

Desempeño de las Instituciones Públicas de Salud

- Presentación
- Mortalidad intrahospitalaria
- Productividad y disponibilidad de recursos
- Calidad en la atención
- Seguridad del paciente
- Gasto e inversión
- Trato y satisfacción del paciente



El sistema mexicano de salud se ha caracterizado tradicionalmente por contar con varios subsistemas. Esta fragmentación tiene su origen en el acto fundacional del sistema de salud. En 1943 se crea, por un lado, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y por el otro, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud. El IMSS respondía a la necesidad de atender los problemas de salud de la clase obrera, pilar del desarrollo industrial. La Secretaría de Salubridad y Asistencia asumió, por su parte, la responsabilidad de atender a la población “no derechohabiente”, concepto éste último que durante décadas evidenció la iniquidad en el ejercicio del derecho a la atención a la salud.

La multiplicidad de instituciones se acentuó con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fundado en 1960, y del Programa IMSS–Coplamar, creado en 1979. Adicionalmente se habían creado servicios especiales para la atención de los miembros de las fuerzas armadas y para los trabajadores de PEMEX.

Con esta pluralidad organizacional, resulta difícil identificar qué fracción de los resultados en salud corresponde a cada institución. De hecho, las acciones de alguno de los subsistemas pueden tener efectos positivos y negativos sobre el desempeño de las otras instituciones. Los prolongados tiempos de espera y el trato inadecuado en algún servicio público, por ejemplo, pueden ocasionar que sus usuarios busquen otras opciones de atención en el sector privado.

Aunque desde hace varios años el área de información de la Secretaría de Salud elabora una serie de boletines en los cuales se presenta información de carácter sectorial – es decir, que involucra a todas las instituciones del sistema–, estos boletines suelen ser consultados únicamente por las personas directamente involucradas en el monitoreo del sistema institucional respectivo. Además, estos informes no pueden ser exhaustivos, por lo que mucha información de interés debe obtenerse mediante el análisis de bases de datos no fácilmente accesibles a la población general.

Salud: México no pretende convertirse en un mecanismo alternativo de información institucional, pero sí quiere contribuir a mejorar su disseminación. El objetivo del capítulo III de este informe es aprovechar la dinámica y el éxito de sus ediciones previas para abrir una ventana que permita visualizar la situación de las instituciones de salud con el fin último de generar un aprendizaje compartido, promover la discusión sobre varios asuntos pendientes y proporcionar información a los usuarios sobre el desempeño de sus instituciones.

Aunque se contó con la colaboración de la mayor parte de los representantes institucionales, el objetivo de publicar información institucional en un marco comparativo no fue fácil de cumplir. Por un lado, se requería apresurar los tiempos de entrega de la información de las instituciones de salud. Por otro, algunos de los indicadores que se deseaba presentar no podían ser construidos con las

fuentes regulares de información. Finalmente, hubo problemas logísticos para generar información primaria sobre algunos aspectos que se consideraba imprescindible presentar.

No obstante todo lo anterior, el objetivo se logró: el capítulo III de *Salud: México 2004* describe el desempeño de las diferentes instituciones públicas de salud. Para lograr esta meta se contó con el apoyo de las áreas de información de cada una de ellas y con la colaboración de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud. También fue necesario llevar a cabo una encuesta que recogió respuestas de más de 18,000 usuarios sobre aspectos como la satisfacción con la atención, el trato recibido, y el abasto de medicamentos. El trabajo de campo de la encuesta quedó en manos del Instituto Nacional de Salud Pública.

Así, los datos que se presentan en este capítulo se obtuvieron de varias fuentes:

- las diferentes ramas del sistema de información en salud;
- las bases de datos de egresos de la Secretaría de Salud (SAEH) y del IMSS;
- información proporcionada por otras instancias del sector salud, como el Consejo de Salubridad General, y
- la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado 2005.

El capítulo III está constituido por 29 indicadores, los cuales se seleccionaron con base en su relevancia, disponibilidad de información e impacto. Estos indicadores se agruparon en seis grandes rubros: i) mortalidad intrahospitalaria; ii) productividad y disponibilidad de recursos; iii) calidad de la atención; iv) seguridad del paciente; v) gasto e inversión, y vi) trato y satisfacción del paciente.

Mortalidad intrahospitalaria

Dos de cada tres muertes, aproximadamente, ocurren en los servicios de salud, muchas de ellas en las unidades de urgencia. *Salud: México 2004* presenta información sobre tres indicadores de mortalidad intrahospitalaria: mortalidad infantil, mortalidad materna y mortalidad en adultos mayores de 65 años.

Gracias al éxito de las medidas de salud pública para reducir las enfermedades infecciosas, actualmente la mayoría de las muertes infantiles se asocian a padecimientos perinatales y malformaciones congénitas, por lo que algunos de los niños que presentan estos problemas mueren en los primeros días después del nacimiento y antes de salir del hospital. Las cifras más recientes indican que más de 60% de las muertes infantiles ocurren antes de que se cumpla una semana de vida. Debido al porcentaje de muertes infantiles que ocurre fuera de los hospitales, la tasa de mortalidad

infantil intrahospitalaria es notablemente más baja que la mortalidad total infantil observada. La tasa de mortalidad infantil intrahospitalaria más baja es la del IMSS, con 9 muertes por 1,000 nacimientos atendidos. En la Secretaría de Salud esta tasa es de 15.4 por 1,000. Entre las razones que podrían explicar esta marcada diferencia –además de las variaciones en la calidad de atención–, se incluyen: 1) el que la tasa de la Secretaría de Salud esté inflada artificialmente por las muertes de niños que no nacieron en sus unidades y, 2) los diferentes perfiles sociodemográficos de la población atendida.

Esta última hipótesis es todavía más plausible en el caso de la mortalidad materna, donde la tasa de la Secretaría de Salud es tres veces mayor que la del IMSS y el doble de la del ISSSTE. Casi la mitad de las muertes maternas ocurren en la Secretaría de Salud y la mayor parte de ellas ocurren a consecuencia de detecciones y tratamientos tardíos de diversas alteraciones. Por ello se ha iniciado un esfuerzo para dar seguimiento exhaustivo a cada uno de los fallecimientos con la finalidad de identificar los eventos críticos que desembocan en estas muertes.

El último indicador de mortalidad presentado se refiere a las muertes en adultos mayores. En realidad este indicador es la única tasa verdadera entre las presentadas, ya que el numerador utilizado en el cálculo sí está directamente relacionado con la población en riesgo. Como era de esperarse, y en apoyo a algunas de las afirmaciones ya expresadas sobre las diferencias en los otros indicadores, en este caso las diferencias interinstitucionales son mínimas. Las tres instituciones para las que se cuenta con información presentan tasas de alrededor de 95 muertes por 1,000 egresos de personas mayores de 65 años. Para mejorar la calidad del análisis de la mortalidad en este grupo, es necesario contar con herramientas que permitan equilibrar las comparaciones de acuerdo con la gravedad del padecimiento principal y considerando también los padecimientos asociados.

Productividad y disponibilidad de recursos

Productividad

Como indicadores de productividad de los servicios de salud, el capítulo III de *Salud: México 2004* presenta el promedio diario de consultas por consultorio y el promedio diario de cirugías por quirófano.

Las cifras de consultas por consultorio reflejan de manera clara la saturación de los servicios de primer nivel en el IMSS. A pesar de un ligero descenso en el último año, los datos proporcionados por esta institución indican que diariamente se llevan a cabo casi 30 consultas por consultorio, cifra que prácticamente duplica la de cualquier otra institución. A pesar de que podrían encontrarse explicaciones relacionadas con una organización más eficiente de los servicios, el elevado número de

consultas que se otorgan en el IMSS seguramente está asociado con las quejas de sus usuarios con respecto a la pobre calidad interpersonal de los servicios en esa institución. El ISSSTE, la Secretaría de Salud y el IMSS–Oportunidades presentan cifras de consulta por consultorio de 16.8, 14.9 y 17.2, respectivamente.

La elevada relación entre cirugías y quirófanos en el Programa IMSS–Oportunidades puede explicarse desde otro punto de vista, sin descuidar el hecho de que también en este indicador el IMSS tiene cifras altas de productividad. Considerando la disponibilidad de recursos físicos y el perfil de la población que atiende dicho programa, es probable que su cifra se deba más a una escasez de quirófanos que a una demanda excesiva de servicios. A diferencia de los servicios del IMSS y del Programa IMSS–Oportunidades, que manejan cifras de cuatro cirugías diarias por quirófano, en los servicios de salud de PEMEX sólo se ejecutan, en promedio, 1.5 cirugías diarias.

Poblaciones

La discusión de los indicadores de disponibilidad, al igual que la del gasto per cápita, requiere de una aclaración importante. Aunque varios de los indicadores presentados en *Salud: México 2004* son estimaciones, existe una clara preferencia por presentar información oficial consolidada o al menos resultados de estimaciones que no entren en conflicto con las cifras oficiales. No obstante, en el caso particular de las poblaciones de responsabilidad institucional existen evidencias que contradicen y ponen en duda la validez de algunas de las cifras institucionales.

En el caso particular del IMSS, las autoridades de esa institución se han esforzado en dar mayor sustento a sus cifras, lo que ha reducido en algunos millones el número total de población derechohabiente de esta institución. Los casos de las poblaciones de las Fuerzas Armadas y de PEMEX no generan gran conflicto, porque además de representar pequeñas fracciones de toda la población, cuentan con registros certeros de su población. Los principales problemas se encuentran en las poblaciones del ISSSTE y el Programa IMSS–Oportunidades.

En el caso del ISSSTE, además de que las cifras de esta institución están por arriba de lo que sugieren varias fuentes poblacionales, el factor de expansión utilizado para calcular la población derechohabiente a partir de los sujetos directamente asegurados es casi el doble del factor que usa el IMSS y no hay una explicación clara sobre las razones de esta diferencia.

El Programa IMSS–Oportunidades, por su parte, reporta oficialmente que atiende a 10.2 millones de personas. Sin embargo, si estas cifras se aceptaran sin discusión, se aceptaría implícitamente que la población que atiende esta institución es más sana que el promedio general –lo cual es poco

plausible dado el perfil social de la población a la que atienden– ya que la relación de consultas y cirugías con la población es más baja que en otras instituciones.

Dado que la población de responsabilidad de la Secretaría de Salud se calcula mediante la diferencia entre la población sin derechohabencia y la del Programa IMSS–Oportunidades, los posibles errores en las cifras oficiales influyen también en la validez de la cifra poblacional de la Secretaría.

Por estas razones, en *Salud: México 2004* se decidió utilizar como denominadores para los cálculos de los indicadores de disponibilidad de recursos – incluido el gasto per cápita institucional– las poblaciones estimadas por la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, las cuales, básicamente, reducen la población de responsabilidad de las grandes instituciones de seguridad social y del Programa IMSS–Oportunidades, e, indirectamente, impactan en las cifras de población de la Secretaría de Salud.

El efecto de estos denominadores es mínimo en el caso de los recursos físicos y humanos, pero es más perceptible en el caso del gasto per cápita. Sería deseable que las posibles reacciones al uso de estas cifras incluyan la generación de acuerdos sobre las poblaciones, idealmente la de generar censos nominales de población para cada institución que permitan trabajar con cifras más precisas y acordes con las diversas evidencias existentes.

Disponibilidad de recursos

En esta sección se presentan tres indicadores de disponibilidad de recursos: disponibilidad de médicos, disponibilidad de enfermeras y disponibilidad de camas.

Los médicos son el recurso humano fundamental de todo sistema de salud. Una adecuada disponibilidad de médicos significa que el médico tendría altas probabilidades de estar presente y disponible cuando sea requerido, pero para que esto sea completamente cierto se requiere no sólo que la relación de médicos y población sea correcta, sino que la distribución espacial del recurso humano sea lo más equilibrada posible. Uno de las de las características de los servicios de salud en México es la concentración de recursos en las grandes urbes del país. Así, la disponibilidad de médicos en el Distrito Federal, tanto de la seguridad social como de la Secretaría de Salud, es tres veces más alta que en el Estado de México. Lo más grave es que aun al interior de los estados también es posible identificar esta iniquidad. A nivel de instituciones, PEMEX presenta una mayor disponibilidad de médicos, con cifras dos veces más altas que las de las otras instituciones. Le sigue el

ISSSTE, con 1.6 médicos por 1,000 usuarios potenciales, mientras que las instituciones con menores cifras son el Programa IMSS–Oportunidades y la Secretaría de Salud.

Como elemento esencial del cuidado de los usuarios de servicios de salud, la enfermera juega un papel fundamental en la asistencia médica. En varias de las instituciones de salud la relación entre médicos y enfermeras ha disminuido, lo que refleja un problema en la formación de este recurso y en la capacidad de las instituciones para retener y estimular al personal de enfermería. El indicador de disponibilidad de enfermeras muestra que hay casi cuatro enfermeras por 1,000 usuarios en PEMEX, dos en el IMSS y en el ISSSTE, y 1.6 en la la Secretaría de Salud.

Finalmente, la disponibilidad de camas muestra un patrón similar al de los médicos: una alta concentración en el Distrito Federal, mayor nivel de disponibilidad en PEMEX y cifras particularmente bajas en el IMSS–Oportunidades.

Calidad en la atención

Medir la calidad de los servicios de salud no es tarea sencilla. En última instancia, todas las actividades de las instituciones de salud, desde el diseño de los servicios hasta el comportamiento del personal de limpieza en las unidades, afectan la calidad de la atención.

Como una primera aproximación a la calidad de los servicios que prestan las diferentes instituciones públicas de salud, en el capítulo III de *Salud: México 2004* se presenta información sobre el porcentaje de complicaciones y los días promedio de estancia hospitalaria en la atención de partos, cesáreas y colecistectomías. Estos indicadores sólo comparan al IMSS y a la Secretaría de Salud porque fueron las únicas instituciones que proporcionaron las bases de datos necesarias para hacer las estimaciones. También se incluyen en este apartado el porcentaje de nacimientos atendidos por cesárea en cada institución, el porcentaje de cirugías programadas que han tenido que ser diferidas, el porcentaje de hospitales certificados y el abasto de medicamentos.

Una gran cantidad de recursos de las instituciones de salud se dedican a la atención materna. En la medida en que esta atención se proporciona con calidad, se reducen las posibles complicaciones y la estancia hospitalaria. Actualmente el parto vaginal es altamente seguro. El porcentaje de complicaciones es menor a 0.5% y la estancia hospitalaria es de un día como máximo, a menos que se presente alguna complicación, lo cual puede incrementar el promedio a 1.5 días. Es destacable que el promedio de estancia hospitalaria en el IMSS de apenas 0.4 días, cifra muy inferior a la de la Secretaría de Salud.

El porcentaje de cesáreas es un indicador muy sensible de la calidad en la atención del nacimiento. Los estándares internacionales, basados en los porcentajes con mejores cifras de mortalidad materna y neonatal, se han fijado en 15% de cesáreas. En todas las instituciones de salud este porcentaje ha sido superado, aunque en el Programa IMSS–Oportunidades se mantiene por debajo de 20%. La situación más preocupante es la del ISSSTE, donde 60% de los nacimientos fueron por cesárea en 2004. Entre los estados resaltan los casos de Oaxaca y Tabasco, donde las cesáreas representan más del 50% de los nacimientos atendidos en unidades de la seguridad social. En la Secretaría de Salud el porcentaje más bajo corresponde al Estado de México, con 23%, y el más alto a Yucatán, con casi 40% de cesáreas.

Una de las críticas que se hace a los altos porcentajes de cesárea es que se pone en riesgo a las madres sin una justificación contundente. Aunque esto es cierto, el porcentaje de complicaciones en las madres que sufren esta intervención también ha llegado a ser muy bajo. En el IMSS sólo ocurren complicaciones en siete de cada 1,000 cesáreas, mientras que la cifra de la Secretaría de Salud es de 12 por cada 1,000. Lo que es indudable es que las cesáreas repercuten en los costos de operación de los servicios de salud, tanto por el uso de material y equipo quirúrgico, como porque se prolonga la estancia hospitalaria hasta un promedio de dos días en la Secretaría y 2.5 en el IMSS. Sin embargo, cuando se presenta alguna complicación, la estancia llega a prolongarse en promedio hasta 4.6 días.

La extracción de la vesícula biliar es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes. Sólo en el IMSS y la Secretaría de Salud se realizaron casi 100,000 colecistectomías en 2004. Las complicaciones cuando se realizó este procedimiento se presentaron con una frecuencia de 2.8% en los servicios de la Secretaría y de 1.9% en el IMSS. Las complicaciones son más frecuentes entre la adultos mayores, donde hasta 3.5% de los pacientes puede llegar a fallecer. Cuando esta cirugía se realiza mediante laparoscopia, los días de estancia se reducen de 3.8 a sólo dos días.

Las cirugías programadas permiten una adecuada preparación del paciente y una jerarquización de las prioridades quirúrgicas en las unidades. Sin embargo, los prolongados tiempos de espera para cirugía generan molestia en el paciente, sobre todo cuando la cirugía termina siendo reprogramada. El porcentaje más alto de cirugías diferidas corresponde al ISSSTE, con casi 11% de sus cirugías canceladas. El porcentaje más bajo corresponde al Programa IMSS–Oportunidades, con 5%. Las principales causas de diferimiento son atribuibles al paciente, pero la escasez de quirófanos y la falta de médicos también juegan papeles destacables.

La certificación de hospitales es un procedimiento de evaluación coordinado por el Consejo de Salubridad General que se efectúa por evaluadores ajenos a la institución a la cual pertenece el hospital que se está evaluando. El porcentaje más alto de hospitales certificados lo tiene PEMEX, institución que tiene certificados a 90% de sus 23 hospitales. Le sigue el IMSS con casi 60% de sus

259 hospitales certificados, mientras que los porcentajes más bajos corresponden a las Fuerzas Armadas.

Una buena proporción del gasto en salud de los hogares es atribuible a la compra de medicamentos. A veces esto se debe a la automedicación, pero en otras ocasiones es producto de un surtimiento incompleto de la receta médica en las instituciones públicas. Como era de esperarse, los porcentajes más altos de recetas surtidas de forma completa correspondieron al IMSS y al ISSSTE. En el extremo opuesto apareció la Secretaría de Salud, con 60% de recetas surtidas completamente. No obstante, la implantación del Seguro Popular está modificando rápidamente este patrón. Entre los usuarios que están afiliados a este sistema, casi 80% obtuvo el surtimiento completo de sus recetas y sólo 15% tuvo que hacer un desembolso por medicamentos, contra 40% de los usuarios de la Secretaría que no están afiliados al Seguro Popular.

Seguridad del paciente

Actualmente una de las principales preocupaciones de los operadores de los servicios de salud es la seguridad de los pacientes. Aunque en México no se cuenta con información regular que permita identificar las fortalezas y debilidades en la seguridad de las unidades médicas, diversas áreas de la Secretaría de Salud, en conjunción con autoridades hospitalarias, están definiendo los mecanismos para evaluar este importante dominio de la prestación de servicios.

Por lo pronto, en este documento se presenta información desagregada por institución sobre los hospitales que cumplen con la normatividad establecida para la operación de unidades de rayos X, laboratorios y farmacias, y sobre los hospitales que tienen contratos vigentes con empresas especializadas en el manejo de residuos peligrosos biológico – infecciosos (RPBI).

Los resultados muestran que la mayor parte de los hospitales cuenta con personal calificado para la operación de los servicios de apoyo hospitalario; sin embargo, el porcentaje de unidades que cuentan con autorización de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios para la operación de estos servicios es mucho menor.

Con relación a los RPBI, 90% de los hospitales visitados tienen convenios con empresas especializadas para el manejo de estos residuos. Las diferencias institucionales en este indicador no son significativas.

Gasto e inversión

El gasto per cápita institucional da una idea muy clara de la disponibilidad de los recursos financieros con que cuentan las instituciones para responder a las exigencias de sus respectivas poblaciones. Aunque este es uno de los indicadores que se ve más afectado por las posibles deficiencias en la estimación de las poblaciones, la información que proporciona es muy relevante en términos de política y financiamiento a la salud.

