servicios asume toda la responsabilidad en la toma de decisiones en virtud

de estar mejor informado; b) *el de toma de decisión informada*, en el que el proveedor de servicios proporciona la información y el paciente asume la decisión final; c) *el de agente profesional*, en el que el paciente bien informado transfiere de manera voluntaria la toma de decisión al prestador de servicios, y d) *el de toma de decisión compartida*, en el que se comparte la información y la toma de decisión se hace de común acuerdo entre el paciente y el prestador de servicios.

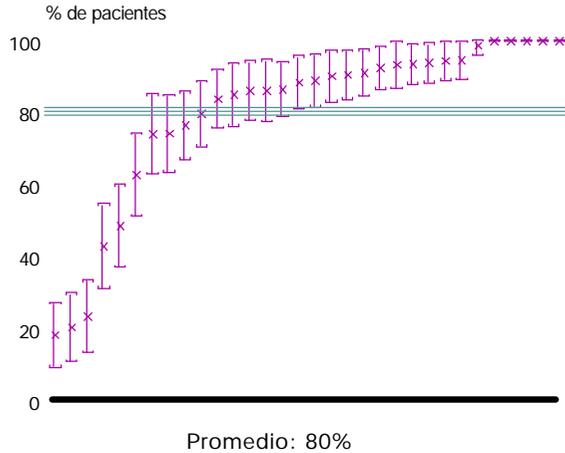
De acuerdo con la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED-2002), cuyos resultados se publicaron en *Salud: México 2002*, el dominio de autonomía obtuvo una aprobación de 83.2% en el ámbito hospitalario nacional. Esta cifra fue la más baja entre los ocho componentes de *trato adecuado*.

En los hospitales estudiados el porcentaje de pacientes involucrados en las decisiones sobre su salud fue de 80% en hospitales menores de 60 camas, 76.9% en materno-infantiles, 76.8% en hospitales especializados y 72% en hospitales generales de más de 60 camas.

Aun cuando la mayor parte de los hospitales presentan porcentajes superiores a 70%, hay un grupo de hospitales que presentan cifras muy bajas de participación de los pacientes en las decisiones relacionadas con su salud.

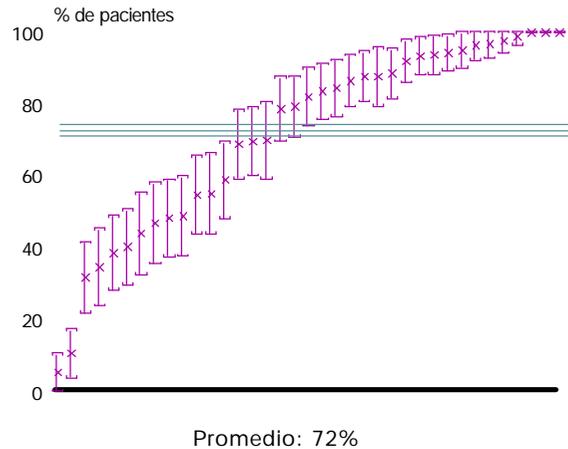
**Porcentaje de pacientes de servicios de salud que se sintieron involucrados en la decisiones sobre su salud
Secretaría de Salud, México 2003**

Hospitales generales < 60 camas



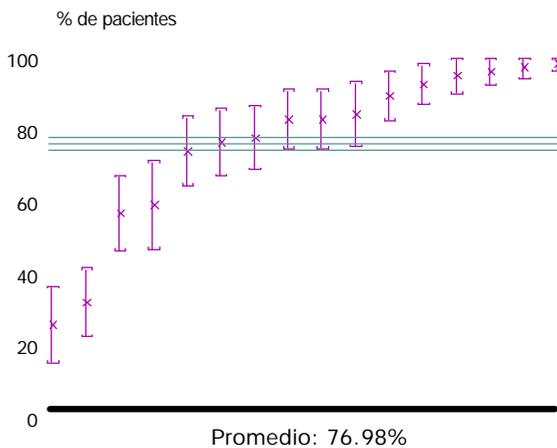
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	6	19
en el promedio	10	31
arriba del promedio	16	50
Total	32	100

Hospitales generales ≥ 60 camas



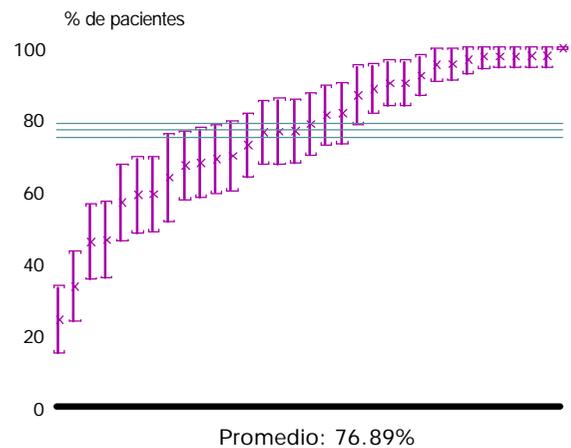
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	13	35
en el promedio	5	14
arriba del promedio	19	51
Total	37	100

Hospitales materno-infantiles



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	4	25
en el promedio	6	37
arriba del promedio	6	37
Total	16	100

Hospitales especializados



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	7	21
en el promedio	12	36
arriba del promedio	14	43
Total	33	100

Satisfacción con la información sobre cuidados al egreso

A menudo los pacientes necesitan cuidados específicos después de haber sido dados de alta del hospital. La información que sustenta los cuidados generalmente se refiere a la administración de medicamentos, dieta, ejercicios, reposo, regreso a las actividades laborales y citas médicas, entre otras. Una información completa para los pacientes al egreso cierra el círculo virtuoso de la atención hospitalaria porque reduce las posibles complicaciones o recidivas de la enfermedad y proporciona mayor certidumbre a los pacientes.

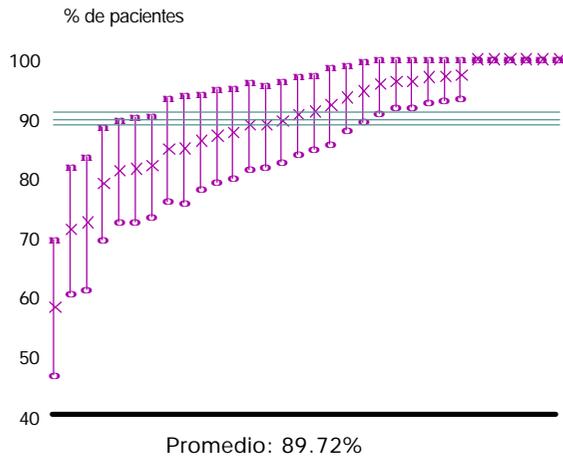
Los cuidados al egreso son particularmente necesarios en aquellos pacientes con enfermedades crónicas, en cirugías de corta estancia y en todos aquellos casos donde el riesgo de una recidiva o complicación es previsible. Sin embargo, el

momento del alta hospitalaria es también una oportunidad para reforzar la educación y prevención de la salud, sobre todo cuando los egresos corresponden a mujeres en edad reproductiva y a niños menores de cinco años.

En la encuesta de pacientes se encontró que la mayoría (87%) había recibido información suficiente sobre los cuidados al egreso. Esta cifra fue más alta en los hospitales materno-infantiles, en donde se alcanzó en promedio una cifra de 90%. Al interior de los grupos de hospitales se encontró un total de 13 unidades en donde este porcentaje se ubicó por abajo del promedio de sus respectivos grupos. En algunos de estos casos el porcentaje de pacientes que recibió información fue menor de 60%.

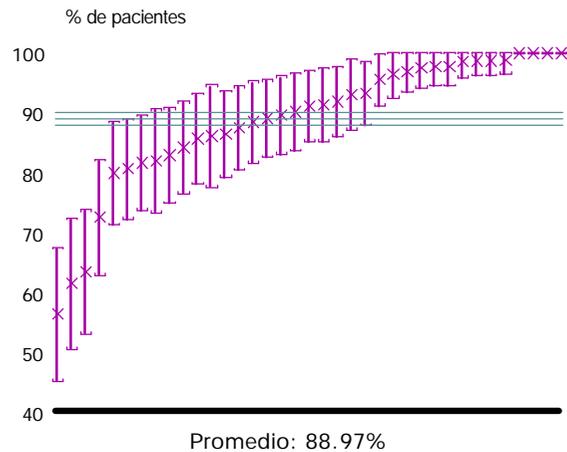
Porcentaje de pacientes que recibieron información sobre cuidados al egreso
Secretaría de Salud, México 2003

Hospitales generales < 60 camas



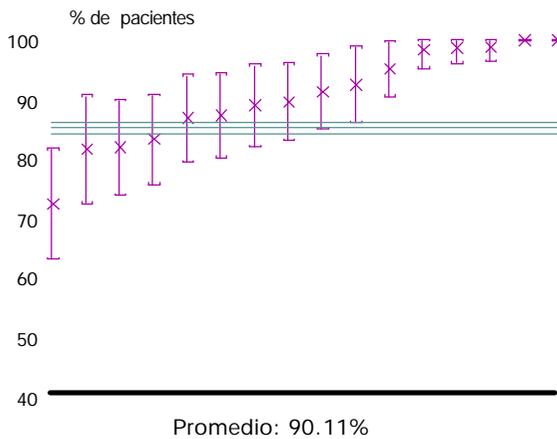
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	3	9
en el promedio	17	53
arriba del promedio	12	38
Total	32	100

Hospitales generales ≥ 60 camas



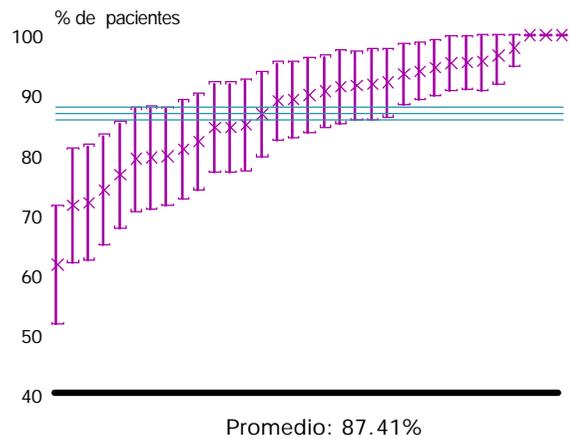
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	4	11
en el promedio	19	51
arriba del promedio	14	38
Total	37	100

Hospitales materno-infantiles



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	1	6
en el promedio	10	63
arriba del promedio	5	31
Total	16	100

Hospitales especializados



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	5	15
en el promedio	18	55
arriba del promedio	10	30
Total	33	100

Pacientes que regresarían al hospital

El porcentaje de pacientes que regresaría al mismo hospital a solicitar atención es el cociente de la división de los pacientes egresados que estarían dispuestos a regresar al hospital entre el total de pacientes entrevistados, por 100.

La calidad de la atención brindada en una institución hospitalaria puede medirse a través de la disposición de los usuarios a regresar al mismo hospital si tuvieran la necesidad de volver a utilizar los servicios. Este indicador mide la “lealtad” de los pacientes con las instituciones y a menudo se complementa con la disposición de esos mismos usuarios a recomendar los servicios del hospital a familiares o amigos.

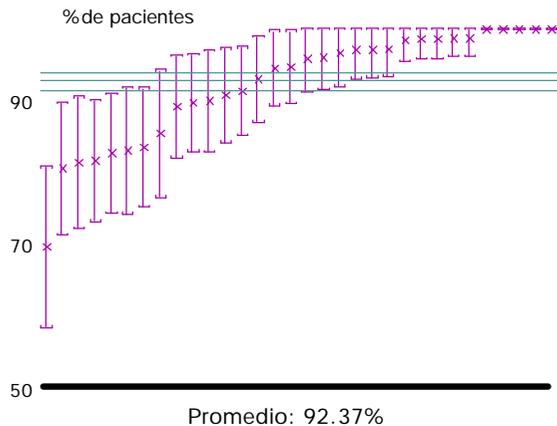
En muchos países este indicador se utiliza como medida de calidad global de la atención. Sin embargo, habría que considerar que las respuestas

de los pacientes pueden estar influidas por los resultados en salud. A pesar de estas limitaciones, el indicador es útil para establecer estrategias de mejora, sobre todo cuando los propios hospitales vigilan el comportamiento de dicho indicador y pueden realizar análisis más detallados de las respuestas.

En los hospitales seleccionados se encontró un alto porcentaje de respuestas afirmativas (más de 80%). Sin embargo, en cuatro unidades hospitalarias el intervalo de estas respuestas varió entre 66 y 77%.