Las cifras de gasto en 2004 muestran que la mayor disponibilidad de recursos financieros fue la de PEMEX, que contó con más de 10,000 pesos por cada uno de sus usuarios potenciales. En el extremo opuesto se encuentra el Programa IMSS–Oportunidades, con 950 pesos por cada miembro de la población que esta institución tiene bajo su responsabilidad. El gasto per cápita del IMSS en 2004 fue de 3,546 pesos y el del ISSSTE de 2,524 pesos. El gasto del Seguro Popular toma en cuenta no sólo el presupuesto operativo de este sistema de protección social, sino también los beneficios que sus afiliados reciben del gasto regular de la Secretaría. Así, el gasto per cápita del Seguro Popular asciende a 2,292 y el de la Secretaría de Salud a 967 pesos.

La descripción de la distribución del gasto también es una herramienta útil para la rendición de cuentas. PEMEX, con 29%, es la institución que mayor porcentaje de su presupuesto destina a la compra de medicamentos, mientras que el IMSS destina más de 25% de su presupuesto a actividades administrativas. Dentro de la Secretaría de Salud, Tabasco, Guanajuato y Jalisco son los estados que más invierten en la compra de medicamentos, con porcentajes por arriba de 8%.

Trato y satisfacción del paciente

Además de brindar atención médica efectiva, los servicios de salud deben esforzarse por tratar a sus pacientes cordial y respetuosamente, promover que éstos participen en la toma de decisiones con respecto a su salud, permitir que elijan a sus médicos y las unidades donde desean ser tratados, y ofrecerles servicios y comodidades básicas de calidad adecuada. Todos estos factores son componentes de lo que se ha llamado *trato adecuado*, que es uno de los tres objetivos fundamentales de los sistemas de salud.

La satisfacción del paciente es un indicador muy utilizado para medir el grado en que los usuarios se sienten complacidos con la forma en que fueron atendidos en los ámbitos clínicos. El problema con la medición de la satisfacción es que ésta es producto de múltiples variables y el análisis de la información no permite identificar si la satisfacción se debe a la efectividad de la intervención médica o a aspectos más relacionados con el trato humano o, incluso, con las comodidades y servicios de la

unidad donde el paciente fue atendido. Independientemente de lo anterior, los niveles de satisfacción de los usuarios son muy altos en todas las instituciones de salud, particularmente en la atención ambulatoria, donde superan el nivel de 95%.

A diferencia de la satisfacción, la medición del trato, a través de sus ocho dominios o componentes, permite identificar el desempeño de los servicios en áreas muy específicas. Por ejemplo, en el caso de la autonomía, que mide la oportunidad que tienen los usuarios para participar en las decisiones relacionadas con su salud, la mejor institución fue el Programa IMSS–Oportunidades y la que obtuvo las calificaciones más bajas fue el ISSSTE. El porcentaje más alto de usuarios que declaró que no se le permitió participar en la toma de decisiones correspondió a la Secretaría de Salud en atención hospitalaria: 6% de los usuarios de esa institución declararon que no pudieron participar en las decisiones personales relacionadas con su salud.

El trato adecuado tiene otra ventaja adicional sobre la medición de la satisfacción. Esta última suele estar fuertemente influida por lo que los usuarios esperan del servicio, por lo que bajos niveles de trato pueden provocar altos niveles de satisfacción si las expectativas no son muy altas. La medición del trato controla este efecto, ya que para su cálculo se incorpora información sobre las expectativas de los usuarios, además de que las calificaciones se ajustan por sexo, edad y escolaridad. Así, las calificaciones finales pueden considerarse una valoración real del desempeño de las instituciones en cada uno de los dominios evaluados.

En materia de atención pronta las instituciones de seguridad social salieron mal calificadas. Nuevamente, la mejor calificación correspondió al Programa IMSS–Oportunidades. La principal hipótesis para explicar este hecho es que los servicios de este programa tienen una menor tasa de utilización.

El trato respetuoso es fundamental en la interacción entre usuarios y proveedores de servicios de salud. El paciente es un individuo en plenitud de derechos y la situación de vulnerabilidad que se asocia al estar enfermo no debe afectar la relación entre las partes del acto médico. En este dominio el Programa IMSS–Oportunidades obtuvo la mejor calificación en la atención hospitalaria. En la atención ambulatoria la mejor calificación correspondió a la Secretaría de Salud.

Otro componente del trato adecuado es la comunicación. El intercambio de información entre el usuario y el médico genera una mayor confianza en éste, disminuye la tensión asociada a la enfermedad y mejora la adherencia al tratamiento. Evidentemente, los tiempos reducidos de consulta disminuyen la posibilidad de hacer preguntas y de recibir toda la información deseada. Quizá debido a esto las calificaciones más bajas en este dominio correspondieron al IMSS y al ISSSTE.

La Secretaría de Salud resultó muy bien calificada en materia de confidencialidad, aunque sólo en el componente de atención ambulatoria. En atención hospitalaria el Programa IMSS–Oportunidades

sobresalió nuevamente. Vale la pena mencionar que en términos generales todas las instituciones obtuvieron buenas calificaciones en este dominio, con excepción de la Secretaría de Salud en la atención hospitalaria.

El dominio con calificaciones más bajas fue el de capacidad de elección. La institución que obtuvo la mejor calificación fue la Secretaría de Salud, en esta ocasión en las dos modalidades de atención. Las calificaciones de todas las instituciones son particularmente bajas en la atención hospitalaria, donde las diferencias interinstitucionales son casi inexistentes. Estos resultados son consistentes con hallazgos anteriores y con la dinámica de prestación de servicios en el sistema mexicano de salud.

Además del componente interpersonal, los sistemas de salud deben ofrecer una serie de servicios y comodidades básicas, como salas de espera limpias y bien ventiladas, comida de buena calidad para los hospitalizados y baños limpios, tanto en las salas de espera como en las áreas de hospitalización. La limpieza de las unidades fue muy bien calificada en el IMSS–Oportunidades, aunque los usuarios de este programa fueron quienes más reprobaron la limpieza de los servicios sanitarios y la comida que se ofrecía a las personas hospitalizadas. En términos generales, la limpieza de los baños fue muy mal calificada, con las mejores calificaciones en el ISSSTE, aunque aun en esa institución sólo fue aprobada por 20% de los usuarios.

El último dominio del trato adecuado mide si las personas internadas en un hospital pudieron mantener contacto con sus redes sociales de apoyo. Se ha demostrado que este dominio es particularmente importante entre la gente de grupos marginados, y que permitir el contacto con las redes sociales favorece el bienestar y ayuda a los servicios a prestar una atención de mejor calidad. Quizá esto explique porque el Programa IMSS–Oportunidades obtuvo las mejores calificaciones en este componente. Las otras tres instituciones de salud evaluadas obtuvieron calificaciones muy similares.

Llama la atención el alto desempeño del Programa IMSS–Oportunidades en casi todos los componentes del trato adecuado. Se ha postulado que el trato adecuado no requiere de grandes inversiones económicas sino de transformaciones en la manera en que los médicos y otros prestadores de servicios de salud visualizan sus interacciones con los usuarios. Por lo tanto, no debería resultar sorpresivo que la institución con menores recursos obtenga las mejores calificaciones en esta área del desempeño. Por el contrario, tal y como se ha planteado desde el inicio de este capítulo, los resultados positivos deberían estimular el aprendizaje compartido, identificando cuáles son los factores que

provocan que una organización tenga mejores desempeños en alguna de las áreas de la prestación de servicios.

Si el presente informe logra estimular estas acciones, si promueve la discusión sobre la pertinencia y validez de los indicadores analizados, y si en alguna medida ayuda a los usuarios, prestadores y directivos a tomar mejores decisiones, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas* habrá cumplido con sus objetivos.

Mortalidad infantil hospitalaria

La **tasa de mortalidad infantil hospitalaria** es el resultado de dividir las muertes en menores de 1 año ocurridas en hospitales entre el total de nacimientos ocurridos en los mismos hospitales en el mismo año, multiplicando el resultado por 1,000.

Existe una transición en la mortalidad infantil en nuestro país. Las medidas de saneamiento ambiental, la mayor educación de las madres y las altas coberturas de vacunación han permitido abatir la importancia relativa de las diarreas y las infecciones respiratorias como causa de muerte en los niños. Esta reducción en las defunciones asociadas a infecciones comunes ha incrementado la relevancia que tienen las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas, lo que a su vez ha ocasionado una concentración de la mortalidad en los primeros días del nacimiento.

Este fenómeno, aunado a una mejor cobertura de los servicios de salud, ha ocasionado que la mayor parte de las muertes infantiles ocurran ahora en las unidades médicas. De acuerdo con los datos más recientes, 64% de las muertes en menores de un año ocurren en unidades de salud del sector público y un 10% adicional en unidades médicas privadas.

Las diferencias en las tasas de mortalidad hospitalaria, tanto institucionales como estatales, deben interpretarse con cautela y no sería conveniente llegar a conclusiones acerca de la calidad de los servicios con dichas cifras. Por ejemplo, existen amplias diferencias en el porcentaje de

muertes infantiles que ocurren en hospitales. Mientras que en Puebla sólo 43% de las muertes ocurren en los servicios de salud, en estados como Colima este porcentaje asciende a 89%. Otra variable es la relacionada con las muertes de niños que no nacieron en los hospitales donde fallecen y que, por lo tanto, incrementan artificialmente las tasas de esas unidades. No es raro, por ejemplo, que madres con seguridad social decidan dar a luz en clínicas privadas, pero al presentarse alguna complicación se trasladen a los servicios públicos para continuar con su atención o la de sus hijos.

Finalmente, una última consideración es la relacionada con las muertes que ocurren en el área de urgencias de los servicios de salud, ya que dichas defunciones no son contabilizadas como egresos hospitalarios y, por lo tanto, no inciden en las cifras aquí presentadas.

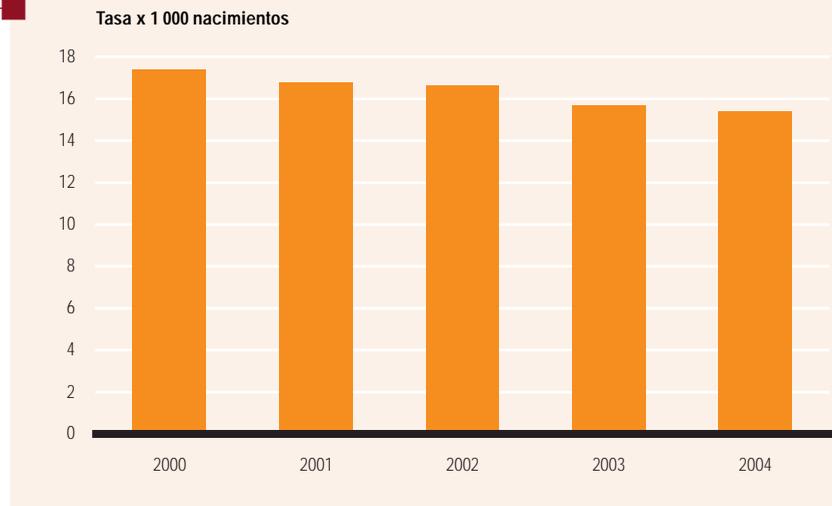
A nivel nacional la tasa más alta de mortalidad hospitalaria corresponde a la Secretaría de Salud, con 15.4 muertes por 1,000 nacimientos. El ISSSTE ocupa la posición intermedia, con una cifra de 10.5 por 1,000. Finalmente, el IMSS muestra la tasa más baja, con nueve muertes por 1,000 nacimientos atendidos.

Tasa de mortalidad infantil hospitalaria por institución
México 2004



La mortalidad infantil hospitalaria en el IMSS es 40 y 15% menor que la de la Secretaría de Salud y del ISSSTE, respectivamente.

Mortalidad infantil hospitalaria en la Secretaría de Salud
México 2000-2004



La mortalidad infantil hospitalaria en la Secretaría de Salud ha disminuido 12% en los últimos cuatro años.

Mortalidad materna hospitalaria

La **tasa de mortalidad materna hospitalaria** es el resultado de dividir las muertes ocurridas en ámbitos hospitalarios como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio en un año entre los nacidos vivos en ese mismo periodo en las mismas instituciones, multiplicando el resultado por 100,000.

Existe un amplio debate acerca de las muertes maternas: ¿son un problema de calidad de la atención o un reflejo de la incapacidad del sistema para ofrecer servicios a quienes los necesitan?

Seguramente la respuesta es que algunas muertes son resultado de deficiencias técnicas en la prestación del servicio, mientras que otras ocurren como consecuencia de problemas organizacionales que limitan el acceso a los servicios y la atención oportuna.

De este modo, la mortalidad materna que ocurre en hospitales es resultado de una compleja mezcla de variables relacionadas con la distribución geográfica de las unidades de atención, las características sociales de las madres y los procedimientos institucionales de atención materna, entre otras.

Casi 80% de las muertes asociadas a la maternidad ocurren en unidades médicas, 67% en unidades públicas – principalmente la Secretaría de Salud– y 13% en unidades privadas. Estas cifras guardan relación con el tipo de población al que atiende cada institución, el nivel de cobertura de cada institución y, desde luego, los posibles problemas en la prestación de los servicios.

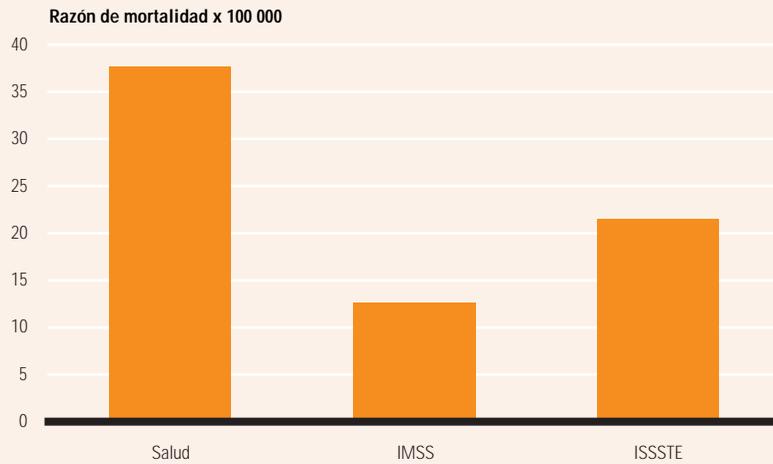
Sin embargo, debe considerarse que muchas de los fallecimientos ocurren en los servicios de urgencias y, por

tanto, no son registrados por los sistemas regulares de egresos hospitalarios. Por ejemplo, mientras que de acuerdo con los certificados de defunción en el IMSS ocurrieron 182 muertes maternas, sin embargo, los sistemas regulares de información hospitalaria sólo reportan 70 defunciones. En el caso de la Secretaría de Salud las cifras son similares: los certificados arrojan una cifra de 534 muertes, pero la base de egresos sólo registra 238.

Por todas estas razones, las cifras presentadas de este informe deben evaluarse con cautela. No obstante, la magnitud de las diferencias es tal, que es imposible no resaltar que la razón de mortalidad materna en hospitales en 2004 fue tres veces más alta en la Secretaría de Salud que en el IMSS y 70% más alta que la del ISSSTE.

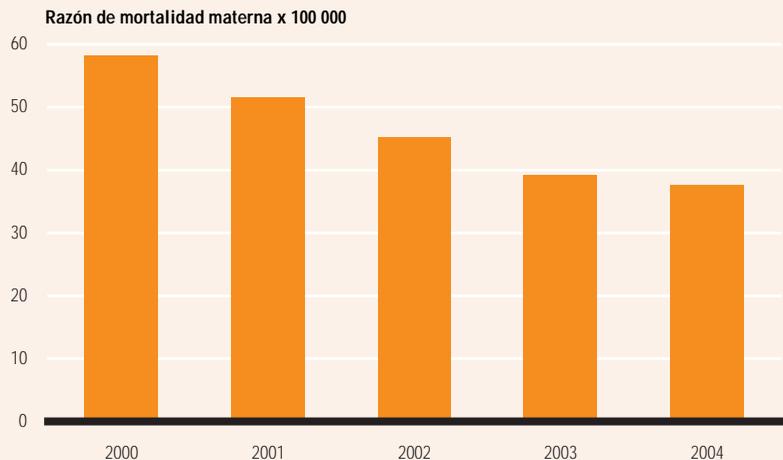
Alguna proporción de esta diferencia puede atribuirse al diferente perfil social de la población que atiende cada institución, pero no debe descartarse que en el IMSS existan algunas prácticas que favorezcan un mejor control prenatal, una mejor atención del parto y un seguimiento más adecuado del puerperio que en última instancia desembocan en una menor cantidad de muertes maternas.

Razón de mortalidad materna por institución
México 2004



La razón de mortalidad materna hospitalaria en la Secretaría de Salud es más alta que en el IMSS y el ISSSTE.

Razón de mortalidad materna hospitalaria en unidades de la Secretaría de Salud
México 2000 - 2004



La razón de mortalidad materna en la Secretaría de Salud ha descendido 35% del año 2000 a la fecha.

Mortalidad hospitalaria en adultos mayores de 65 años

La **tasa de mortalidad intrahospitalaria en mayores de 65 años** es el resultado de dividir las muertes ocurridas por cualquier causa en ese grupo de edad durante un año, entre el total de egresos de personas mayores de 65 años, multiplicando el resultado por 1,000.

Uno de los grandes retos que enfrenta el sistema mexicano de salud es el envejecimiento de la población. Conforme aumenta el número de personas en los grupos de mayor edad, la frecuencia de enfermedades que requieren de tratamientos costosos y prolongados se incrementa.

Las principales causas de ingreso a servicios hospitalarios en este grupo de edad son las cataratas, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las fracturas de fémur. Todas éstas son enfermedades de larga duración, que demandan procedimientos quirúrgicos, y atención clínica y estancias prolongadas en el hospital. Por ejemplo, en el caso de fracturas de fémur, la estancia promedio es de nueve días y de cinco en el caso de la insuficiencia renal.

En 2000 alrededor de 8% de los egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud se concentraron en pacientes mayores de 65 años. En el IMSS, que atiende a una población con características sociales diferentes, el porcentaje de egresos correspondiente a este grupo asciende a 15%.

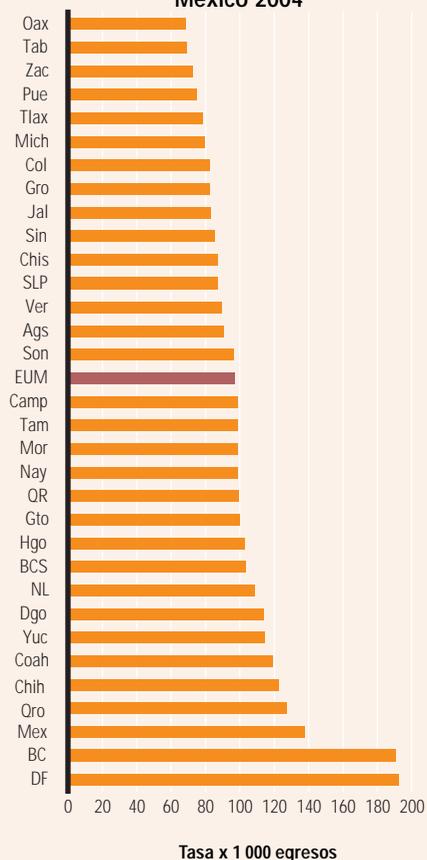
La principal causa de muerte hospitalaria en adultos mayores es la diabetes, seguida de las enfermedades

cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón.