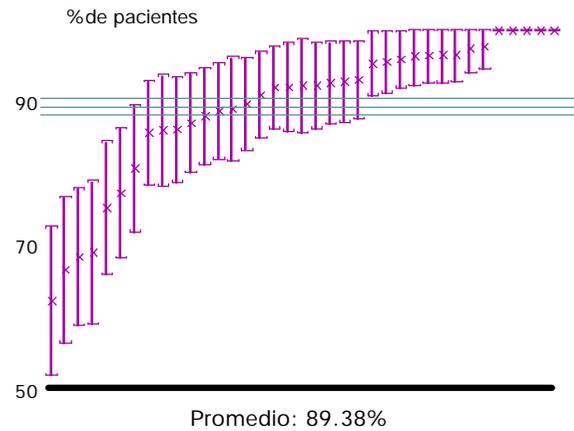
Porcentaje de pacientes que regresarían al hospital
Secretaría de Salud, 2003

Hospitales generales < 60 camas



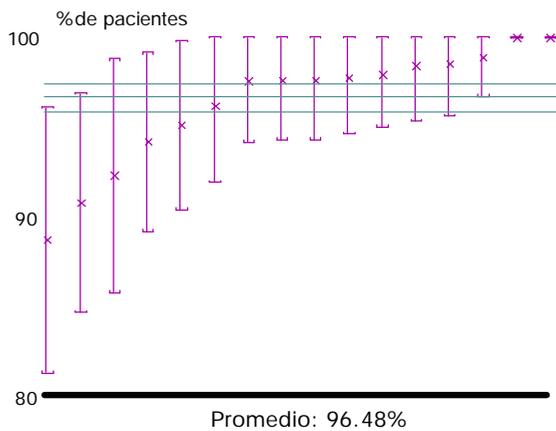
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	5	16
en el promedio	16	50
arriba del promedio	11	34
Total	32	100

Hospitales generales ≥ 60 camas



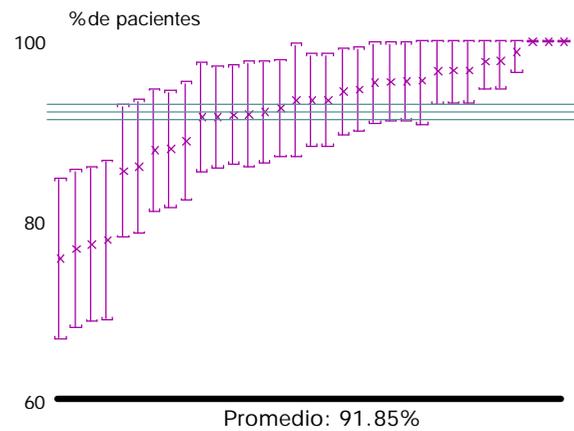
Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	6	16
en el promedio	17	46
arriba del promedio	14	38
Total	37	100

Hospitales materno-infantiles



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	0	0
en el promedio	14	88
arriba del promedio	2	12
Total	16	100

Hospitales especializados



Posición	Hospitales	%
abajo del promedio	4	12
en el promedio	20	61
arriba del promedio	9	27
Total	33	100

Medicamentos surtidos a los servicios del hospital

La disponibilidad de medicamentos en cantidades y variedades adecuadas en los hospitales, junto con patrones de prescripción basados en evidencias científicas, representan factores imprescindibles para asegurar una atención médica efectiva.

Una fracción de la demanda de atención médica insatisfecha se debe a la falta de algún medicamento en las unidades de salud. Por esta razón, el surtimiento completo de recetas y la satisfacción de los usuarios con el acceso a los medicamentos se ha convertido en una prioridad para el Gobierno de la República.

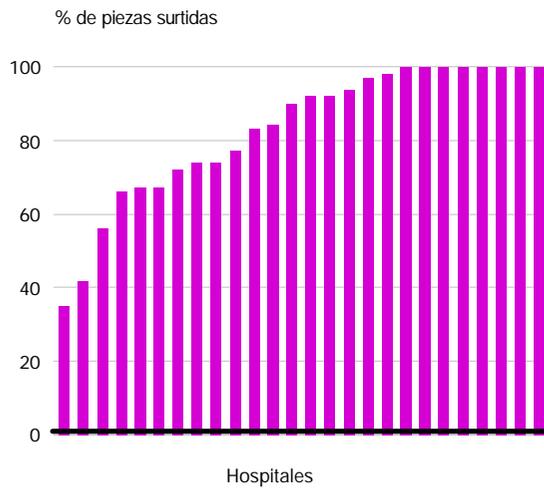
En los hospitales seleccionados para el estudio, se midió el porcentaje de surtimiento de

medicamentos (piezas surtidas) respecto del total de solicitudes que diferentes servicios del hospital hicieron llegar al almacén o a las farmacias en un día laboral típico. Los resultados generales mostraron que el surtimiento de dichas solicitudes para todos los hospitales fue de 80%. El surtimiento mayor se encontró en los hospitales materno-infantiles, con 97%.

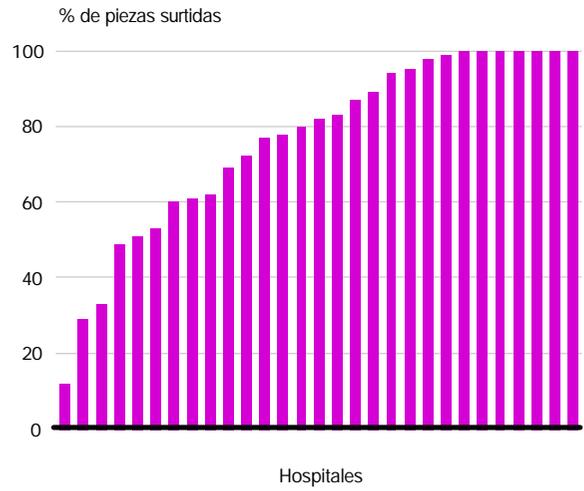
Aun cuando el porcentaje de surtimiento general de medicamentos fue aceptable, en algunos hospitales este porcentaje fue inferior a 50%. En este grupo se incluyen dos hospitales generales de menos de 60 camas, cuatro hospitales generales mayores de 60 camas y cinco hospitales de especialidad.