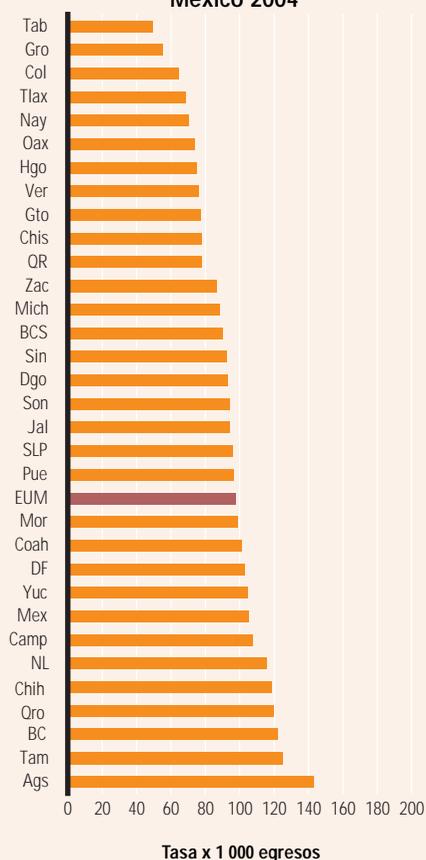
Es difícil achacar las posibles diferencias en la tasa de mortalidad a diferencias en la calidad de la atención. Se requieren comparaciones entre grupos parecidos, con patologías similares, y con niveles de complicación y gravedad más o menos homogéneos. Por lo pronto se carece de las herramientas informáticas para hacer frente a este problema de información, pero se están haciendo esfuerzos por solucionarlo.

Las cifras a nivel nacional muestran que las tres principales instituciones de salud presentaron tasas similares de mortalidad intrahospitalaria en adultos mayores. En el nivel estatal, las tasas más altas de mortalidad intrahospitalaria en la Secretaría de Salud se observaron en el Distrito Federal y Baja California, con cifras de 190 muertes por 1,000 egresos en este grupo. En el IMSS la tasa más alta fue la de Aguascalientes, con 143 muertes por 1,000 egresos. En contraste, las cifras más bajas del orden de 49 muertes por 1,000 egresos, se presentaron en los servicios del IMSS del estado de Tabasco. En la Secretaría Salud las tasas más bajas correspondieron a Oaxaca.

Mortalidad intrahospitalaria en mayores de 65 años en unidades de la Secretaría de Salud por entidad federativa México 2004



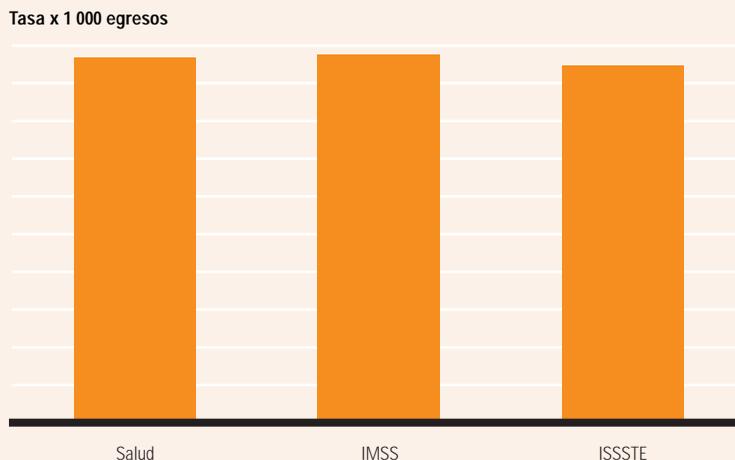
Mortalidad intrahospitalaria en mayores de 65 años en unidades del IMSS por entidad federativa México 2004



El Distrito Federal y Baja California en la Secretaría de Salud, y Aguascalientes en el caso del IMSS, presentan las tasas más altas de mortalidad intrahospitalaria en mayores de 65 años.

La mortalidad intrahospitalaria en mayores de 65 años es muy similar en las tres principales instituciones de salud.

Mortalidad intrahospitalaria en mayores de 65 años por institución México 2004



Consultas por consultorio

El promedio diario de **consultas por consultorio** por institución es el resultado de dividir el número total de consultas externas realizadas en un año en las instituciones públicas de salud entre el producto de la multiplicación del número total de consultorios de primer nivel por 252 días considerados como laborables.

Uno de los indicadores más representativos de la productividad de las unidades de salud es el número de consultas otorgadas a la población. Este indicador también permite inferir el tiempo que se otorga a cada consulta. Es claro que una elevada productividad en el número de consultas afecta la calidad de la atención.

Una queja frecuente de los usuarios se relaciona con el tiempo que tienen que esperar para ser atendidos.

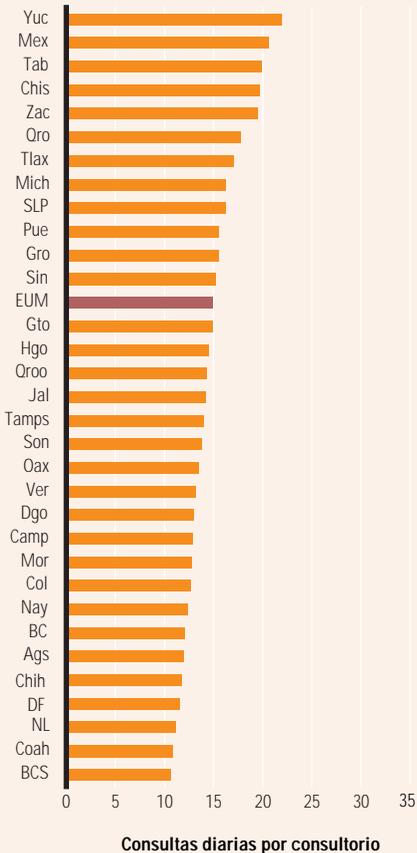
En 2004 la productividad más alta en consulta externa se observó – como desde hace varios años– en el IMSS, donde se registra un promedio de 29.5 consultas diarias por consultorio, cifra a

todas luces elevada. Las cifras correspondientes a las otras instituciones son notablemente más bajas: 14.9 consultas por consultorio en la Secretaría de Salud, 16.8 en el ISSSTE, 17.2 en el IMSS–Oportunidades, 12.4 en PEMEX y 7.3 en los servicios que otorga la Secretaría de la Defensa Nacional.

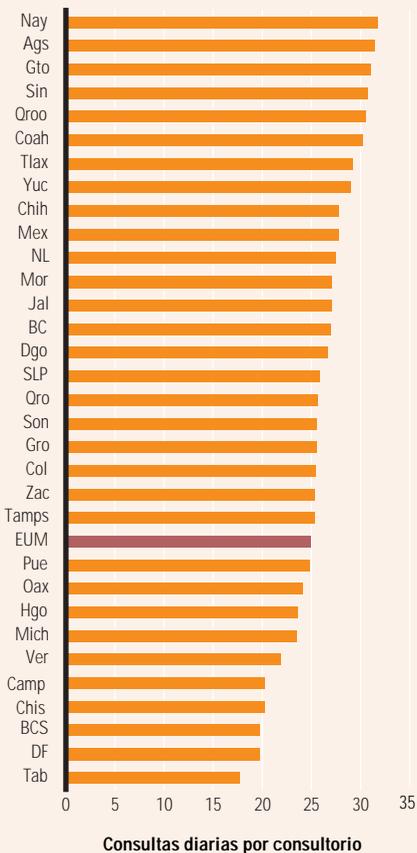
Las entidades con menor productividad en la seguridad social el Distrito Federal y Tabasco. En sentido opuesto, los estados con cifras más altas fueron Nayarit y Aguascalientes.

En la Secretaría de Salud la productividad más alta fue la de Yucatán y la más baja la de Baja California Sur.

Consultas por consultorio en la Secretaría de Salud por entidad federativa México 2004



Consultas por consultorio en instituciones de seguridad social por entidad federativa México 2004

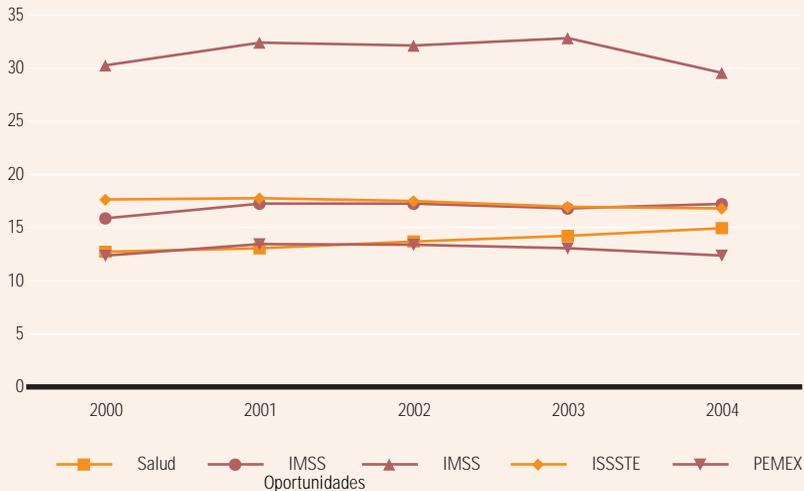


El promedio diario de consultas por consultorio en las unidades de la seguridad social es tan alto que puede estar afectando la calidad de la atención.

* Incluye IMSS, ISSSTE y PEMEX

Con excepción de un ligero descenso en el IMSS, el promedio de consultas diarias se ha mantenido estable en los últimos años.

Consulta externa por consultorio por institución México 2000-2004



Cirugías 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.

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

La comparación interinstitucional en la productividad quirúrgica muestra diferencias interesantes. En el último año hubo un promedio de dos cirugías diarias por quirófano en la Secretaría de Salud, mientras que en los servicios del IMSS–Oportunidades el promedio fue de cuatro. Los promedios en las otras instituciones de salud ascendieron a 3.8 en el IMSS y 2.3 en el ISSSTE. La productividad más baja se observó en los servicios de PEMEX, que presentan un promedio de 1.5 cirugías diarias por quirófano, cifra que parece muy baja.

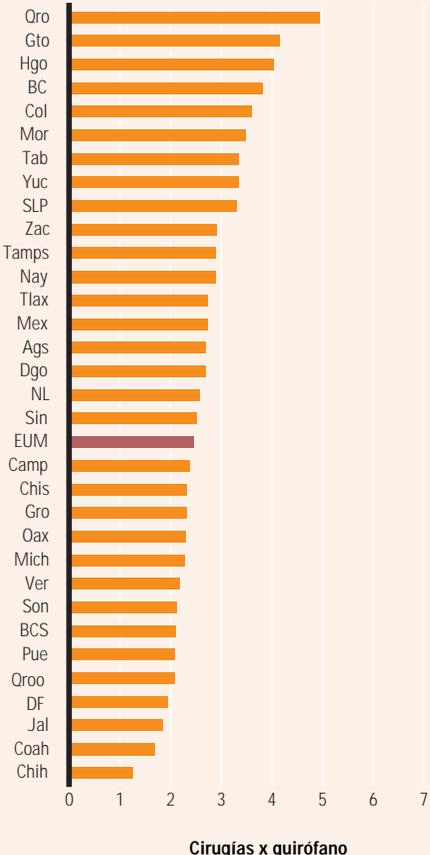
Una posible explicación de la baja productividad quirúrgica en los servicios de PEMEX es el alto número de quirófanos por población de responsabilidad en

esta institución. Mientras que esta institución cuenta con 0.7 quirófanos por 10,000 usuarios potenciales, en el IMSS la relación es de 0.2 por 10,000 derechohabientes.

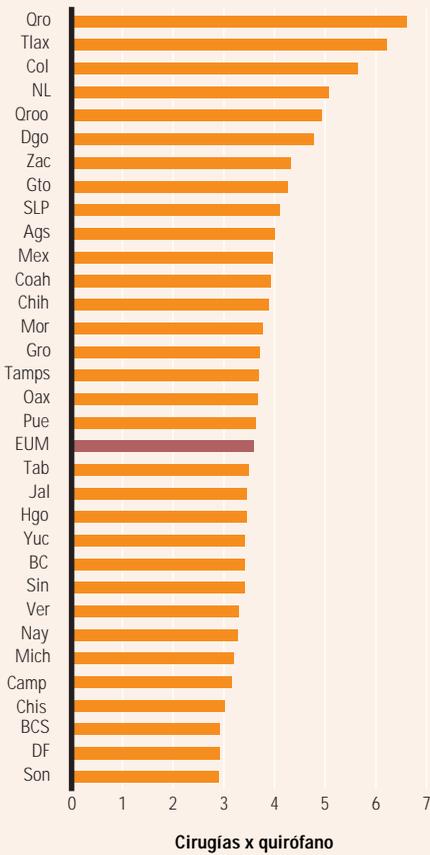
A pesar de la baja productividad de los servicios de PEMEX, la productividad quirúrgica en las instituciones de seguridad social en su conjunto es el doble de la productividad quirúrgica de los servicios de la Secretaría de Salud.

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

Cirugías por quirófano de la Secretaría de Salud por entidad federativa México 2004



Cirugías por quirófano de las instituciones de seguridad social por entidad federativa México 2004



La productividad quirúrgica es más alta en las instituciones de seguridad social que en la Secretaría de Salud.

* Incluye IMSS, ISSSTE y PEMEX

Desde 1998 existe una clara tendencia ascendente en la productividad quirúrgica de la Secretaría de Salud.

Cirugías por quirófano por institución México 1990-2004



Disponibilidad de médicos

El indicador **médicos por 1,000 habitantes** es el resultado de dividir el número total de médicos de las instituciones públicas de salud entre el total de población que cada institución tiene bajo su responsabilidad en un periodo determinado, multiplicando el resultado por 1,000. Para este ejercicio se incluyeron los médicos generales y especialistas, los residentes, los pasantes y los odontólogos que están en contacto con el paciente.

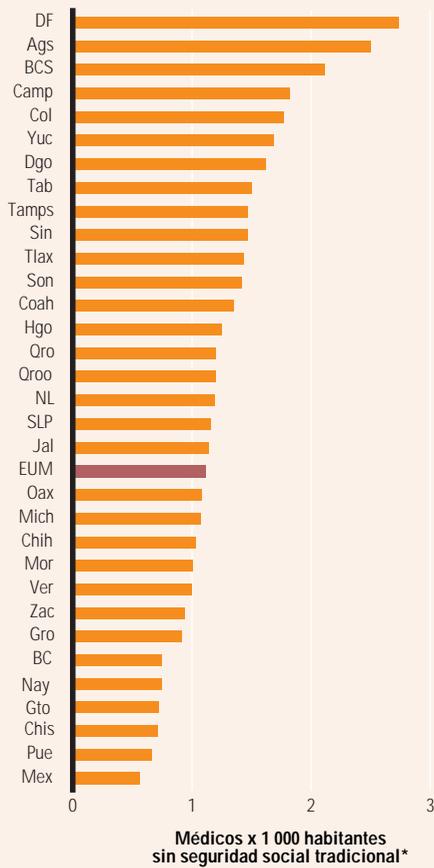
Uno de los principales problemas de los servicios de salud en México es la mala distribución de los médicos. Hemos llegado al extremo de tener una alta tasa de desempleo médico en las grandes ciudades y una escasez de este personal en las zonas rurales.

Las diferencias en la disponibilidad de este tipo de recursos entre instituciones y al interior de ella tampoco son menospreciables. Mientras que las instituciones de seguridad social cuentan con un promedio de 1.5 médicos por

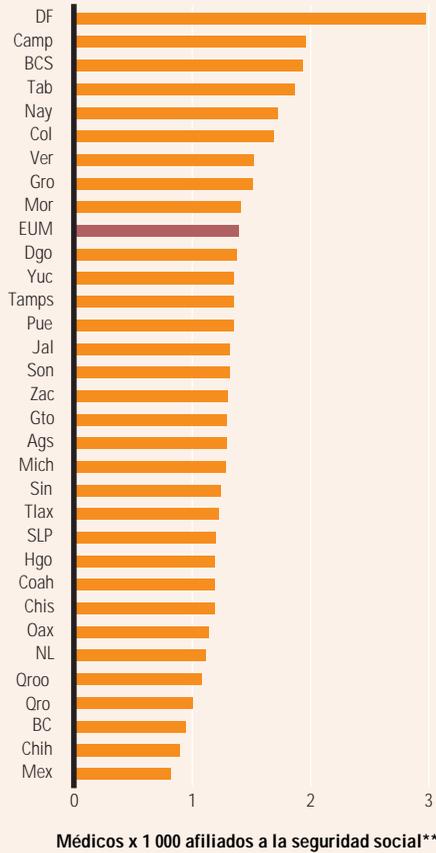
1,000 derechohabientes, la Secretaría de Salud cuenta con poco más de uno. PEMEX alcanza una cifra mayor de tres por 1,000 derechohabientes.

Las diferencias entre estados también son importantes. Mientras que en el Distrito Federal se cuenta con más de 2.5 médicos por 1,000 habitantes, en el Estado de México esta cifra es menor a uno. Diferencias similares se presentan en las instituciones de seguridad social entre Campeche y Querétaro.

Médicos de la Secretaría de Salud por entidad federativa México 2004



Médicos de las instituciones de seguridad social por entidad federativa México 2004



Las diferencias interestatales en la disponibilidad de médicos para la población con seguridad social son menores que las diferencias que se presentan al interior de la Secretaría de Salud.

* Incluye población asegurada por el Seguro Popular
 ** Incluye IMSS, ISSSTE y PEMEX

La disponibilidad de médicos en los servicios de salud de PEMEX es dos veces más alta que en el ISSSTE y seis veces mayor que en el Programa IMSS-Oportunidades.

Médicos del sector público por 1 000 habitantes por institución México 2004



Disponibilidad de enfermeras

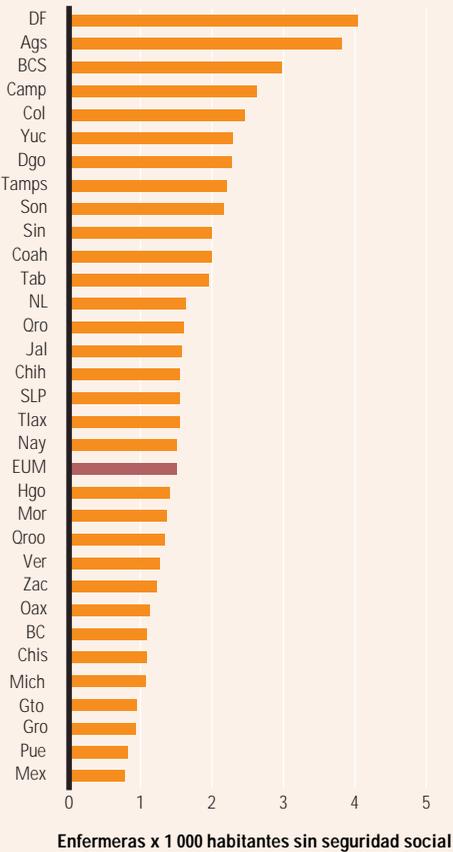
El indicador de **enfermeras por 1,000 habitantes** es el cociente del número total de enfermeras en contacto con el paciente de las instituciones públicas de salud entre el total de la población de responsabilidad de cada institución en un periodo determinado, multiplicando este cociente por 1,000. Se incluyen enfermeras generales, especialistas, auxiliares y otras en contacto con el paciente.

Las enfermeras son el grupo más nutrido en todo sistema de salud y su importancia es vital en el desarrollo tanto de actividades de salud pública como en la prestación de servicios personales de salud.

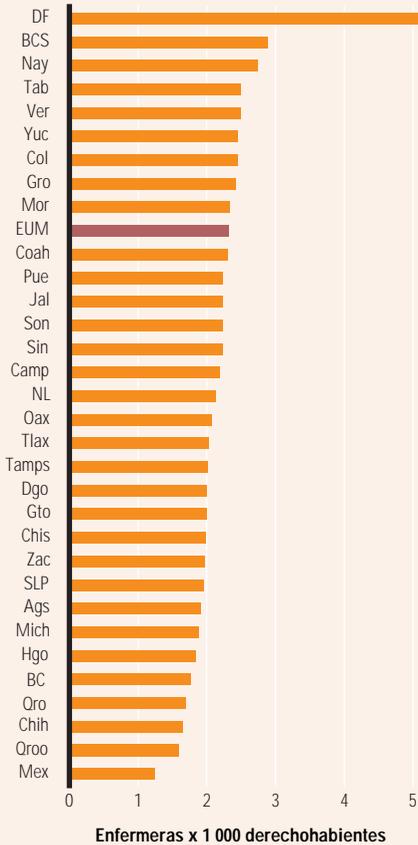
La distribución de este personal entre instituciones en México es muy desigual. PEMEX es la institución pública que cuenta con el mayor número de enfermeras por unidad de población:

cuatro por 1,000 derechohabientes. Le siguen el IMSS y el ISSSTE con cifras de alrededor de dos por 1,000 derechohabientes. La Secretaría de Salud presenta cifras promedio de alrededor de 1.5, pero con diferencias importantes entre estados. Mientras que el Distrito Federal cuenta con cuatro enfermeras por 1,000, cifra parecida a la de la seguridad social, el Estado de México cuenta con menos de una.

Enfermeras de la Secretaría de Salud por entidad federativa México 2004



Enfermeras de las instituciones de seguridad social* por entidad federativa México 2004



Las diferencias interestatales en la disponibilidad de enfermeras son mucho más amplias en la Secretaría de Salud que en las instituciones de seguridad social.

* Incluye IMSS, ISSSTE y PEMEX

A pesar de los descensos recientes, la razón más alta entre enfermeras y médicos sigue correspondiendo al IMSS.

Enfermeras por médico en el sector público México 1990 - 2004



Disponibilidad de camas

El indicador de **camas totales y camas censables por 1,000 habitantes** se define como el resultado de dividir el número de estas camas disponibles en un periodo determinado entre el total de población de ese mismo periodo, multiplicando este cociente por 1,000.

La disponibilidad de camas es un buen indicador de la capacidad instalada de las unidades de salud.

En general se ha medido tomando en cuenta sólo las camas censables, es decir, aquellas que se instalan en las áreas de hospitalización para uso regular de pacientes internos. Sin embargo, cada vez es mayor la cantidad de procedimientos clínicos que se efectúan en el área de urgencias, sin el internamiento del paciente. Esto exige cuantificar la cantidad de camas no censables, que se han convertido en un recurso fundamental para la atención de diversas necesidades de salud.

Internacionalmente se considera que la relación de una cama censable por 1,000 habitantes denota una disponibilidad adecuada de este recurso. Bajo este parámetro, sólo los servicios de PEMEX y, sobre todo, los de la Secretaría de la Defensa Nacional, cuentan con la capacidad recomendada para atender a su población de responsabilidad. En el extremo opuesto, los servicios del IMSS–Oportunidades cuentan con sólo una cama censable por 3,000 habitantes, cifra que

se ubica muy por debajo de los estándares recomendados. Los mayores proveedores de servicios de salud, como el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud, presentan cifras muy similares, de alrededor de una cama por 1,500 individuos de su población de responsabilidad.

Las camas censables representan más o menos el 50% de las camas totales, aunque en los servicios de la seguridad social existe una menor proporción de camas no censables. En el nivel estatal, Durango presenta la mayor disponibilidad de camas totales para la población que atiende la Secretaría de Salud. La menor disponibilidad se encuentra en Baja California, con menos de una cama por 2,000 habitantes.

Entre los servicios de la seguridad social, la mayor disponibilidad, tanto de camas censables como de camas totales, se da en el Distrito Federal y las cifras más bajas se observan en el Estado de México, que sólo cuenta con una cama por cada 1,800 derechohabientes de la seguridad social.

Camas totales y censables de la Secretaría de Salud por entidad federativa México 2004



Camas totales y censables de las instituciones de seguridad social* por entidad federativa México 2004



La disponibilidad de camas en las 32 entidades es más homogénea para la población derechohabiente de la seguridad social que para la población que atienden las secretarías de salud estatales, hecho que en parte se explica por el carácter descentralizado de la Secretaría de Salud.

* Incluye IMSS, ISSSTE y PEMEX

La disponibilidad de camas censables en PEMEX es seis veces mayor que en IMSS-Oportunidades y dos veces superior a la de las otras instituciones de salud.

Camas censables y totales por institución México 1990 - 2004



Calidad en la atención del parto vaginal

La **calidad en la atención del parto vaginal** se evaluó mediante dos indicadores: el porcentaje de complicaciones en partos atendidos por vía vaginal y los días de estancia promedio para esta intervención.

La calidad de la atención es un concepto complejo que puede limitarse a la efectividad del acto médico, pero que en realidad involucra conceptos como el acceso, la oportunidad de la atención, el respeto en el trato y la seguridad de las intervenciones. Sin embargo, los sistemas regulares de información no cuentan con muchos indicadores para medir la calidad de las intervenciones médicas. Así, para evaluar la calidad de la atención del parto no contamos sino con el porcentaje de complicaciones y el promedio de días de estancia para esta intervención.

Gran parte de los recursos para la atención a la salud se destinan a la atención del embarazo, parto o puerperio. En la Secretaría de Salud 45% de los egresos hospitalarios tienen que ver con este tipo de atención, mientras que en el IMSS 30% de los egresos están asociadas a causas relacionadas con la maternidad.

En condiciones normales, con un adecuado seguimiento del embarazo, la probabilidad de que se desarrollen complicaciones mayores durante el parto es muy baja. De hecho, las posibles complicaciones pueden diagnosticarse previamente o resolverse con un diagnóstico temprano.

Las afecciones a que hace referencia este trabajo son complicaciones mayores, como infartos al miocardio, depleción de volumen, embolias obstétricas, retención placentaria o desgarros perineales. Todos estos eventos son actualmente muy raros.

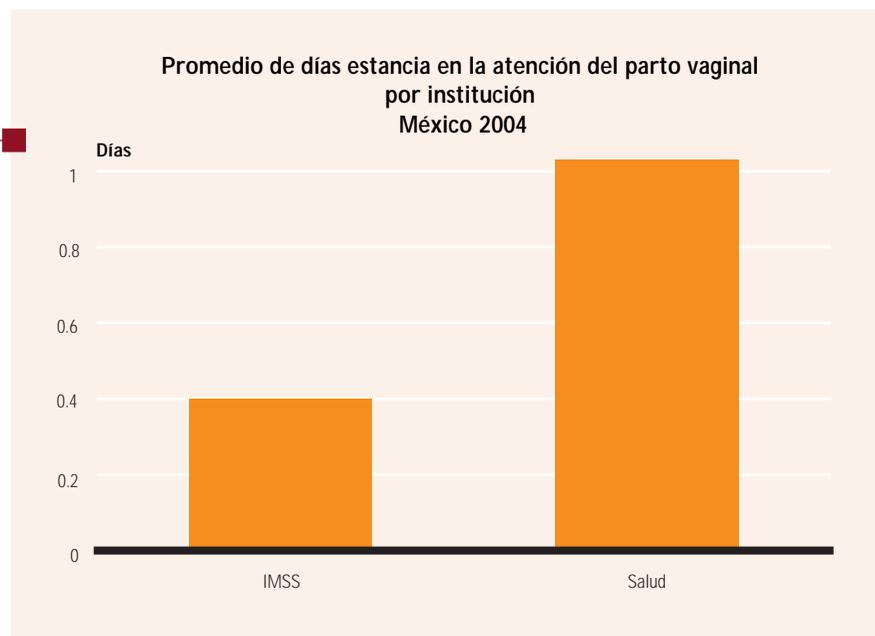
La frecuencia de estas complicaciones es de menos de medio punto porcentual tanto en el IMSS como en la Secretaría de Salud. Incluso cuando el parto es distócico, el porcentaje de complicaciones es de sólo de 1%.

La baja incidencia de complicaciones en la atención del parto también se relaciona con la muy corta estancia hospitalaria en casos de nacimiento vaginal. El promedio de días de estancia es de 0.4 en el IMSS, alcanzando 1.5 días en caso de que se presente alguna complicación. En la Secretaría de Salud, las mujeres que fueron atendidas de parto vaginal estuvieron en promedio un día en el hospital. Dado que las complicaciones tienen una frecuencia similar en ambas instituciones, es posible que las diferencias en los días de estancia se deban a diferencias en los procesos organizacionales en la atención de los eventos obstétricos.



Tanto en el IMSS como en la Secretaría de Salud las complicaciones del parto vaginal son raras, presentándose con una frecuencia menor a 0.5%.

La estancia promedio en el IMSS para un parto vaginal es menos de la mitad de la estancia correspondiente en la Secretaría de Salud.



Nacimientos por cesáreas

El porcentaje de nacimientos por cesárea es el resultado de dividir el número total de cesáreas realizadas en un periodo determinado en una institución entre el total de nacimientos atendidos en las unidades de esa institución de salud, multiplicando ese cociente por 100.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico altamente benéfico cuando se lleva a cabo apegándose a las indicaciones médicas para su uso. En caso contrario, aunque la frecuencia de complicaciones es relativamente baja, está demostrado que siempre implica un riesgo innecesario tanto para la madre como para el producto. Además, la realización de una cesárea sin una indicación médica clara (aun bajo petición expresa de la madre) plantea serios conflictos de carácter ético, ya que viola los principios deontológicos de la práctica médica, porque pone en riesgo la salud de madres e hijos sin una clara fundamentación del beneficio potencial de la intervención.

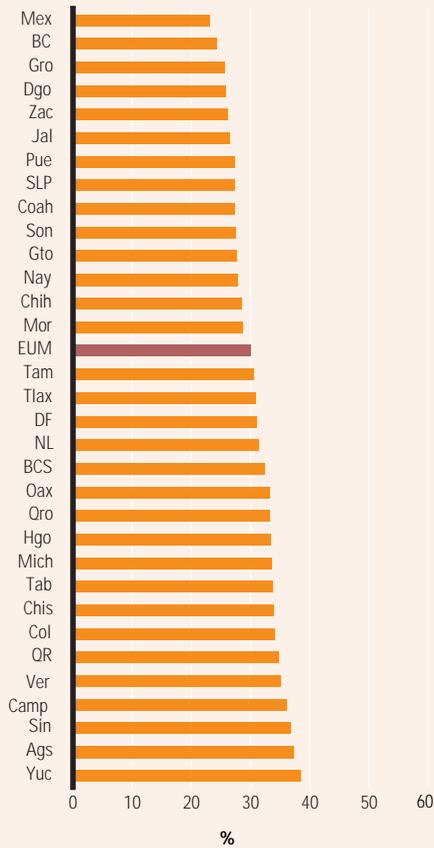
Las amplias diferencias que existen en el porcentaje de cesáreas por institución son una evidencia muy clara

del papel que juegan la falta de información de las madres, la saturación de los servicios de atención materna, la capacitación y sensibilización del obstetra, y la poca o nula participación de las madres en las decisiones relacionadas con su salud.

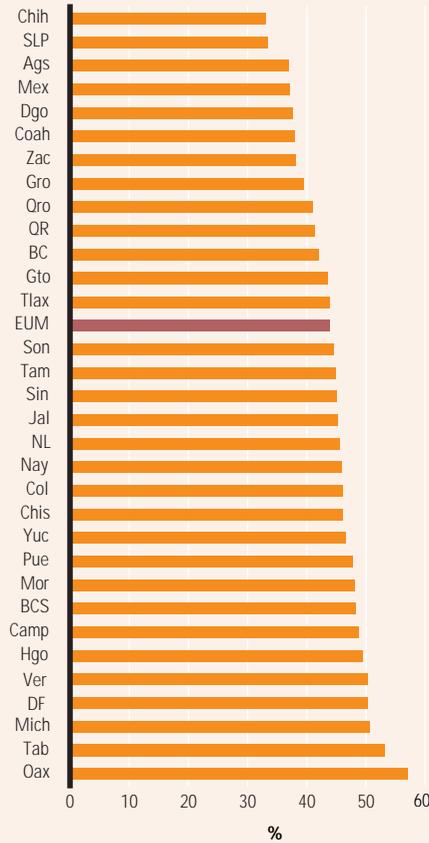
En México todas las instituciones de salud mantienen, desde 1990, porcentajes de cesáreas muy por arriba del estándar considerado aceptable a nivel internacional (15%). Lo que es peor, no hay ni siquiera indicios de una tendencia hacia su estabilización o descenso.

En 2004 el porcentaje más alto de cesáreas se observó en el ISSSTE, que presenta cifras 40% más altas que las del IMSS y más del doble que las de la Secretaría de Salud.

Porcentaje de cesáreas en los servicios estatales de salud por entidad federativa México 2004



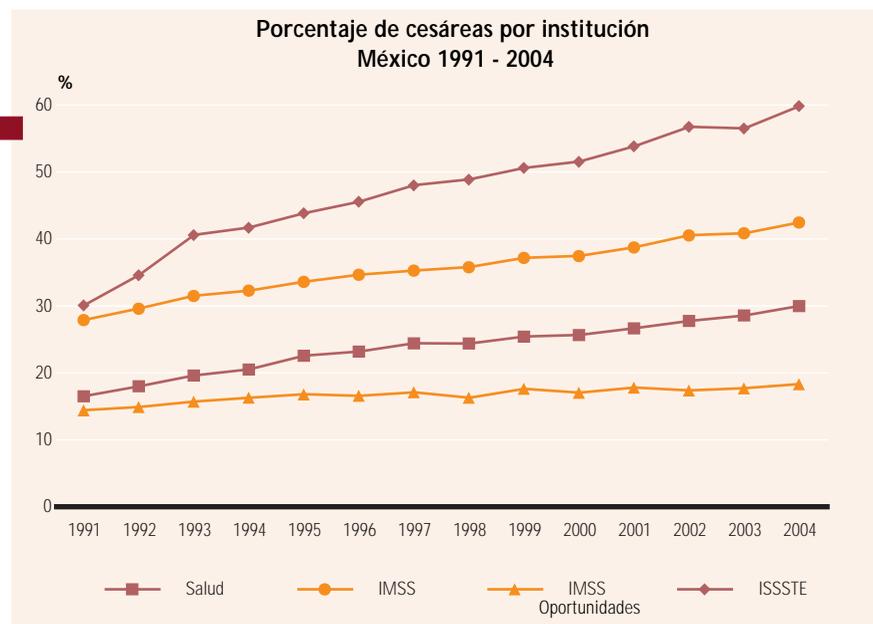
Porcentaje de cesáreas en los servicios de la seguridad social por entidad federativa México 2004



El porcentaje de cesáreas en las unidades de la seguridad social es 50% más alto que en las unidades de la Secretaría de Salud.

* Incluye IMSS, ISSSTE y PEMEX

El ISSSTE presenta una tendencia ascendente incontrolada en el porcentaje de cesáreas.



Calidad en la atención de cesáreas

La **calidad en las cesáreas** se evaluó mediante dos indicadores: el porcentaje de complicaciones en casos de atención quirúrgica del nacimiento y los días de estancia promedio para esta intervención.

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

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

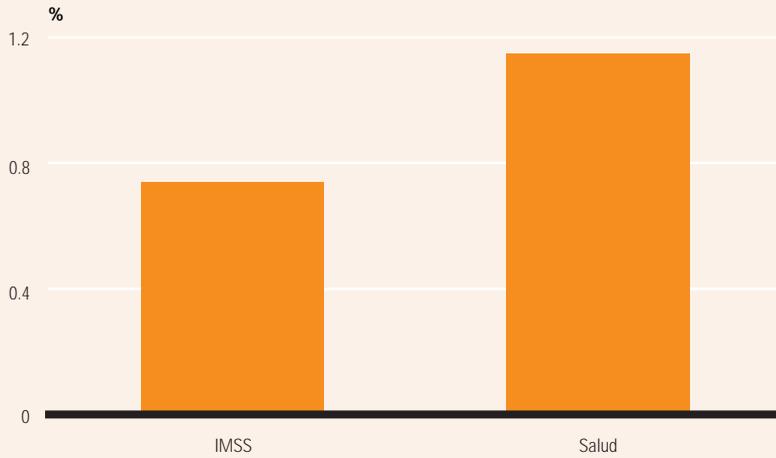
En el último año, en las dos principales instituciones de salud se realizaron cesáreas en mujeres con edades comprendidas entre 10 y 54 años, pero más del 93% de estos procedimientos se efectuaron a mujeres de 18 a 44 años de edad. El porcentaje de complicaciones fue muy bajo, de 0.7% en el IMSS y de 1.2% en la

Secretaría de Salud. Las complicaciones son más frecuentes en madres muy jóvenes y en las de mayor edad. Si sólo se considera a las mujeres mayores de 40 años, el porcentaje de complicaciones se incrementa a 2%.

A nivel estatal hay interesantes variaciones en el porcentaje de complicaciones. Mientras que en Nuevo León las complicaciones sólo suman 0.2% del total de las cesáreas, en Nayarit, Yucatán y Chihuahua están por arriba de 4%.

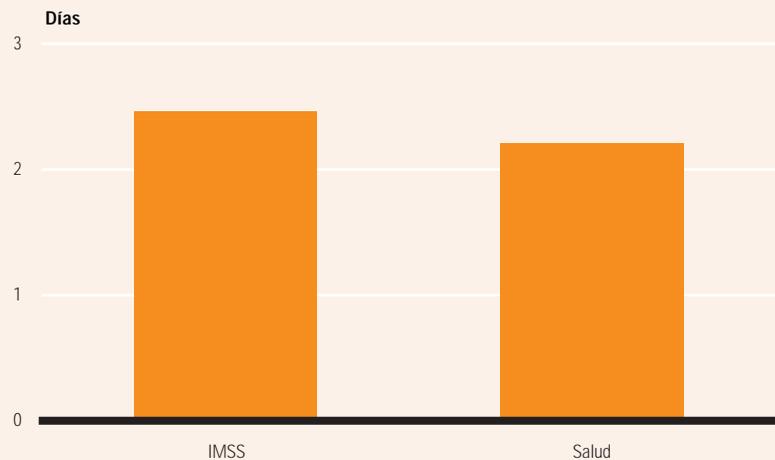
Los días de estancia promedio para esta intervención son 2.2 en la Secretaría de Salud y 2.5 en el IMSS, aunque cuando se presentan complicaciones la estancia se incrementa hasta 4.6 días en promedio. Las diferencias inter-estatales son mínimas, aunque destaca el hecho de que en Aguascalientes el promedio de estancia es menor a 1.5 días.

Porcentaje de cesáreas con complicaciones por institución
México 2004



Aunque los porcentajes son bajos en ambas instituciones, las complicaciones en cesáreas son 60% más frecuentes en la Secretaría de Salud que en el IMSS.

Promedio de días de estancia por cesárea por institución
México 2004



El promedio de estancia hospitalaria por cesáreas se ubica alrededor de 2.5 días, pero puede incrementarse hasta más de cuatro días cuando hay algún tipo de complicación.

Calidad de la atención quirúrgica

La **calidad de la atención quirúrgica** se evaluó mediante dos indicadores: el porcentaje de complicaciones en casos de colecistectomía y los días de estancia promedio para esta intervención.

Los padecimientos de la vesícula biliar son una de las razones más frecuentes de solicitud de atención en los servicios de salud. Las afecciones vesiculares son diagnosticadas con frecuencia, al menos presuntamente, en los servicios de urgencias después de que se han presentado crisis con dolores abdominales muy intensos.

La inflamación de la vesícula biliar y la formación de cálculos biliares tienen un claro componente genético, demostrable por la alta frecuencia de estos trastornos al interior de algunos grupos familiares. Las crisis causadas por las enfermedades de la vesícula biliar también se asocian a dietas con altos contenidos en grasas y son más frecuentes en las personas de entre 25 y 50 años de edad.