**Porcentaje de medicamentos surtidos en almacén
a los servicios del hospital
Secretaría de Salud, México 2003**

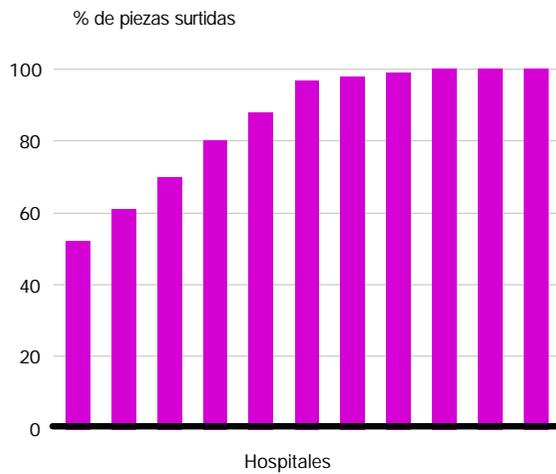
Hospitales generales < 60 camas



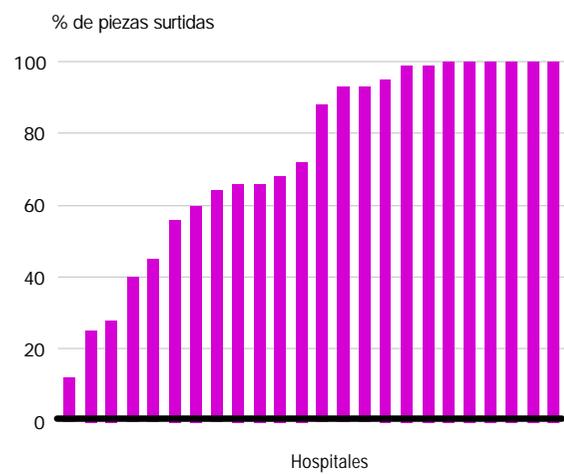
Hospitales generales ≥ 60 camas



Hospitales materno-infantiles



Hospitales especializados



Percepción de los médicos sobre el funcionamiento de rayos X y laboratorio

En los hospitales de las Secretarías Estatales de Salud cada año se realizan más de 31 millones de estudios de laboratorio y poco más de 28 millones de radiografías. La mayor parte de estos insumos se consumen en los servicios de urgencia (40-55%) y le siguen en importancia las solicitudes de la atención ambulatoria (consulta externa) y de hospitalización.

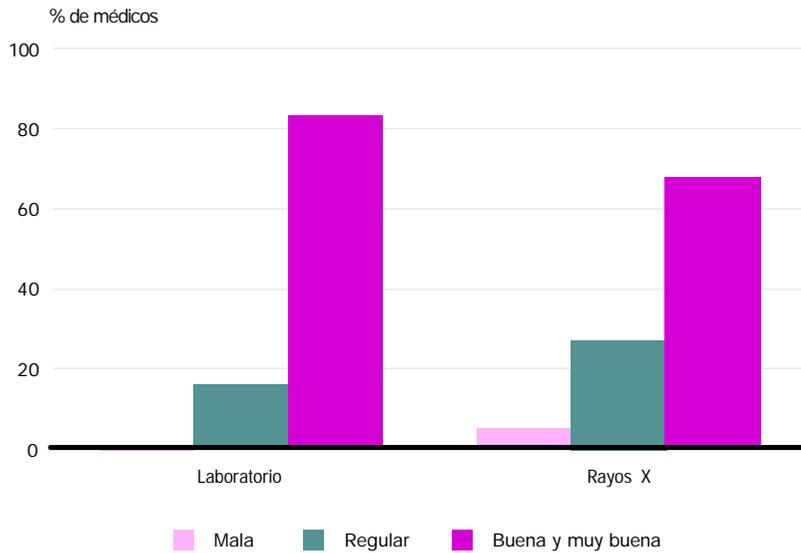
Ambos servicios de apoyo son imprescindibles para establecer un diagnóstico preciso de la condición de salud del enfermo y para guiar los cuidados, las intervenciones necesarias y la evolución de los padecimientos. Como en todo servicio hospitalario, las actividades relacionadas con el laboratorio clínico y de rayos X deben orientarse con criterios de seguridad, calidad, eficiencia y oportunidad. Por otra parte, estos servicios también deben responder a las expectativas de los enfermos, quienes esperan recibir un trato digno, confidencial, cómodo, oportuno y con derecho a decidir en situaciones particulares. Quizá uno de los aspectos más importantes sea el de la seguridad de los pacientes durante la realización de muchos estudios que implican procedimientos invasores y que representan un riesgo previsible para ellos. En estos casos siempre será necesario ofrecerle al paciente la información respectiva y solicitar su consentimiento para realizar dichos estudios. Por otra parte, en los hospitales también se debe garantizar la seguridad de los prestadores (médicos y personal técnico) encargados de ofrecer los servicios. Las estrategias de capacitación, vigilancia y regulación de los servicios pueden contribuir a estos objetivos.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico junto con la Federación Mexicana de Radiología e Imagen A. C. y las academias nacionales de Medicina y Cirugía

establecieron varias recomendaciones generales para mejorar la calidad de la práctica de la radiología e imagen. Entre las recomendaciones se incluyen revisar el marco legal que permite ejercer la práctica profesional en un contexto que asegure y demuestre el cumplimiento de las disposiciones jurídicas aplicables; asegurar la colaboración de los profesionales de esta disciplina con los médicos tratantes en el estudio y diagnóstico integral del paciente; atender las precauciones para evitar los riesgos innecesarios en los procedimientos radiológicos y de imagen invasores; garantizar al paciente una atención médica profesional antes, durante y después del estudio y, obtener el consentimiento válidamente informado por escrito antes de realizar un procedimiento con riesgo (www.conamed.gob.mx).

En la encuesta de prestadores de servicios se indagó sobre la percepción que los médicos tienen sobre la calidad de los estudios de laboratorio clínico y de rayos X en el hospital de su adscripción. Los resultados señalan que los médicos perciben mayor calidad en los estudios de laboratorio (83%) que en los de rayos X (68%). Las razones de calidad deficiente de los estudios obedecen, según los médicos, a la obsolescencia de los equipos, falta de capacitación técnica de los recursos humanos y a la baja calidad de los insumos, entre otras razones. En relación con la pregunta de si estos servicios funcionan adecuadamente, las respuestas mantuvieron el mismo patrón al calificar un poco más alto a los servicios de laboratorio clínico (76%) que a los de rayos X (68%). Entre las razones de funcionamiento inadecuado destacan las fallas en el mantenimiento de los equipos, la falta de personal e insumos.

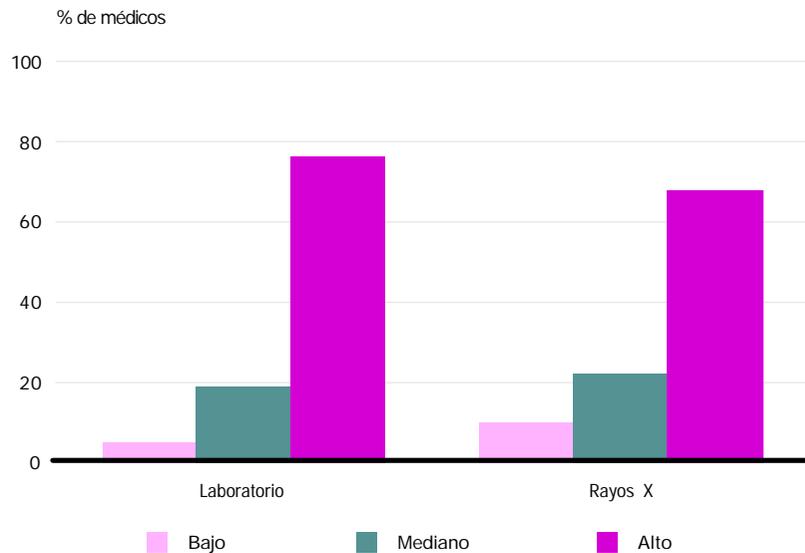
Percepción de los médicos sobre la calidad de los estudios de laboratorio clínico y rayos X
Secretaría de Salud, México 2003



Dentro de las causas de la baja calidad del servicio de rayos X destacan las fallas en el mantenimiento de los equipos y la falta de personal.

Percepción de los médicos sobre el funcionamiento adecuado del laboratorio clínico y rayos X
Secretaría de Salud, México 2003

Los médicos perciben un mejor funcionamiento del laboratorio clínico.



Satisfacción de los médicos y enfermeras con las condiciones de trabajo

El personal médico y de enfermería en los hospitales son los agentes más importantes para elevar los estándares de calidad que se requieren en la provisión de servicios. La búsqueda de este objetivo debe cimentarse en un ambiente laboral saludable que proporcione cotidianamente los elementos de motivación y satisfacción necesarios para los prestadores de servicios.

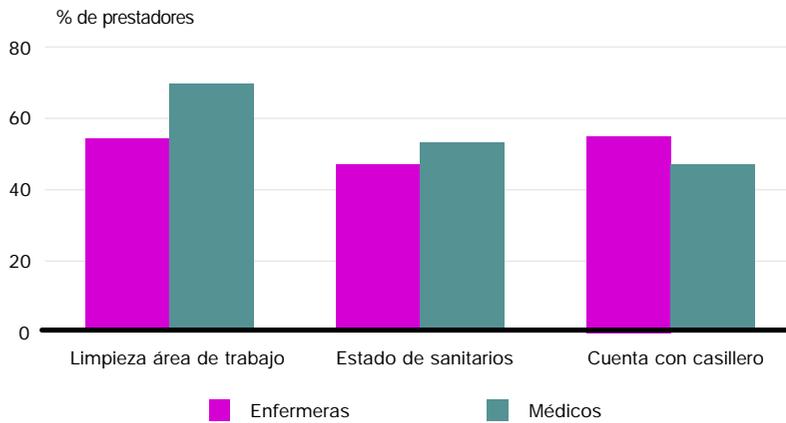
Avedis Donabedian decía que “ al dar a los trabajadores la oportunidad y los medios para monitorizar y ajustar su propio trabajo se restaura el orgullo personal en el mundo del trabajo; al fomentar la educación continua, se fortalece la actualización de conocimientos; y al facilitar las actividades de grupo para identificar y resolver problemas, se añade la fuerza del componente social al arsenal de motivaciones”. En relación con los factores que mueven a un individuo a trabajar se ha identificado que la motivación es un aspecto importante pero no único, las motivaciones que llevan al personal a trabajar abarcan recompensas sociales como la interacción social, el respeto, la aprobación, el estatus y el sentimiento de utilidad.

En la encuesta que se aplicó a los prestadores de servicios sobre el grado de satisfacción con el

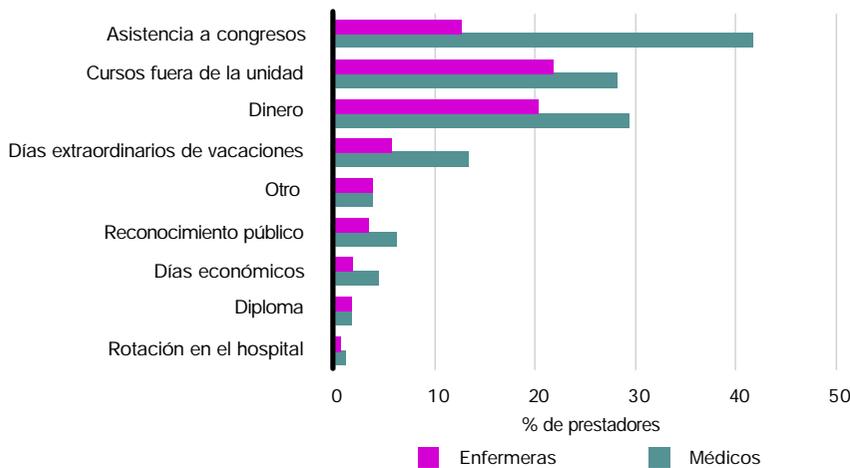
área de trabajo se preguntó a las enfermeras y médicos su opinión sobre la limpieza del área, la limpieza de los sanitarios para el personal y la disponibilidad de casilleros para el resguardo de sus objetos personales. Para estas tres preguntas los niveles de satisfacción fueron inferiores a 70%. Los médicos califican discretamente mejor los aspectos de limpieza. El rubro más deficitario fue la baja disponibilidad de casilleros para médicos y enfermeras. Por otra parte, se trata de un personal altamente satisfecho con el trabajo que realiza al interior del hospital (91%) a pesar de que sólo 64% del personal entrevistado manifestó recibir algún grado de motivación por parte de sus jefes inmediatos.

De acuerdo con el tipo de estímulos que preferiría recibir el personal médico destacan la asistencia a congresos, cursos de capacitación fuera de la unidad de adscripción y estímulos en dinero. Para el personal de enfermería los estímulos más importantes serían los económicos, los cursos de capacitación fuera de la unidad y los días adicionales de vacaciones.

Prestadores que se encuentran satisfechos con el área de trabajo
Secretaría de Salud, México 2003

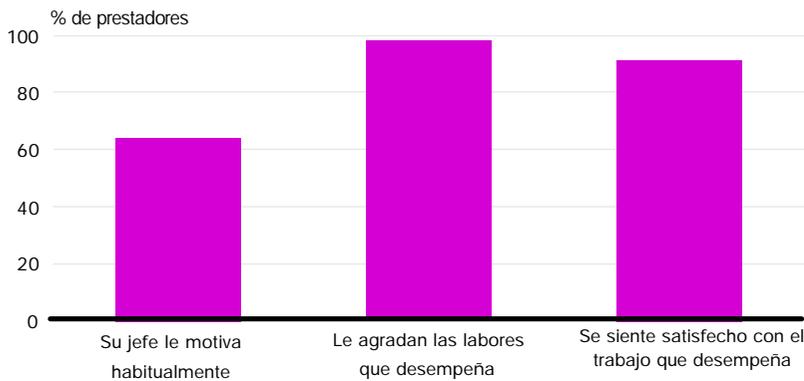


Principales estímulos que les gustaría recibir a los prestadores
Secretaría de Salud, México 2003



Los prestadores de servicios prefieren estímulos económicos y académicos.