Desde hace algunos años, un alto porcentaje de las cirugías de la vesícula biliar se realizan por vía laparoscópica, lo que reduce las molestias ocasionadas por la cirugía y, al menos teóricamente, el porcentaje de complicaciones. En las dos principales instituciones de salud del país – IMSS y Secretaría de Salud –, en 2004 se realizaron casi 100,000 colecistectomías, 26% de las cuales fueron realizadas con laparoscopia. El porcentaje de colecistectomías laparoscópicas es más

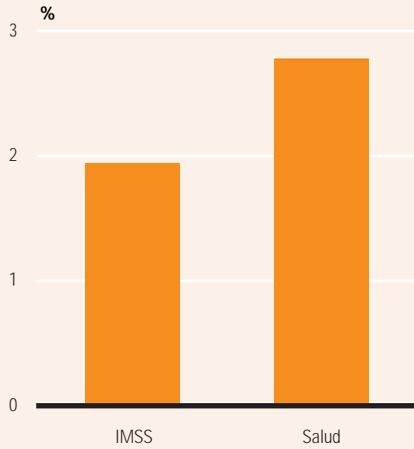
alto en el IMSS (30%) que en la Secretaría de Salud (18%).

La probabilidad de muerte derivada de la realización de una colecistectomía es de alrededor de 6 muertes por cada 1,000 procedimientos y esta probabilidad es tres veces más alta en las colecistectomías abiertas que en las laparoscópicas. Como era de esperarse, la probabilidad de muerte también es más alta en pacientes mayores de 65 años, donde los fallecimientos ocurren con una tasa de 3.5%.

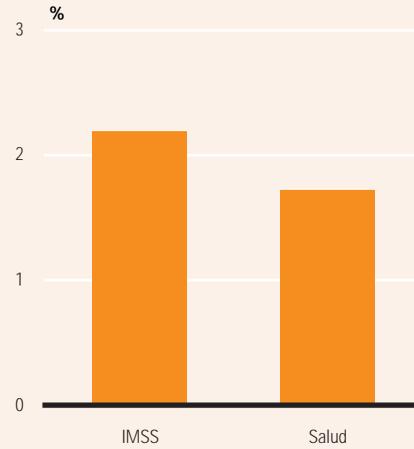
El porcentaje de complicaciones en estas cirugías cuando se efectúan mediante procedimiento abierto es de 2.8% en la Secretaría de Salud y de 1.9% en el IMSS. Cuando se realizan mediante laparoscopia, el porcentaje de complicaciones es de 1.7 en la Secretaría de Salud y de 2.2% en el IMSS.

Una de las grandes ventajas del uso de laparoscopios es la reducción de los tiempos de recuperación y de los días de estancia. Mientras que con un procedimiento tradicional los días de estancia ascienden a 3.8 en la Secretaría de Salud y 3.7 en el IMSS, con laparoscopia estas estancias se reducen a 2.9 y 1.9, respectivamente.

Porcentaje de complicaciones en colecistectomías abiertas por institución México 2004



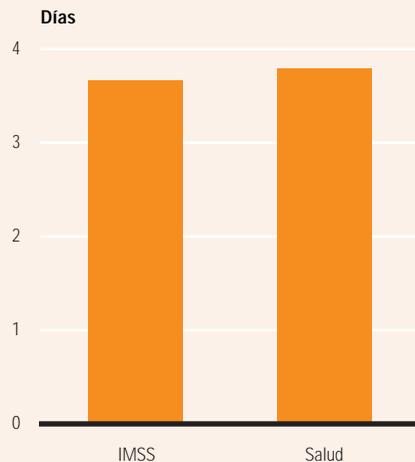
Porcentaje de complicaciones en colecistectomías laparoscópicas por institución México 2004



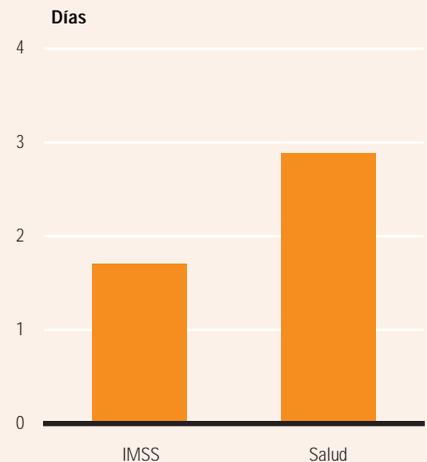
Tanto en el IMSS como en la Secretaría de Salud el porcentaje de complicaciones de las colecistectomías se ubica alrededor de 2%.

Las cirugías laparoscópicas reducen considerablemente los días de estancia hospitalaria.

Días de estancia promedio en colecistectomías abiertas por institución México 2004



Días de estancia promedio en colecistectomías laparoscópicas por institución México 2004



Cirugías diferidas

El porcentaje de cirugías diferidas se calculó dividiendo el número de cirugías que fueron reprogramadas entre el total de individuos que reportaron haber sido intervenidos quirúrgicamente, excluyendo las cirugías de urgencia.

El diferimiento de las cirugías suele ocasionar molestias y reclamos entre los usuarios. Datos recientes muestran que alrededor de 10% de las personas sometidas a procedimientos quirúrgicos programados tuvieron que esperar más de tres meses para ser atendidos. En términos generales, el tiempo de espera para cirugía programada es mayor en las instituciones de seguridad social, donde más de 40% de los usuarios tienen que esperar más de un mes para ser intervenidos. En la Secretaría de Salud y el IMSS–Oportunidades los porcentajes correspondientes son de 29 y 31%, respectivamente.

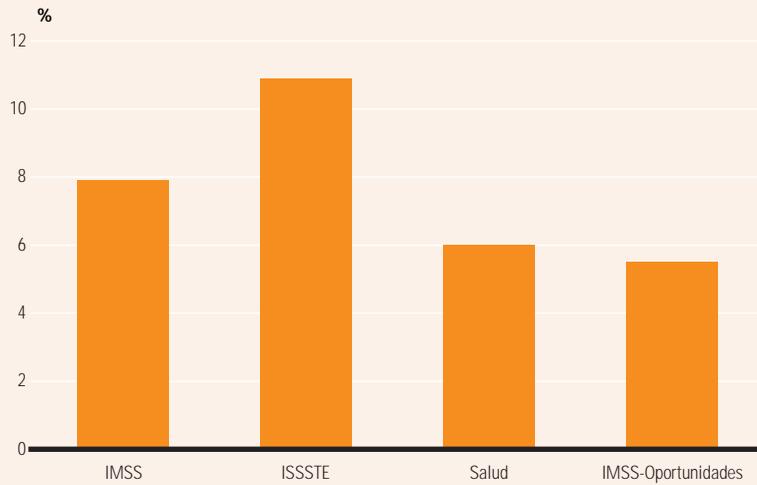
El porcentaje de cirugías programadas que fueron diferidas en el sector público fue de 7.2%, alcanzando su cifra máxima en el ISSSTE, donde se reportó un diferimiento de 10.8%. El porcentaje más bajo corresponde a los servicios del IMSS–Oportunidades, donde se reprogramaron 5.5% de las cirugías. Existen pocas referencias a nivel internacional, pero con fines de comparación se puede mencionar que en Colombia

las cifras más recientes indican que el diferimiento de procedimientos quirúrgicos alcanza 15%.

Es importante distinguir entre las cirugías que fueron reprogramadas por eventos atribuibles a los usuarios y las que se diferieron por razones adjudicables a la institución. El porcentaje de diferimientos atribuibles a los servicios de salud fue de 4.8%, con un máximo de 7% en el ISSSTE y un mínimo de 3.8% en los servicios de la Secretaría de Salud. Estas cifras indican que cuatro de cada diez cirugías reprogramadas son atribuibles a problemas de organización en las instituciones de salud.

La explicación más frecuente para la cancelación de la cirugía es la falta de quirófanos, causa que en la Secretaría de Salud representa 38% de todas las incidencias de este tipo. En los servicios médicos de IMSS–Oportunidades, sin embargo, 60% de los pacientes que sufrieron una reprogramación refirieron que fue a causa de la falta de médicos.

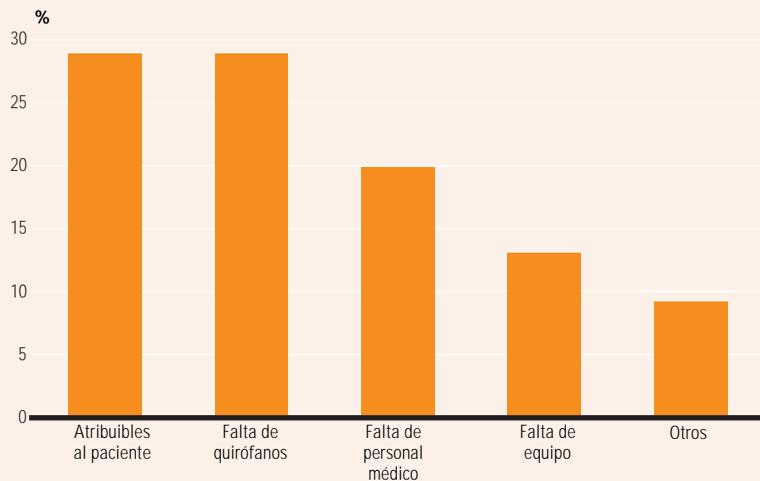
Porcentaje de cirugías programadas que fueron diferidas por institución México 2004



El diferimiento quirúrgico es más frecuente en las instituciones de seguridad social que en la Secretaría de Salud o en el Programa IMSS-Oportunidades.

La mayor parte de las cirugías reprogramadas son atribuibles a problemas de disponibilidad de recursos en las instituciones de salud.

Principales causas de diferimiento quirúrgico en las instituciones públicas de salud México 2004



Hospitales certificados

El porcentaje de hospitales certificados es el resultado de dividir el número de hospitales certificados entre el total de hospitales del país por 100.

El Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica es una estrategia total de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Esta estrategia, coordinada por el Consejo de Salubridad General, busca garantizar la imparcialidad en el proceso de evaluación de los establecimientos tanto públicos como privados que participan en el programa.

Con base en la reestructuración de dicho programa, en 2002 se establecieron nuevos criterios para la evaluación de los hospitales, así como para la incorporación de otros establecimientos de atención médica, y se definió una vigencia del certificado por tres años, con revisiones anuales y la elaboración del Programa de Capacitación para los Evaluadores Institucionales.

La evaluación de los hospitales la realizan en forma cruzada evaluadores capacitados *ex profeso*, de tal modo que ninguna persona del equipo puede evaluar un hospital de la institución a la que pertenece. En diciembre de 2004 se contaba con 519 evaluadores: 33% de la Secretaría de Salud, 29% del IMSS, 17% del ISSSTE, 10% de instituciones privadas, 3% de PEMEX, 4% de la Secretaría de la Defensa Nacional y 3% de la

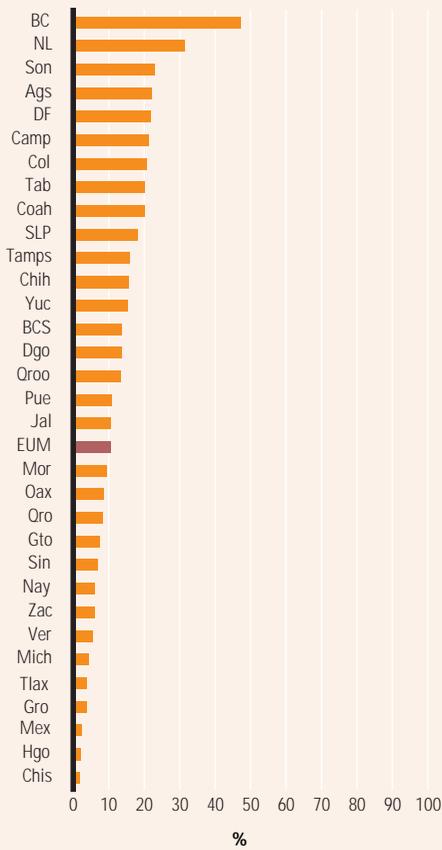
Secretaría de Marina. Al cierre de 2004 se cuenta con 435 establecimientos de atención médica certificados: 397 hospitales generales o de especialidad, seis hospitales psiquiátricos y 32 unidades de atención médica ambulatoria.

De acuerdo con el Sistema Nacional de Información en Salud existen 1,005 hospitales públicos, de los cuales 329 (32.7%) cuentan con certificación vigente. Hay además 2,822 hospitales privados en el país, de los cuales, 74 (2.6%) cuentan con certificación vigente.

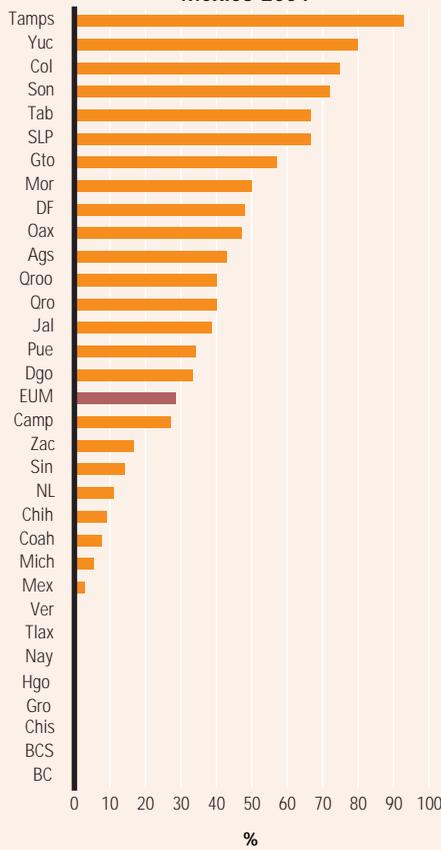
La participación registrada por institución en unidades de atención médica ambulatoria es incipiente. La evaluación de este tipo de establecimientos inició a finales de 2003, contando al cierre de 2004 con 32 unidades certificadas.

En cuanto a la participación por entidad federativa e institución, los resultados indican que por lo que se refiere a hospitales privados, las entidades líderes son Nuevo León, Distrito Federal y Chihuahua, mientras que los mejores porcentajes en cuanto a hospitales públicos le corresponden al Distrito Federal, Jalisco y Coahuila.

Porcentaje del total de hospitales por entidad federativa que están certificados México 2004



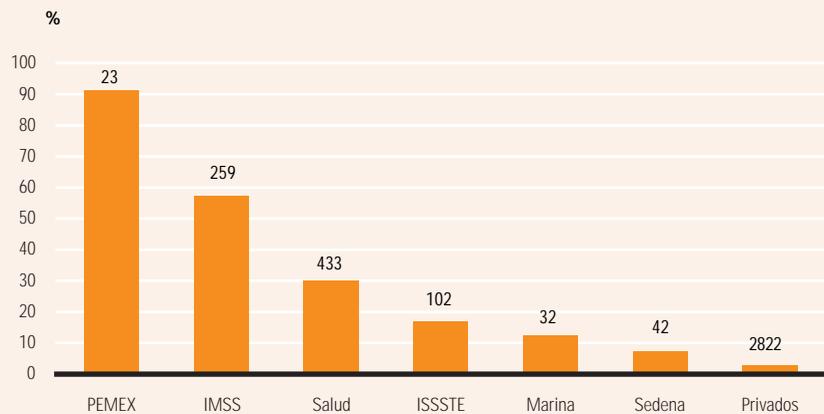
Porcentaje de hospitales de la Secretaría de Salud certificados por entidad federativa México 2004



Baja California, Nuevo León y Sonora son las entidades que cuentan con los porcentajes más altos de hospitales certificados.

El porcentaje más bajo de hospitales certificados corresponde a los servicios privados.

Porcentaje de hospitales certificados por institución* México 2004



* El número sobre las barras indica el total de hospitales de cada institución

Abasto de medicamentos

El abasto de medicamentos fue evaluado mediante el porcentaje de usuarios que obtuvo todos los medicamentos prescritos en la unidad médica y con el porcentaje de usuarios que tuvieron que hacer algún pago de bolsillo por alguno de los medicamentos prescritos.

La mayor parte del gasto privado en salud es gasto que se utiliza para comprar medicamentos. En cierta medida esto es ocasionado por la autoprescripción y por el elevado costo de algunos medicamentos prescritos en unidades privadas, pero también es producto de que en muchas instituciones públicas de salud no se surten de manera integra los medicamentos recetados y los usuarios tienen que completar su prescripción en farmacias privadas.

Lo anterior es cierto incluso en las unidades de las instituciones de seguridad social, donde algunos usuarios, para evitar desplazarse hasta otra unidad donde pueden recibir su medicamento de manera gratuita, compran sus medicinas en el mercado privado.

Entre los usuarios de servicios de primer nivel de las diversas instituciones públicas de salud, 85% recibió una receta médica, ubicándose el porcentaje más alto en el IMSS, con 94%, y el más bajo en el IMSS-Oportunidades, con 74%.

De estos usuarios con receta, 84% pudo obtener todos sus medicamentos en la farmacia de la unidad

donde fue atendido. Por institución, el porcentaje más bajo de recetas surtidas íntegramente correspondió a la Secretaría de Salud, con sólo 66% de sus recetas surtidas de manera completa. Si se desagrega la información, se observa que entre los afiliados al Seguro Popular el porcentaje de recetas surtidas íntegramente es de 81%. Las otras instituciones públicas de salud tuvieron porcentajes de surtimiento similares, por arriba de 90%.

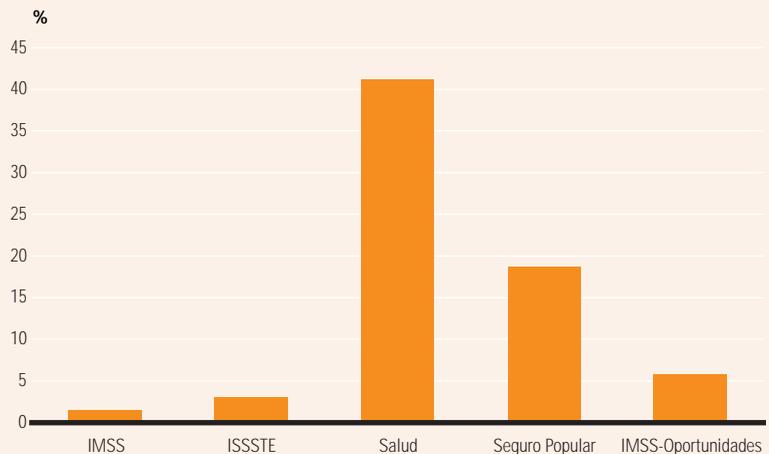
Los usuarios que no recibieron todos sus medicamentos optan en su mayoría por comprarlos en el mercado privado, aunque alrededor de 20% refiere que volvería a buscarlos en la farmacia institucional subsecuentemente. Como era de esperarse, el pago de medicamentos es mucho más bajo entre los derechohabientes de la seguridad social. En el caso de la Secretaría de Salud, 19% de los afiliados al Seguro Popular tuvo que pagar por algún medicamento, mientras que entre los no afiliados 41% hizo algún desembolso para obtener sus medicinas.

Porcentaje de usuarios con receta que obtuvieron todos los medicamentos en la unidad por institución México 2004



Las instituciones de seguridad social, IMSS-Oportunidades y el Seguro Popular presentan cifras de recetas surtidas mayores de 80%.

Porcentaje de usuarios que tuvo que pagar por alguno de sus medicamentos por institución México 2004



El IMSS y el ISSSTE son las instituciones en donde con menor frecuencia los usuarios tienen que pagar por sus medicamentos.

Porcentaje de hospitales que cuentan con autorización para la operación de laboratorio clínico, unidad de rayos X y farmacia.

El porcentaje de hospitales que cuentan con autorización para la operación de laboratorio clínico, unidad de rayos X y farmacia se midió interrogando a los directivos hospitalarios sobre las autorizaciones correspondientes, dividiendo las respuestas positivas entre el total de hospitales visitados.

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

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

La información presentada aquí se deriva de entrevistas a 73 directivos hospitalarios de las cuatro principales instituciones públicas de salud y los resultados muestran que sólo 45% de los hospitales cuentan con autorización de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para la operación de una unidad de rayos X, aunque 80% cuenta con personal

responsable de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM) correspondiente.