Satisfacción de los prestadores con el trabajo que desempeña
Secretaría de Salud, México 2003



Médicos y enfermeras por cama en hospitales de las Secretarías Estatales de Salud

El desequilibrio entre las necesidades de salud de la población y la disponibilidad de recursos humanos para la atención está llegando a un punto crítico que los sistemas de salud deben resolver en el mediano plazo. Prácticamente todos los sistemas de salud en el mundo están enfrentando dificultades relacionadas con el reclutamiento, retención y ubicación territorial de los recursos humanos en los diferentes servicios. A esto se agregan los desequilibrios entre la formación de los recursos que tiene dinámicas y lógicas diferentes, y las necesidades de las instituciones de perfiles profesionales específicos.

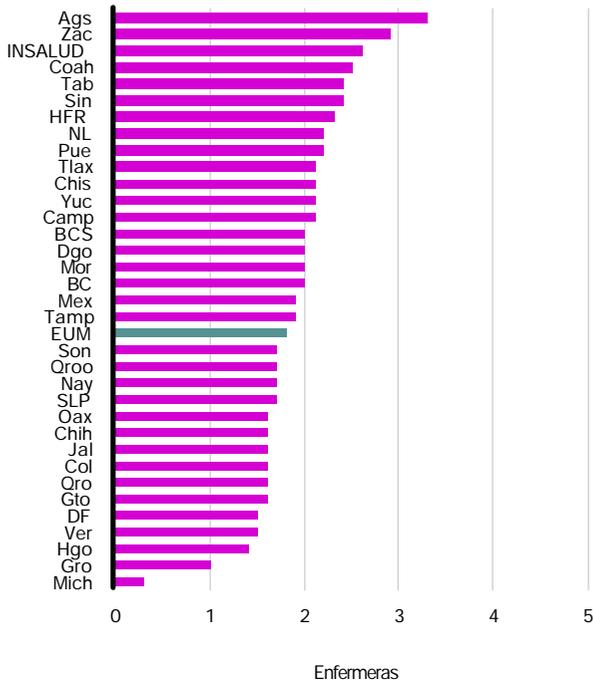
Muchas de las reformas a los sistemas de salud se acompañaron de esquemas de contratación que dieron mayor flexibilidad del empleo y de las condiciones laborales sin resolver las brechas previas en materia de bajos salarios y de insuficientes condiciones de trabajo. Asimismo, desde hace algunos años están surgiendo nuevas variantes en el mercado laboral de la salud producto de los acuerdos regionales de libre comercio que están favoreciendo y estimulando la migración de profesionales y agravando la escasez de éstos en los países de origen.

Los recursos humanos para la salud en lo general, pero en lo particular las enfermeras y médicos, son los factores esenciales en la provisión de servicios de salud e influyen directamente en el desempeño de las instituciones. En el ámbito hospitalario es imprescindible contar con un número suficiente de enfermeras y médicos de acuerdo con la infraestructura física, la disponibilidad

de insumos y equipos para producir servicios. El déficit más importante de recursos humanos se agudiza en el caso de las enfermeras, las que constituyen la fuente primaria de cuidados y apoyo para los enfermos en los momentos más vulnerables de sus vidas. Una disponibilidad baja de enfermeras por cama pone en riesgo la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención. Muchos estudios han demostrado que a menor número de enfermeras por cama mayor es el riesgo para los pacientes de desarrollar infecciones nosocomiales, úlceras de decúbito y complicaciones por catéteres endovenosos. Situación similar ocurre con la disponibilidad de médicos.

De acuerdo con los resultados obtenidos de la razón de médicos y enfermeras por cama en los hospitales de las Secretarías Estatales de Salud se puede señalar que en promedio existen 0.82 médicos por cama a nivel nacional. Sin embargo, se observan disparidades significativas por entidad federativa: en Quintana Roo y Aguascalientes hay poco más de 1.4 médicos por cama, mientras que en Jalisco esta cifra es cercana a 0.5. Respecto de la razón de enfermeras por cama a nivel nacional el promedio es de 1.8, igualmente con diferencias notables entre las entidades federativas, destacando en este rubro Aguascalientes con casi 3.5 enfermeras por cama y le siguen Zacatecas y Coahuila con una razón ligeramente superior a 2.5. En el extremo opuesto se ubica Michoacán que no alcanza a 0.5 enfermeras por cama.

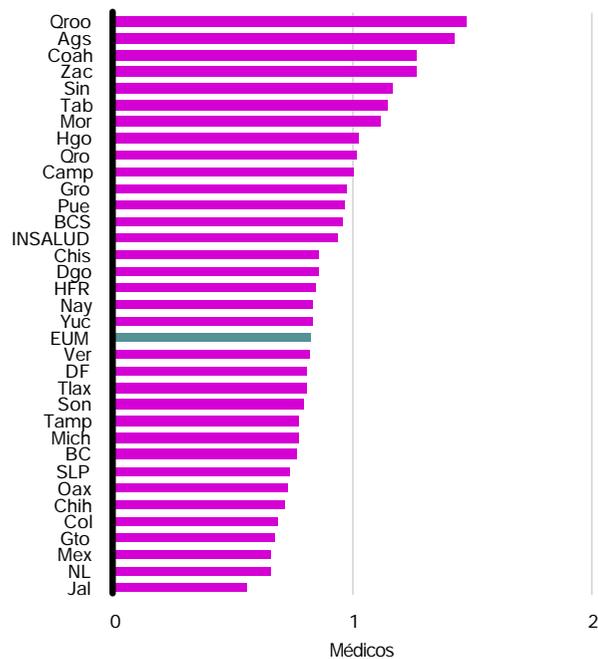
Enfermeras por cama por entidad federativa
Secretaría de Salud, México 2003



Aguascalientes y Zacatecas tienen el mayor número de enfermeras por cama.

Médicos por cama por entidad federativa
Secretaría de Salud, México 2003

Jalisco y Nuevo León presentan la cifra más baja de médicos por cama.



Costo por servicio en hospitales generales de menos de 60 camas de la Secretaría de Salud de Tabasco

Los hospitales concentran la proporción más importante del gasto total en salud. En los países desarrollados se estima que entre 50 y 70% de este gasto se consume en la atención hospitalaria.

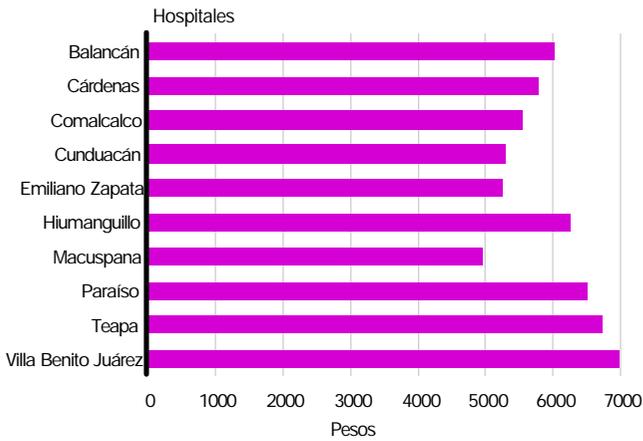
En el caso de los hospitales de las Secretarías Estatales de Salud no hemos desarrollado todavía un sistema de cuentas hospitalarias uniforme que nos permita responder algunas preguntas básicas como ¿cuál es el costo de las intervenciones médicas más comunes? y ¿en qué componentes se distribuye el gasto de los hospitales?, entre muchas otras preguntas necesarias para evaluar la eficiencia financiera con la cual se desempeñan actualmente estas instituciones. En algunas entidades federativas existe un interés creciente por empezar a documentar los componentes del gasto, así como realizar ejercicios de microcosteo para planear la asignación de recursos financieros a los diferentes servicios. Un insumo imprescindible para establecer las comparaciones del gasto entre hospitales es avanzar, de manera paralela, en un sistema de clasificación de los egresos que tome en consideración la complejidad de las condiciones de salud de los pacientes que egresan de la red de hospitales.

En ausencia de un sistema de información financiera regular de los hospitales, se presentan por ahora una experiencia orientada a iniciar la documentación del gasto hospitalario: la experiencia

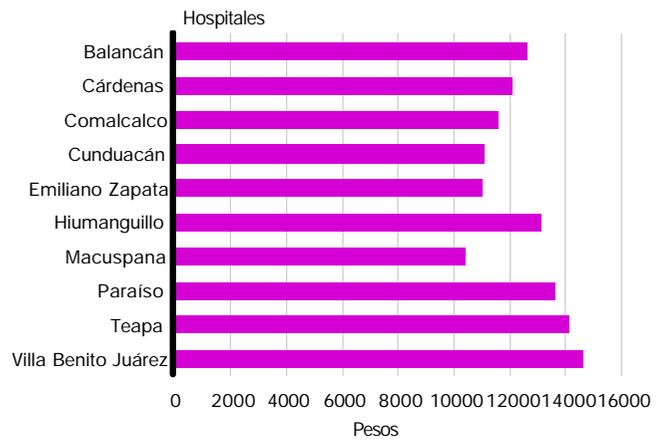
del Estado de Tabasco. En Tabasco se realizan evaluaciones trimestrales de costos de las unidades hospitalarias mediante el uso de la paquetería conocida como WINSIG (Sistema de Información Gerencial en ambiente Windows) desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud.

De acuerdo con la información proporcionada por la Secretaría de Salud de Tabasco entre los meses de abril y junio de 2004, los costos promedio por egreso de 10 hospitales generales de menos de 60 camas fueron: a) medicina interna \$12,410, (\$10,375 - \$14,605); b) cirugía general \$5,922 (\$4,951- \$ 6,970); c) ginecología y obstetricia \$6,356 (\$ 5,314 - \$7,481), y d) pediatría \$8,695 (\$7,269 - \$10,233). En los extremos de esta distribución se encuentran los hospitales de Villa Benito Juárez y Macuspana; en el primero se presentan los costos más elevados en todos los servicios, mientras que en el hospital de Macuspana se presentaron los costos más bajos. Por otra parte, el servicio de medicina interna presentó el costo promedio por egreso más alto en comparación con las tres especialidades restantes. La explicación de estas diferencias debe tomar en cuenta factores relacionados con el volumen de egresos, complejidad de los padecimientos y ubicación geográfica de las instituciones, entre otros

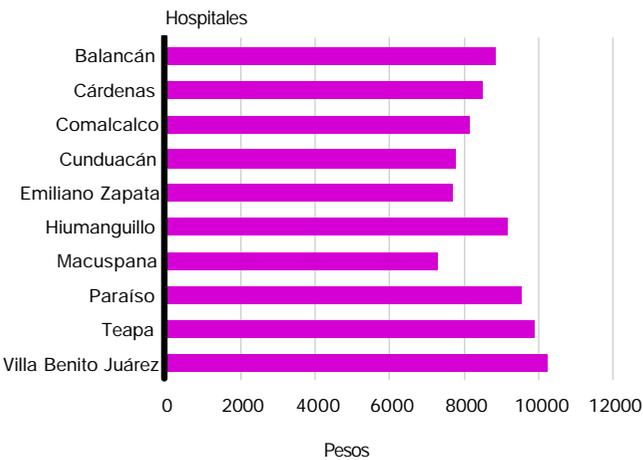
**Costos promedio por egreso
en Cirugía General
Hospitales < 60 camas
Tabasco abril - junio 2004**



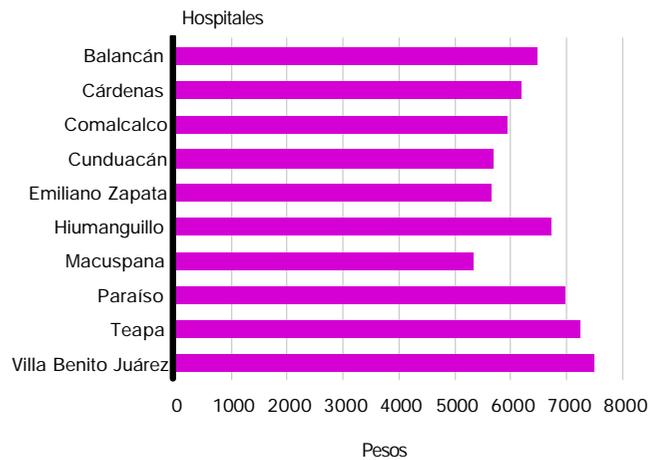
**Costos promedio por egreso
en Medicina Interna
Hospitales < 60 camas
Tabasco abril - junio 2004**



**Costos promedio por egreso
en Pediatría
Hospitales < 60 camas
Tabasco abril - junio 2004**



**Costos promedio por egreso
en Ginecología
Hospitales < 60 camas
Tabasco abril - junio 2004**



Costo promedio por servicio en dos hospitales especializados de la Secretaría de Salud de Tabasco

Los hospitales especializados de 120 y 144 camas “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” (GRP) y “Dr. Juan Graham Casasús” (JGC) de la Secretaría de Salud de Tabasco también están empleando el Sistema de Información Gerencial (WINSIG), por lo que es posible establecer comparaciones de costos promedio por servicio.