Con respecto a los laboratorios clínicos, 61% cuentan con autorización de COFEPRIS para la operación de este servicio y 95% cuentan con personal responsable acorde a la norma correspondiente. La Secretaría de Salud es la institución con más alto porcentaje de autorización (71%), pero es la que menos cumple con la normatividad del personal responsable (91%)

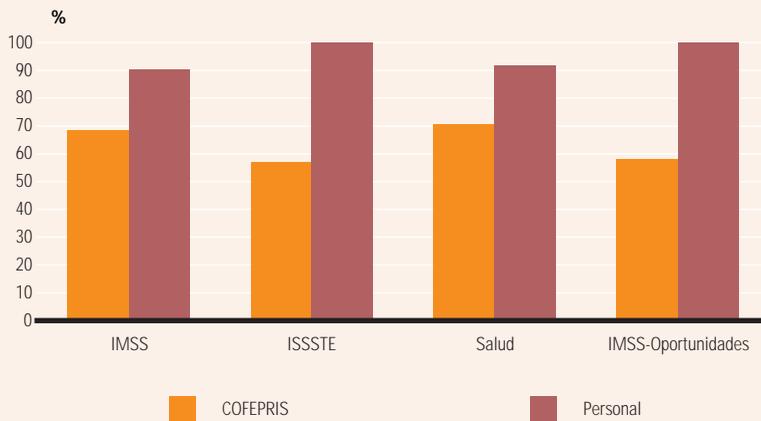
Finalmente, 79% de las unidades cuenta con farmacia autorizada por COFEPRIS y 95% de ellas cuentan con personal responsable con el perfil marcado por la Norma Oficial Mexicana. Como en los otros servicios, la Secretaría de Salud tiene el porcentaje más alto de autorizaciones por COFEPRIS y el más bajo de personal responsable de acuerdo a la NOM.

**Hospitales que cuentan con servicio de rayos X autorizado por la COFEPRIS y con personal responsable de acuerdo a la NOM correspondiente por institución
México 2004**

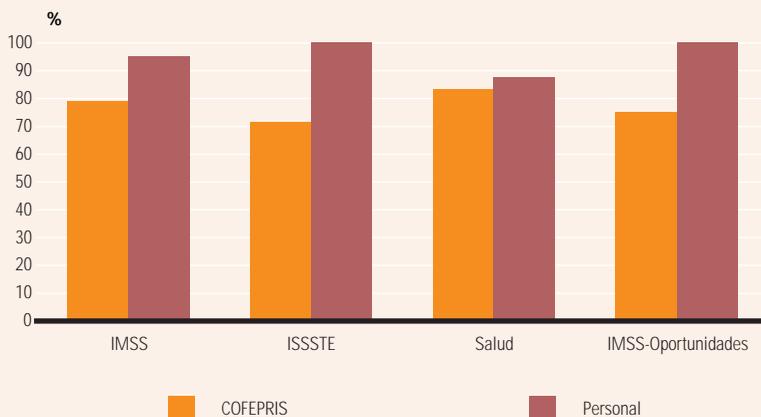


Para todos los servicios especiales que brindan los hospitales, las autorizaciones de COFEPRIS son menos frecuentes que la existencia de personal con el perfil marcado en las normas correspondientes.

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



**Hospitales que cuentan con autorización de COFEPRIS para operación de farmacia y con personal responsable de acuerdo a la NOM correspondiente por institución
México**



Manejo de residuos peligrosos biológico - infecciosos (RPBI)

El manejo de los residuos peligrosos biológico – infecciosos (RPBI) se evaluó midiendo el porcentaje de unidades con contratos con empresas especializadas en el manejo de los RPBI y con el porcentaje de unidades que cuentan con incinerador y contenedor especial.

Alrededor de 20% de todos los desechos que generan las unidades médicas pueden ser calificados como residuos peligrosos biológico – infecciosos (RPBI). Los RPBI están constituidos por desechos biológicos, como restos de sangre y otros componentes corporales, los cuales frecuentemente son vehículo de agentes infecciosos. Estimaciones del INEGI indican que cada cama hospitalaria genera un kilogramo de RPBI diariamente, lo que representa un volumen de más de 100 toneladas diarias de este tipo de desechos.

El manejo adecuado de los residuos potencialmente peligrosos tiene ventajas inmediatas y de largo plazo para la salud y para el equilibrio del medio ambiente. Una de las principales ventajas de contratar a una empresa experta en el manejo de estos residuos es que se evita el contacto de los trabajadores de limpia con estos productos, protegiéndolos en primera instancia a ellos y, en segundo término, garantizando que los RPBI no serán desechados descuidadamente, alterando el equilibrio ecológico y poniendo en riesgo la salud comunitaria.

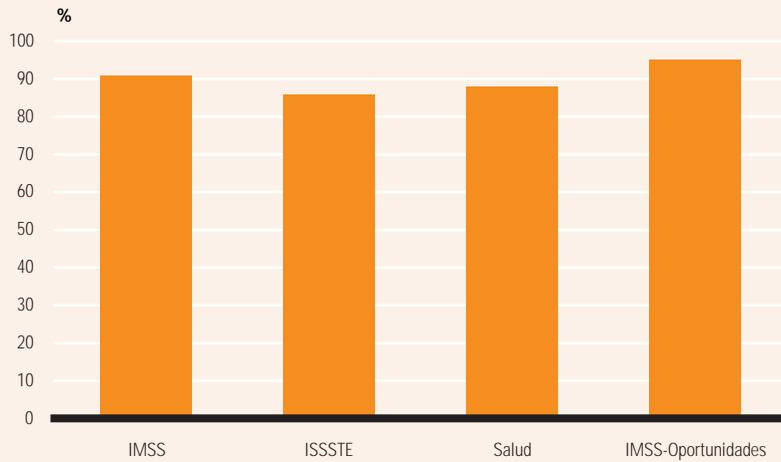
La Norma Oficial Mexicana que regula el manejo de los RPBI establece el requisito de contratar a un prestador

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

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

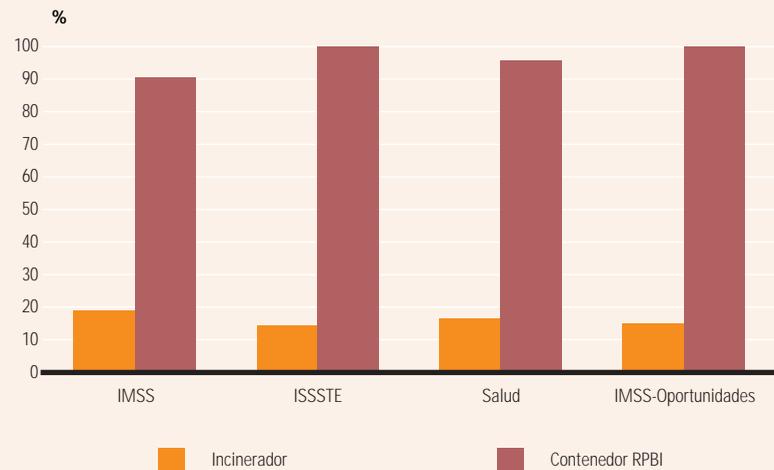
Adicionalmente, 96% de los directivos entrevistados afirmó que sus unidades contaban con contenedores especiales para RPBI, con porcentajes institucionales que varían entre 90 y 100%. En sentido opuesto, menos de 20% de los hospitales cuentan con incinerador, con variaciones que van de 14% en el ISSSTE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

Porcentaje de hospitales que tiene contratos con empresas para el manejo de sus RPBI por institución México 2004



La gran mayoría de los hospitales tiene convenios con empresas especializadas en el manejo de RPBI.

Unidades que cuentan con contenedor para RPBI y con incinerador por institución México 2004



Prácticamente en todos los hospitales, independientemente de la institución, se cuenta con contenedores para RPBI.

Gasto per cápita institucional

El **gasto per cápita institucional** es resultado de la división del presupuesto ejercido por una institución en un período determinado entre la población estimada de responsabilidad de dicha institución en ese mismo período.

Relativizar el presupuesto con que cuenta cada institución de salud, mediante su división entre el número de personas que en teoría debe atender, permite inferir la disponibilidad potencial de recursos con que cuenta cada institución para la atención de su población de responsabilidad.

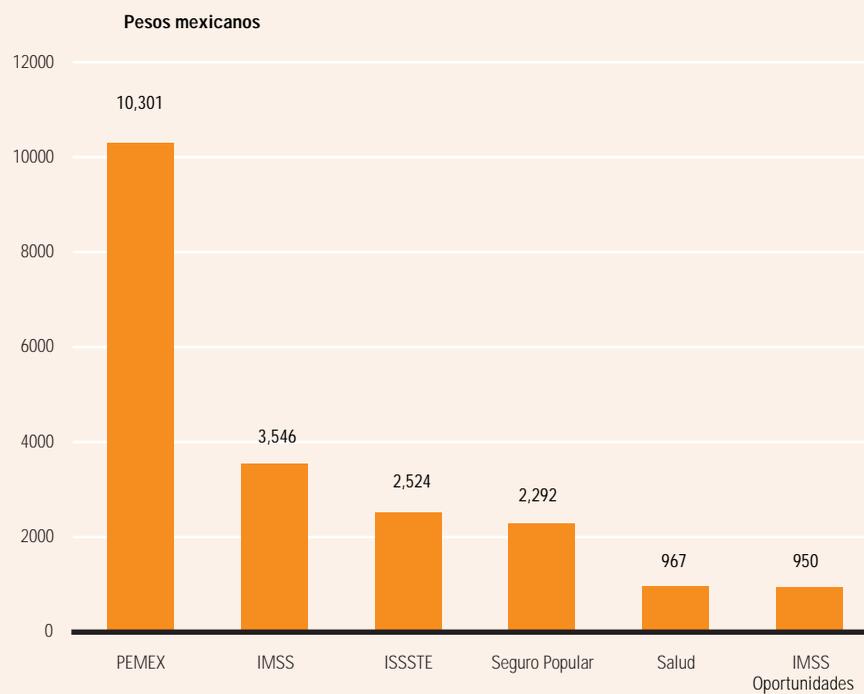
Para calcular el gasto per cápita institucional se utilizó como denominador la población estimada cuya atención tienen bajo su responsabilidad las diferentes instituciones de salud. Estas estimaciones tienen impacto principalmente en las cifras de población del ISSSTE y del Programa IMSS–Oportunidades, y debido a que la población de la Secretaría de Salud se obtiene como diferencia de la población sin seguridad social menos la población del IMSS–Oportunidades, las estimaciones de las instituciones mencionadas impactan también en la cifra poblacional de la Secretaría de Salud.

Así, el gasto per cápita de PEMEX es, con mucho, el más alto de todas las instituciones de salud, seguido

por las dos grandes instituciones de seguridad social. La Secretaría de Salud contó con 967 pesos para la atención de cada individuo de su población no afiliada al Seguro Popular y el gasto más bajo en términos relativos es el del IMSS–Oportunidades que presentó un gasto per cápita de 950 pesos en 2004.

Es importante señalar que el gasto per cápita para la población afiliada al Seguro Popular toma en cuenta el presupuesto directamente asignado a este sistema y una parte proporcional del presupuesto general de la Secretaría de Salud, ya que los afiliados al Seguro Popular se benefician directamente de las inversiones de la Secretaría de Salud en recursos materiales y humanos y en infraestructura. El gasto per cápita del Seguro Popular asciende a casi 2,300 pesos, más del doble del que presenta la Secretaría de Salud y muy cercano a las cifras de las grandes instituciones de seguridad social.

Gasto en salud per cápita por institución
México 2004



El gasto per cápita en salud en PEMEX es notablemente más alto que el de todas las otras instituciones públicas de salud.

Gasto en administración

El indicador de **gasto en administración** se define como el resultado de dividir el presupuesto ejercido en conceptos administrativos en un periodo determinado entre el total del presupuesto ejercido en ese mismo periodo por cada institución proveedora de servicios de salud.

La complejidad de los sistemas de salud modernos requiere de recursos que no se utilizan directamente en la atención de los pacientes. Sin embargo, es evidente que debe existir un equilibrio en la proporción de recursos que se utilizan para la administración de los sistemas de salud y los que se ocupan directamente para la promoción o la atención de salud. Sería inadmisibles que una gran parte de los recursos disponibles se utilizara en sostener el aparato administrativo de las instituciones de salud. De hecho, un reclamo frecuente entre la población es la solicitud de adelgazar el aparato administrativo con la finalidad de destinar más recursos a la atención de la salud.

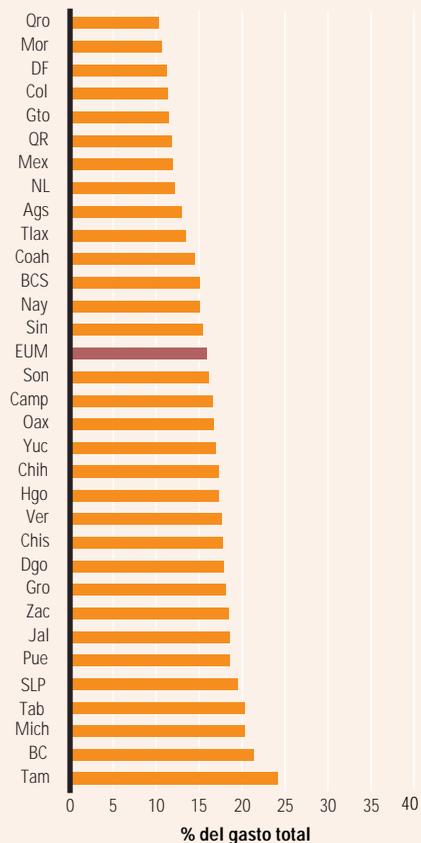
En México, en 2004, se destinó aproximadamente 20% del gasto en salud a actividades administrativas. Entre las principales instituciones de salud, el IMSS es

quien más gasta en este concepto, con un porcentaje tres veces más alto que el del ISSSTE y 70% superior al gasto administrativo de la Secretaría de Salud.

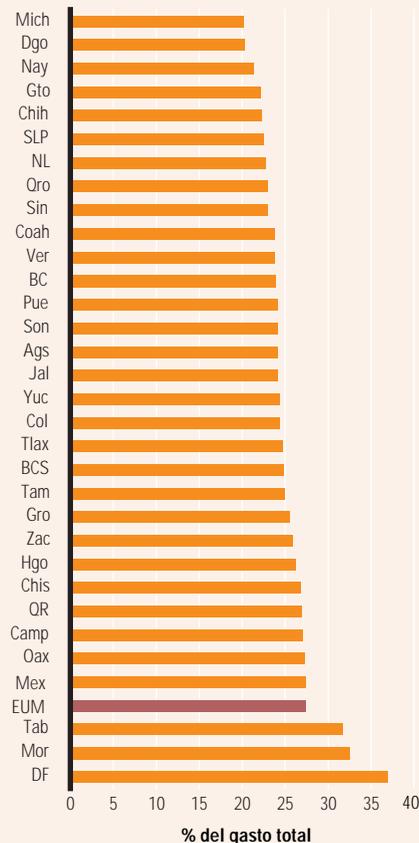
El promedio nacional del gasto en administración del IMSS es superior incluso al de las entidades que más gastan en este concepto dentro de la Secretaría de Salud, y en estados como Tabasco y Morelos el gasto administrativo del IMSS es el doble del gasto administrativo a nivel nacional de la Secretaría de Salud.

Un hecho a destacarse es que el gasto en administración en el IMSS muestra menos diferencias inter-estatales que en la Secretaría de Salud, donde la diferencia entre quien más gasta en administración—Tamaulipas— y el que menos lo hace —Querétaro— es del orden de 2.5 veces.

Gasto administrativo en la Secretaría de Salud por entidad federativa México 2004



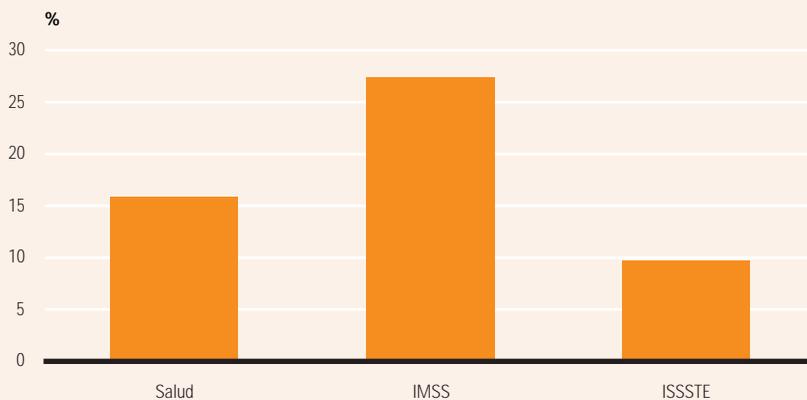
Gasto administrativo en el IMSS por entidad federativa México 2004



Querétaro y Morelos son los estados que menor proporción de su presupuesto destinan a gastos administrativos.

El gasto en actividades administrativas representa más del 25% del gasto total en salud del IMSS.

Gasto en administración como porcentaje del gasto en salud por institución México 2004



Gasto en medicamentos

El indicador de **gasto en medicamentos** se define como el resultado de dividir el presupuesto ejercido en medicamentos y material de curación en un periodo determinado entre el total del presupuesto ejercido en ese mismo periodo por cada institución proveedora de servicios de salud.

Poco más 50% del gasto total en salud en México es gasto privado, el cual es casi completamente gasto de bolsillo de los usuarios, ejercido en el momento de requerir atención médica. A su vez, aproximadamente 40% del gasto de bolsillo se utiliza para la compra de medicamentos.

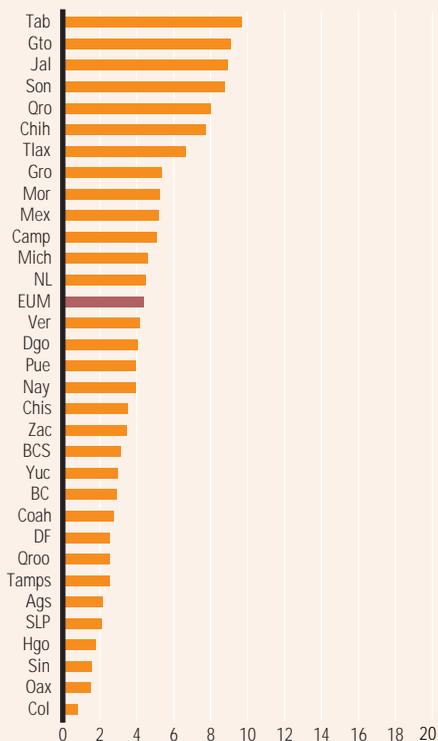
De seguir con la misma tendencia, en el corto plazo el gasto en medicamentos será el principal componente del gasto privado en salud. Este gasto suele asociarse a desembolsos excesivos.

Si bien la condición de derechohabiente en alguna institución de seguridad social es un fuerte protector contra los gastos contingentes en salud, aun entre usuarios de estos servicios es posible identificar un importante gasto en medicamentos. Sin embargo, la obligación que las instituciones de seguridad social

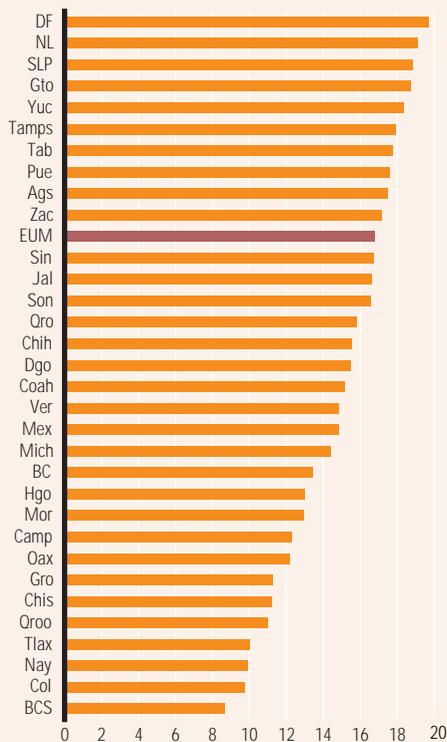
tienen de proveer los medicamentos necesarios para la atención a la salud incide directamente en la proporción del gasto que estas instituciones dedican a medicamentos, rubro en el cual destaca PEMEX, que invierte casi 30% de su presupuesto en la compra de medicamentos y material curativo. En el caso del ISSSTE la cifra correspondiente es de 24%, mientras que la del IMSS es de 15%.