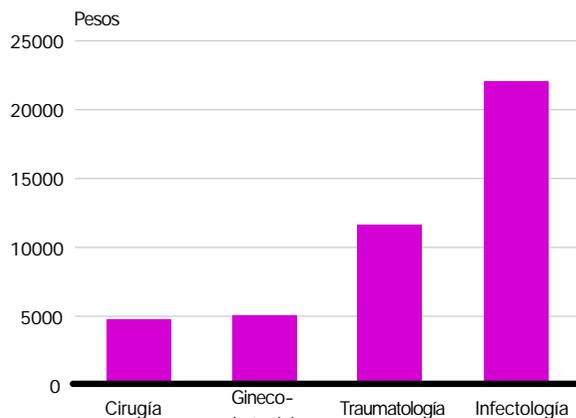
En ambos hospitales los costos promedio más altos por egreso en el periodo de abril a junio de 2004 se presentaron en los servicios de infectología y traumatología. En el hospital GRP hubo 52 egresos en infectología para un costo promedio de \$22,058, mientras que en el hospital JGC hubo 8 egresos y un costo promedio de \$21,896. El servicio de oncología, disponible sólo en el hospital JGC, mostró el costo promedio más alto con \$22,117 para ocho egresos en el periodo. Los servicios con costos más bajos por egreso fueron el de cirugía en el hospital GRP, con \$4,807 (1006 egresos), y el de oftalmología en el hospital JGC, con \$3,305 (31 egresos).

En el rubro de consulta externa los costos promedio por consulta más altos en el hospital GRP se observaron en la clínica de displasia y cirugía

pediátrica: \$1,011 y \$893.0, con 453 y 22 consultas respectivamente. Los costos más bajos se presentaron en las consultas de endoscopia y oftalmología, con \$139 y \$158, respectivamente. El número de consultas en el periodo para ambos servicios fue de 678 y 1137 pacientes. En el hospital JGC los costos más altos fueron en las consultas de periodoncia y en la clínica de displasia con \$2,139 y \$1,042 (20 y 848 consultas), y los costos más bajos en la consulta de nutrición, con \$81 y 291 pacientes atendidos.

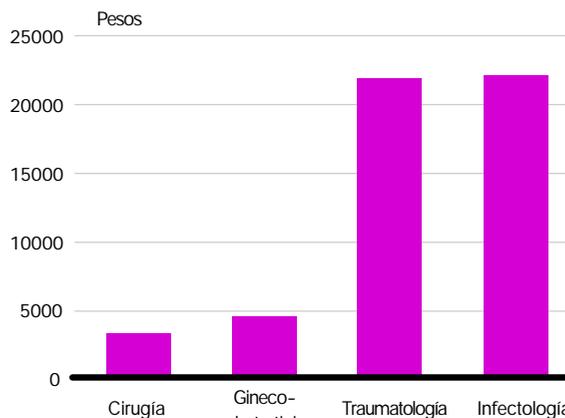
Los resultados obtenidos con el uso del paquete Winsig por la Secretaría de Salud de Tabasco es un buen punto de partida para mejorar las estimaciones de los costos de la atención hospitalaria y hacer más racionales la asignación de los presupuestos de estas instituciones. Las mejoras que se pueden prever con este instrumento incluyen la agrupación de los egresos según niveles de complejidad (Grupos Relacionados por el Diagnóstico), lo que permitiría comparar la eficiencia financiera de los hospitales, así como contribuir a la toma de decisiones gerenciales con información más precisa.

Costos promedio por egreso Hospital General "Dr. Gustavo A. Rovirosa" segundo trimestre 2004



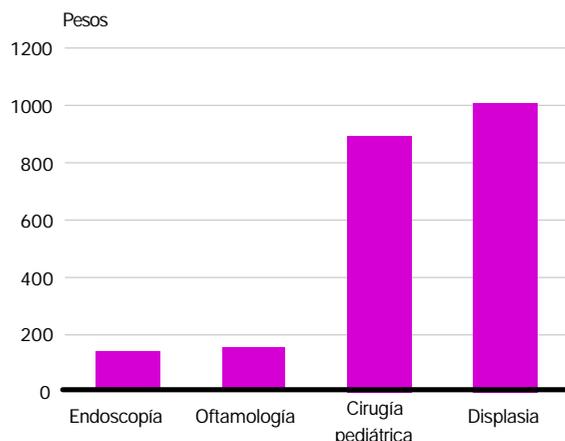
Servicio	Egresos	Índice ocupacional	Días de estancia
Cirugía	1006	83.8	2.02
Gineco-obstetricia	1420	109	1.67
Traumatología	305	283	10
Infectología	52	41.5	4.7

Costos promedio por egreso Hospital General "Dr. Juan Graham Casasús" segundo trimestre 2004



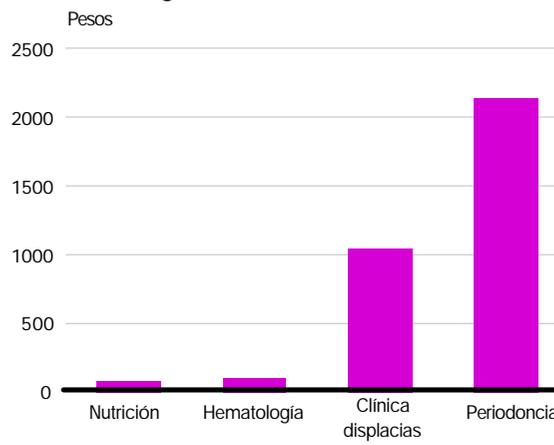
Servicio	Egresos	Índice ocupacional	Días de estancia
Cirugía	31	74	3.4
Gineco-obstetricia	83	86	6.0
Traumatología	22	95	5.6
Infectología	8	20	6.5

Costos promedio por consulta Hospital General "Dr. Gustavo A. Rovirosa" segundo trimestre 2004



Servicio	Costos	Consultas
Endoscopia	139	678
Oftamología	158	1137
Cirugía pediátrica	893	22
Displasia	1011	543

Costos promedio por consulta Hospital General "Dr. Juan Graham Casasús" segundo trimestre 2004



Servicio	Costos	Consultas
Nutrición	81	291
Hematología	95	298
Clínica displacias	1042	848
Periodoncia	2139	20