Las cifras de 2004 muestran que la Secretaría de Salud invierte sólo 4.4% de su presupuesto en medicamentos. Sin embargo, la operación del Seguro Popular, el cual tiene entre sus compromisos el de proporcionar al menos los medicamentos contenidos en un catálogo básico, seguramente impulsará el gasto de la Secretaría en este rubro.

Gasto en medicamentos y material de curación en la Secretaría de Salud por entidad federativa México 2004



Gasto en medicamentos y material de curación de la seguridad social por entidad federativa México 2004*

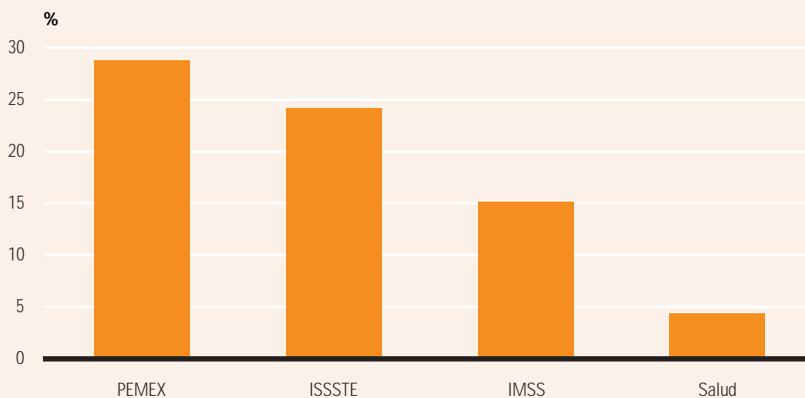


En el caso de la Secretaría de Salud, Tabasco y Guanajuato son los estados que más gastan en medicamentos.

* Incluye IMSS, ISSSTE y PEMEX

La Secretaría de Salud es la institución que invierte la menor proporción de su presupuesto en medicamentos y material de curación.

Porcentaje del gasto ejercido en medicamentos y materiales de curación por institución pública de salud México 2004



Satisfacción del paciente

La **satisfacción del paciente** fue evaluada mediante el porcentaje de usuarios que refirieron que regresarían a la misma unidad médica en caso de requerir nuevamente atención.

El concepto de satisfacción ha sido ampliamente usado como una variable que resume la calidad de la atención recibida. Incluso hay quien afirma que la satisfacción del usuario permite medir la calidad del trato, en términos no médicos, ofrecido a los usuarios. No obstante, se ha demostrado que la satisfacción es resultado del efecto combinado de variables como la efectividad de la intervención médica, las expectativas previas de los usuarios, y las múltiples interacciones personales y no personales que ocurren en los ámbitos clínicos.

A pesar de lo anterior, aunque es difícil identificar el efecto de cada uno de estos componentes en la satisfacción general de los usuarios, el porcentaje de usuarios que declaran que regresarían a la misma unidad proporciona información útil, sobre todo si se toman en cuenta todas las consideraciones ya mencionadas.

En términos generales la satisfacción de los usuarios es muy alta. Más de 97% de los usuarios de servicios ambulatorios y 93% en servicios hospitalarios afirma que regresaría a la misma unidad en caso de volver a requerir atención. Los principales motivos de insatisfacción fueron haber sido tratados mal o haber esperado demasiado tiempo.

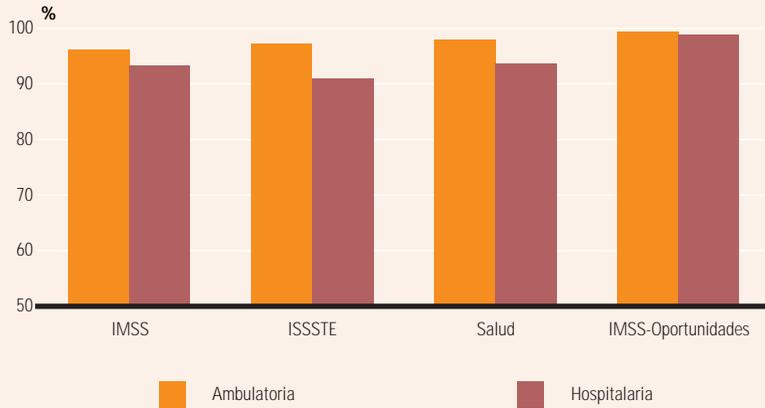
El análisis por institución muestra que los niveles de satisfacción en atención ambulatoria más altos se presentan

en el IMSS–Oportunidades y los más bajos en el IMSS. En la atención hospitalaria el porcentaje más bajo correspondió al ISSSTE. Entre las muchas variables que pueden explicar estas diferencias, además del desempeño del personal del hospital, se encuentra el nivel educativo y la edad de los usuarios.

Se ha documentado que los usuarios con mayor nivel educativo suelen ser calificadoros más estrictos, por lo que sus niveles de satisfacción, tal y como sucedió en este trabajo, suelen ser más bajos. Su efecto en las diferencias institucionales es importante, ya que mientras sólo 0.4% de los usuarios de IMSS–Oportunidades tiene estudios universitarios, en el ISSSTE el porcentaje correspondiente es de 20%.

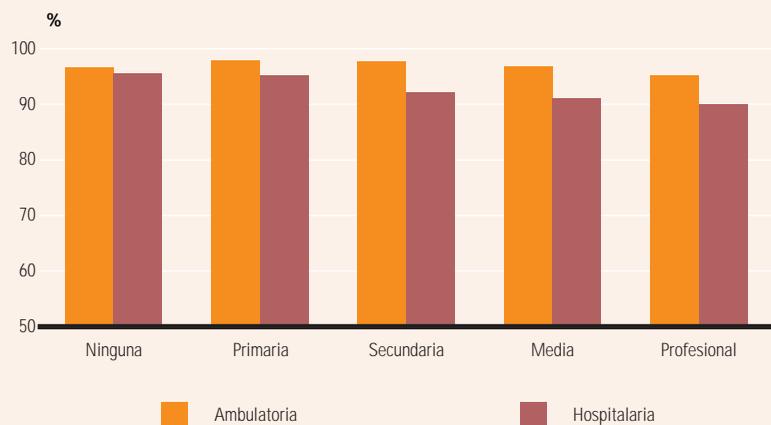
Otras variables que mostraron asociación con la satisfacción fueron la percepción del tiempo de espera y del tiempo de traslado, particularmente la primera de estas dos variables: a mayor tiempo de espera, más probabilidad de estar insatisfecho con el servicio. Esta asociación ha sido demostrada en varias ocasiones y debería ser parte importante de los procesos organizacionales que deben modificarse si se desea mejorar la satisfacción que los usuarios tienen con los servicios de salud.

Porcentaje de usuarios que regresarían a la misma unidad en caso de requerir nuevamente atención médica por institución y tipo de atención. México 2004



El porcentaje más alto de usuarios satisfechos se presenta en los servicios del programa IMSS-Oportunidades, tanto en atención ambulatoria como en atención hospitalaria.

Porcentaje de usuarios que regresarían a la misma unidad en caso de requerir atención médica por tipo de atención y nivel de escolaridad México 2004



Los usuarios con mayor nivel de escolaridad presentan porcentajes de satisfacción más bajos.

Autonomía

La **autonomía** se evaluó midiendo la oportunidad que se brinda a los usuarios de participar en las decisiones relacionadas con su salud.

El modelo médico predominante propicia que la relación entre el médico y las personas que buscan ayuda sea asimétrica, colocando a éstos últimos como sujetos pasivos de la acción de los primeros. No obstante, este modelo de atención no es el único -ni por supuesto el más justo- y es frecuente que un mismo médico utilice diferentes tipos de relación con los usuarios dependiendo del perfil del paciente y de otras variables.

En un contexto médico, hablar de autonomía significa no sólo permitir sino promover la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones informadas sobre su salud. Por lo tanto, en términos prácticos, el concepto de autonomía implica recibir información suficiente sobre las diferentes alternativas de tratamiento, ejercer el derecho a tomar decisiones basadas en dicha información y, en casos extremos, incluso optar por rehusar el tratamiento. Desde luego, la autonomía también implica el derecho a transferir la capacidad de decisión a un agente profesional externo, es decir que el paciente, en pleno uso de sus facultades y tomando en cuenta toda la información disponible, decide transferir al médico todo el poder de decisión.

De hecho, en México un porcentaje tan alto como 15% de las personas que estuvieron hospitalizadas considera que todas las decisiones deben ser tomadas por el médico

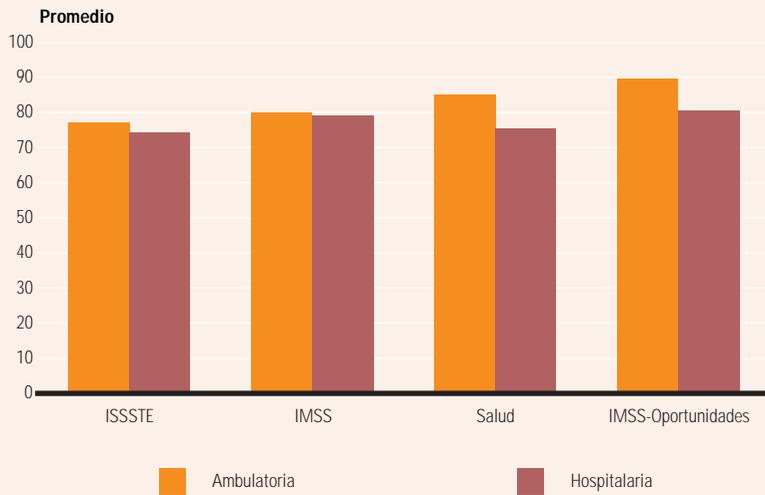
y más de 20% declaró que no consideró necesario participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

A pesar de lo anterior, 80% de las personas que acudieron a consulta externa y 70% de las que fueron hospitalizadas declararon que los pacientes deberían poder participar, si así lo consideran conveniente, en las decisiones que involucren su salud.

Las calificaciones que se le otorgan a la autonomía en México no son particularmente malas, pero muestran amplias ventanas de oportunidad para mejorar el trato a los usuarios, particularmente en la atención hospitalaria. La calificación más alta la recibe la atención ambulatoria del IMSS-Oportunidades, mientras que la más baja corresponde a los servicios hospitalarios del ISSSTE. En todas las instituciones, en la atención ambulatoria la posibilidad de participación se incrementa conforme se aumenta el nivel educativo de los pacientes. En la atención hospitalaria, por su parte, el nivel de autonomía es independiente de la escolaridad.

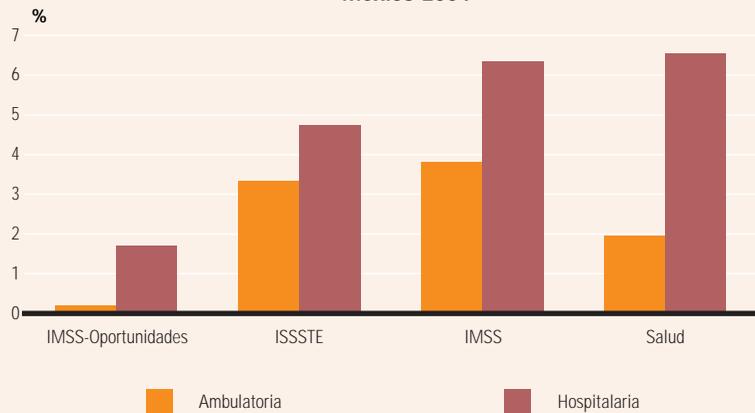
Por último, como un dato particularmente revelador de las prácticas institucionales, es importante señalar que 6% de los usuarios de hospitales y 3% de los que fueron atendidos en consulta externa, declararon que no se les permitió participar en las decisiones concernientes a su salud.

Calificación de la autonomía por institución y tipo de atención
México 2004



Los usuarios de servicios hospitalarios tienen menos oportunidad de participar en las decisiones relacionadas con su salud.

Porcentaje de usuarios a los que se negó la oportunidad de participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud por institución y tipo de atención México 2004



Los hospitales de la Secretaría de Salud presentan el porcentaje más alto de usuarios a los que se negó la oportunidad de participar en las decisiones sobre su salud.

Atención pronta

La **atención pronta** se evaluó midiendo el tiempo de espera para recibir atención de urgencias, el tiempo transcurrido para que una operación programada fuera efectuada y mediante la calificación otorgada por los usuarios al tiempo de espera en consulta externa.

Uno de las quejas más frecuentes entre los usuarios de servicios de salud son los tiempos de espera para recibir atención. Basándose en este hecho, todas las instituciones han establecido diferentes mecanismos para disminuir las molestias asociadas a las largas esperas en las unidades médicas. Por ejemplo, 40% de los pacientes –casi 50% en el IMSS– asisten ahora a consulta externa después de concertar una cita, lo que reduce la incertidumbre sobre los tiempos de espera.

Cuando se habla de la rapidez de la atención, debe tomarse en cuenta el hecho de que, antes de llegar a las unidades, frecuentemente los usuarios ya han ocupado mucho tiempo en trasladarse hasta ahí. Así, los problemas de la atención pronta rebasan las decisiones tomadas al interior de la unidad ya que involucran aspectos como el acceso geográfico y la disponibilidad de recursos físicos con que cuenta el sistema de salud.

Las instituciones que tienen más problemas con la rapidez de atención, quizá debido a la saturación de sus servicios, son el IMSS y el ISSSTE. Tanto en la consulta externa como en los servicios de urgencia hospitalarios, estas dos instituciones son las que presentan cifras menos favorables. Por ejemplo, mientras que en el IMSS–Oportunidades casi 80% de las personas que requirieron

atención de urgencia fueron atendidas antes de 15 minutos, en el ISSSTE el porcentaje correspondiente es casi 15 puntos porcentuales menor. Lo que es aun más grave, más de 14% de los pacientes de urgencia en esta última institución tuvieron que esperar más de una hora para ser atendidos.

En el mismo sentido, entre los usuarios a los que se programó para cirugía, casi 49% de los pacientes del ISSSTE tuvieron que esperar más de un mes para ser intervenidos, mientras que en la Secretaría de Salud y en el IMSS–Oportunidades los porcentajes fueron de 30%. Un dato adicional es el del porcentaje de usuarios que tuvieron que esperar más de seis meses para que se les realizara la cirugía para la que se les había programado. En el IMSS y en el ISSSTE la cifra es de 13%, mientras que el porcentaje correspondiente en la Secretaría de Salud y el IMSS–Oportunidades es de 7%.

Considerando que las cifras de los tiempos de espera no son del todo favorables, y tomando en cuenta el gran impacto que estos factores tienen en la satisfacción de los usuarios, todas las instituciones públicas de salud deben hacer esfuerzos adicionales para mejorar sus porcentajes y responder mejor a las expectativas de la población a la que sirven.

Calificación de la atención pronta por institución
México 2004



Las grandes instituciones de seguridad social son las que tienen mayores problemas con la atención pronta en sus servicios ambulatorios.

Porcentaje de usuarios que esperaron menos de 15 minutos para recibir atención de urgencia por institución
México 2004



Casi 80% de los usuarios de servicios de urgencia en el Programa IMSS-Oportunidades esperaron menos de 15 minutos para ser atendidos.

Trato respetuoso

El indicador de **trato respetuoso** muestra el desempeño de los servicios de salud con respecto a la dignidad y la privacidad de sus usuarios.

Cuando un usuario asiste a alguna unidad médica solicitando atención, requiere que su problema de salud sea resuelto, pero también busca que durante todo el proceso de interacción con los servicios su dignidad como ser humano sea plenamente respetada. Básicamente se debe entender que, a pesar de los problemas de salud y el papel de experto que juega el médico, el usuario es una persona en plenitud de derechos y no sólo un “paciente” que espera ayuda pasivamente.

Cuando se habla de respeto al usuario, debe entenderse todo el abanico de posibilidades que este concepto implica: efectuar cuidadosamente intervenciones y maniobras médicas, evitar el dolor innecesario y salvaguardar la privacidad de los usuarios durante las exploraciones y durante la realización de exámenes, entre otros. Dentro de su ámbito de competencia, el sistema de salud debería estar siempre preocupado por el respeto a los derechos humanos de sus usuarios.

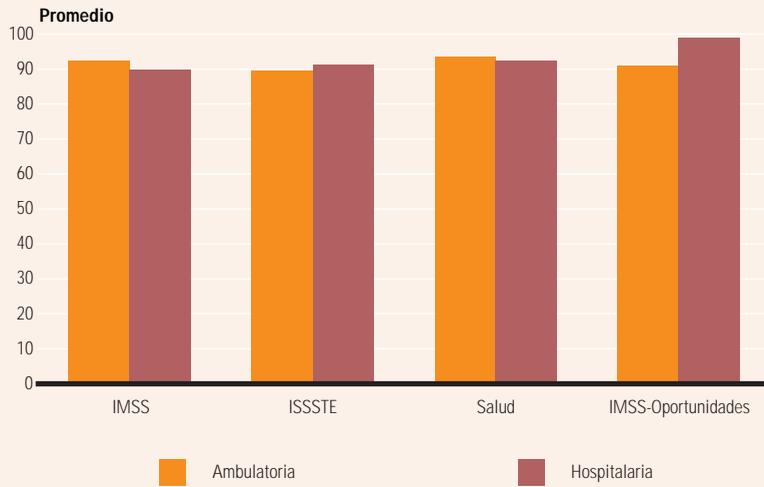
Los resultados aquí presentados muestran que el desempeño de las instituciones públicas de salud es relativamente alto en materia de trato respetuoso. La calificación más alta en este rubro correspondió al IMSS–Oportunidades, particularmente en la atención hospitalaria

donde casi todos sus usuarios le otorgaron la máxima calificación al trato que recibieron en sus servicios. En sentido opuesto, la calificación más baja fue para los servicios ambulatorios del ISSSTE, aunque vale la pena mencionar que el promedio de esta institución también es bastante favorable.

Los datos analizados muestran que el desempeño en materia de trato es mejor conforme se incrementa la edad de los usuarios, que no hay diferencias en el trato que reciben hombres y mujeres, y que, un poco sorpresivamente, a mayor nivel educativo, el trato recibido es de menor calidad.

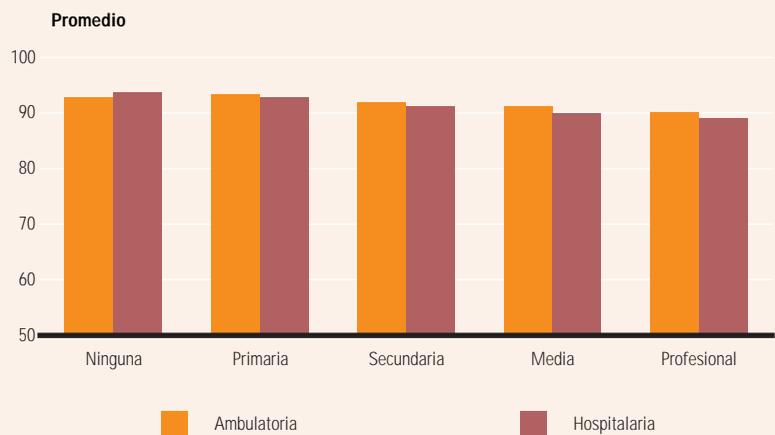
Una hipótesis para explicar este último hallazgo es el diferente tipo de servicios que reciben las personas según su educación, ya que dentro de las instituciones públicas de salud, la mayor parte de las personas con educación superior se atiende en el ISSSTE y las personas con menos escolaridad lo hacen en el IMSS–Oportunidades. Sin embargo, al controlar de manera conjunta estas dos variables en los análisis, se mantiene la relación inversa entre escolaridad y trato recibido. Este es un interesante campo para investigaciones futuras.

Calificación del trato respetuoso en las instituciones de salud por tipo de atención México 2004



El mejor desempeño con relación al respeto a los usuarios es el de los servicios hospitalarios de IMSS-Oportunidades.

Calificación del trato respetuoso por nivel educativo y tipo de atención México 2004



El desempeño en materia de trato respetuoso disminuye al incrementarse el nivel educativo de los usuarios.

Comunicación

La **comunicación** se evaluó midiendo la posibilidad que tuvieron los usuarios de resolver sus dudas sobre su estado de salud, y la percepción de los pacientes sobre la calidad de la información que recibieron.

La saturación de algunos servicios de salud provoca que haya tiempos de espera prolongados y menor tiempo para efectuar la consulta médica, lo cual suele ir en detrimento de la posibilidad que tiene el usuario de plantear las dudas que tiene con respecto a su salud y de recibir la información que le ayude a entender su enfermedad, tratamiento y la evolución probable de su condición.

Dialogar claramente con los usuarios es una manifestación de respeto por éstos, pero en sí mismo es un acto deseable, en la medida que con mayor información el usuario tiene más herramientas para afrontar su situación, además de que es más probable que el enfermo se adhiera a un tratamiento que entiende.

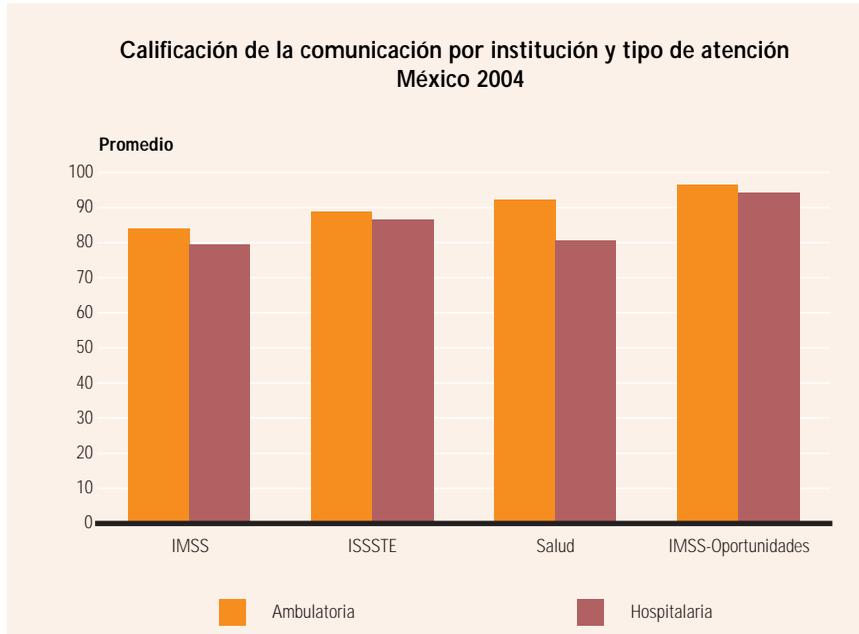
Los usuarios de los servicios de salud, en términos generales, calificaron como adecuado el tiempo que tuvieron para preguntar sobre su salud y tratamiento, con un porcentaje máximo de 6% en el IMSS que calificó como insuficiente el tiempo que tuvo para hacer preguntas.

Quizá debido al factor de saturación en los servicios – recuérdese que en el IMSS se efectúan casi 30 consultas

diarias por consultorio–, la calificación que obtiene la comunicación en los servicios del IMSS es la más baja de todas las instituciones públicas de salud. Como en la mayoría de los dominios que componen el concepto de Trato Adecuado, posiblemente debido al tipo de población y a algunos factores organizacionales, la institución con mejor calificación fue el IMSS–Oportunidades.

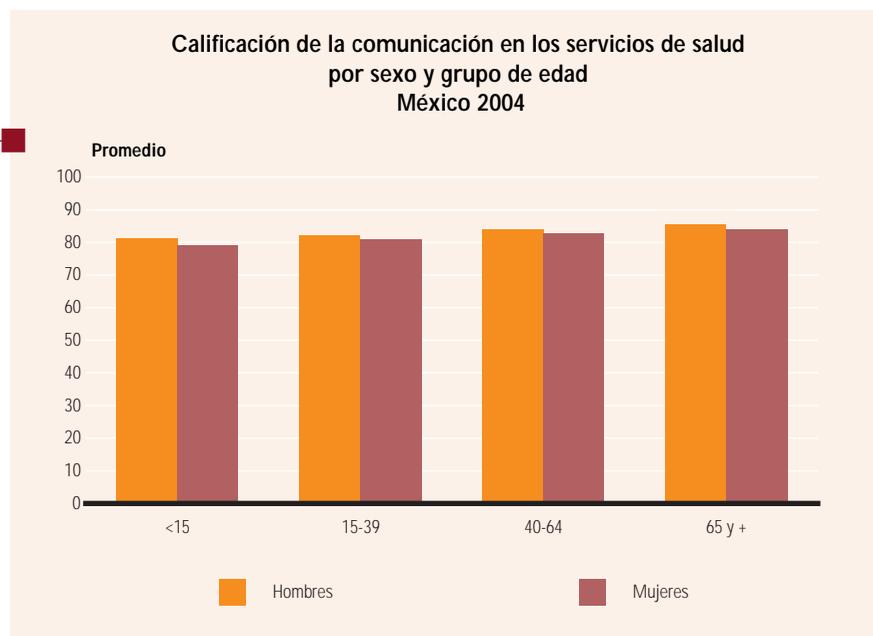
A diferencia de lo que sucede en áreas como la del trato respetuoso, la comunicación no muestra ningún tipo de asociación con el nivel educativo y, por el contrario, muestra una asociación positiva con la edad y es mejor cuando los usuarios son mujeres.

En todas las instituciones, la oportunidad de realizar preguntas sobre su estado de salud y la calidad de la información recibida sobre los tratamientos fue mejor en la consulta ambulatoria que en la atención hospitalaria. La mejor calificación para la comunicación fue de 96 en la atención ambulatoria del IMSS–Oportunidades, y la más baja fue la de los de servicios hospitalarios del IMSS con 79.5.



La comunicación entre usuarios y proveedores de los servicios de salud es mejor en los servicios ambulatorios que en la atención hospitalaria.

La calidad de la comunicación mejora conforme se incrementa la edad de los usuarios y es mejor con las mujeres que con los hombres.



Confidencialidad

La **confidencialidad** se evaluó midiendo si el control de la información personal se maneja con privacidad y si el usuario de los servicios de salud mantiene el control sobre el acceso a la información sobre su salud.

El concepto de confidencialidad, como elemento del trato adecuado, se refiere al hecho de que las consultas y los exámenes físicos deben ser realizados en ambientes que no violen la privacidad de los usuarios, que éstos tengan el derecho a negar el acceso a su información a quien consideren conveniente, y que se garantice la confidencialidad de los expedientes médicos para evitar el mal uso de la información personal.

Estudios efectuados en diversos países han mostrado que el manejo confidencial de la información personal es uno de los aspectos más valorados por los usuarios. En México, 88% de los usuarios de servicios hospitalarios consideró que la confidencialidad era un aspecto muy importante y sólo 3% declaró que le resultaba poco relevante.

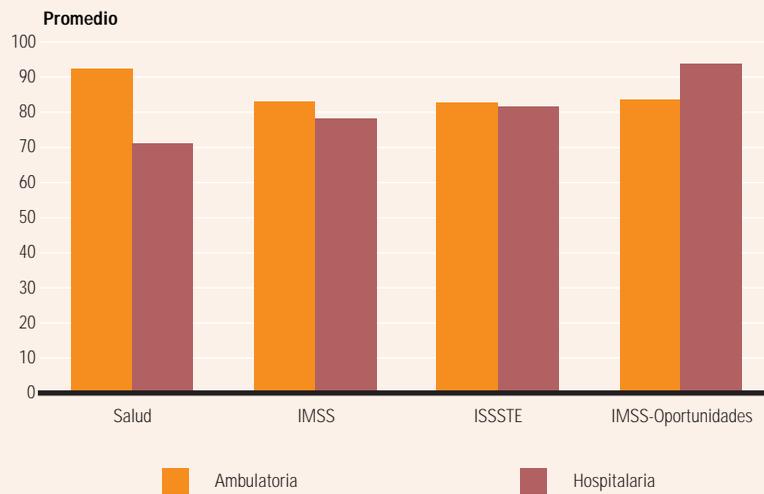
La información que se intercambia durante el acto médico es considerada una “comunicación privilegiada”, en el sentido que se asume que esta información será siempre confidencial. La única excepción al principio de

confidencialidad, es cuando ésta puede poner en riesgo la salud comunitaria, aunque aun en estos casos la primera opción debería ser que el involucrado autorice que su información sea dada a conocer.

El desempeño de las instituciones públicas de salud es bueno en materia de confidencialidad. Ocho de cada diez usuarios afirma que los médicos cuidaron su privacidad durante las consultas o tratamientos y las calificaciones institucionales muestran desempeños aceptables para todas las instituciones, particularmente en la atención ambulatoria en la Secretaría de Salud y en la atención hospitalaria del IMSS–Oportunidades.

Otro resultado digno de resaltarse es que la confidencialidad en la atención ambulatoria obtiene mejores calificaciones entre las mujeres, resultado que es consistente con estudios previos a nivel internacional. Sin embargo, en la atención hospitalaria el resultado es diferente, y el problema parece centrarse particularmente en las mujeres que son atendidas por parto o cesárea.

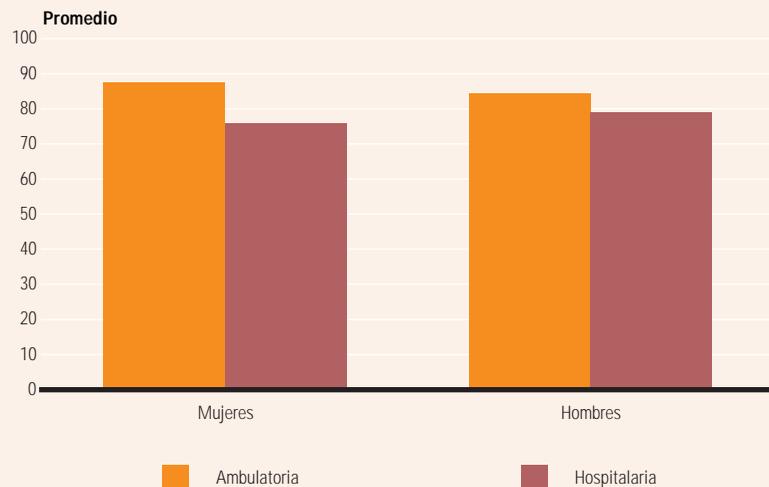
Calificación de la confidencialidad en los servicios de salud por institución y tipo de atención México 2004



Con excepción de la atención hospitalaria en la Secretaría de Salud, el desempeño de las instituciones públicas de salud con relación a la confidencialidad es bueno.

La confidencialidad en los servicios hospitalarios muestra problemas entre las mujeres que son atendidas por parto o cesárea.

Calificación de la confidencialidad en los servicios de salud por sexo y tipo de atención México 2004



Capacidad de elección

La **capacidad de elección** se evaluó midiendo la posibilidad que tienen los usuarios de los servicios de salud para elegir la unidad médica donde son atendidos.

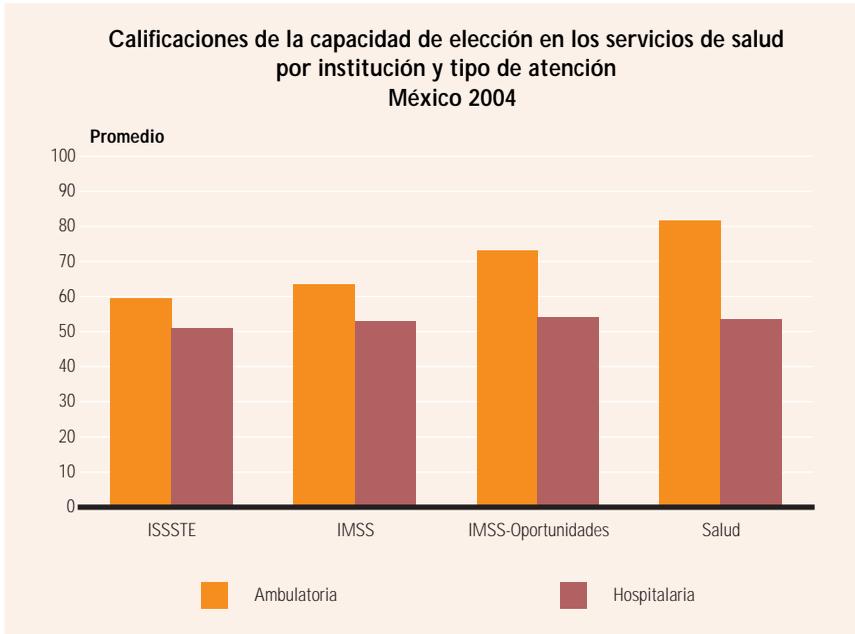
Aunque los usuarios de servicios de salud deberían tener el derecho de seleccionar a su médico y la clínica donde desean atenderse, la aplicación de este derecho se enfrenta en la práctica a barreras de tipo organizacional. Por ejemplo, la condición de derechohabencia es un requisito para usar los servicios de la seguridad social – a menos que se pague por los servicios– y la asignación del médico tratante en México prácticamente escapa al control y decisión de los usuarios.

No obstante, la posibilidad de elegir al médico ha mostrado ser un muy importante predictor de la satisfacción de los pacientes y, en algunos sistemas de salud, es una herramienta invaluable para que los usuarios no cambien la clínica o el hospital donde son atendidos. En México, tal y como muestran los resultados, la capacidad de elección que ofrecen las instituciones públicas es muy baja y las posibilidades de buscar alternativas de tratamiento se limitan a la búsqueda de atención en el ámbito privado, por lo que el derecho a elegir se ve mediado por la capacidad económica para ejercer dicho derecho. Quizá debido a estas carencias, 90% de los usuarios de servicios de primer nivel afirma que tener la posibilidad de elegir la unidad de atención es muy importante.

La capacidad de elección es todavía más limitada en casos de atención hospitalaria. En todas las instituciones, menos del 70% de los pacientes hospitalizados declara haber tenido opciones para elegir dónde atenderse y en las instituciones de seguridad social el porcentaje es aun más bajo. En el caso de la atención ambulatoria, el porcentaje correspondiente sigue siendo bajo, pero en la Secretaría de Salud se incrementa sustancialmente hasta 85%.

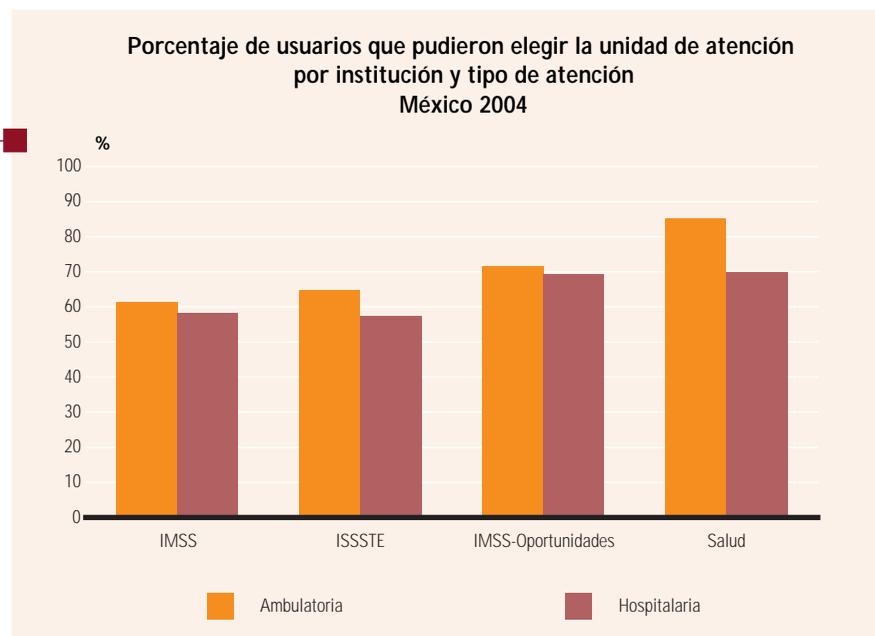
Es probable que los porcentajes mencionados en realidad sean todavía menores ya que, dada la dinámica del sistema de salud mexicano, las expectativas de los usuarios con respecto a la posibilidad de elegir son muy bajas, lo que propicia que califiquen como favorables algunas situaciones que en otros ámbitos serían inaceptables.

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



La capacidad de elección en la atención hospitalaria es muy baja y las calificaciones son muy homogéneas entre todas las instituciones de salud.

El mayor porcentaje de usuarios que pudo seleccionar la unidad de atención correspondió a la Secretaría de Salud.



Calidad de las comodidades y servicios básicos

La **calidad de las comodidades y servicios básicos** evalúa la limpieza de las unidades, la amplitud de las salas de espera, la limpieza de los baños y la calidad de los alimentos en servicios hospitalarios.

El trato que ofrecen los servicios de salud a sus usuarios no se limita a las interacciones personales entre el personal de las unidades médicas y los usuarios. También hay aspectos de organización y de diseño de los servicios que afectan en mayor o menor medida la percepción que los usuarios tienen de la calidad de estos servicios. Este es el caso de las comodidades y servicios básicos.

Aunque en primera instancia estos aspectos no son identificados como una preocupación inmediata del sistema de salud, las salas de espera amplias y con asientos razonablemente cómodos, los baños limpios y la alimentación adecuada de las personas hospitalizadas, son determinantes importantes del bienestar de los usuarios durante su estancia en las unidades médicas.

Cuando se habla de comodidades básicas no debe pensarse en instalaciones lujosas. La medición de estas comodidades debe enfocarse en que cumplan con estándares mínimos y que no provoquen malestares innecesarios a quienes buscan atención por problemas de salud.

En las instituciones públicas de salud estas comodidades presentaron calificaciones relativamente bajas, con excepción del IMSS–Oportunidades que, de acuerdo con sus usuarios, tiene buenos estándares de limpieza. No obstante, hay dos elementos de los servicios generales que tienen porcentajes de aprobación muy bajos en todas las instituciones: la limpieza de los baños y la calidad de la alimentación a personas hospitalizadas.

Con relación a la limpieza de las unidades, la calificación más baja correspondió a las unidades hospitalarias del ISSSTE y la más alta a los usuarios de servicios de atención ambulatoria del IMSS–Oportunidades.

Por otro lado, la calidad de la alimentación en hospitales fue aprobada sólo por 4% de los usuarios, aunque en el IMSS Oportunidades sólo fue aprobada por uno de cada cien usuarios.

Finalmente, la limpieza de los baños parece ser un problema serio, sobre todo en el primer nivel de atención. Incluso en los servicios hospitalarios del ISSSTE, que obtuvieron las mejores calificaciones, la limpieza de los baños fue aprobada sólo por 28% de los usuarios.

Calificación de la limpieza en las unidades de salud por institución y tipo de atención México 2004



Los usuarios del Programa IMSS-Oportunidades y del ISSSTE fueron quienes otorgaron mejores calificaciones a la limpieza de las unidades médicas.

De acuerdo con la percepción de los usuarios, la limpieza de los baños es un problema serio en todas las instituciones.

Porcentaje de usuarios de servicios de salud que aprobó la limpieza de los baños de las unidades por institución y tipo de atención México 2004



Acceso a redes sociales de apoyo

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

Por sí misma, la experiencia de estar hospitalizado suele ser negativa. El permitir que las personas hospitalizadas se mantengan en contacto con sus redes sociales, representadas por sus familiares o por sus amistades, fortalece y proporciona bienestar a los pacientes.

Algunos autores han definido el apoyo social como el sentimiento de ser apreciado y de contar con otras personas cuando es necesario. Este apoyo reduce la tensión asociada a la hospitalización, influye positivamente en la salud del paciente e incluso puede significar un alivio para los servicios de salud en la medida en que las redes sociales pueden paliar algunas de las carencias de las unidades hospitalarias.

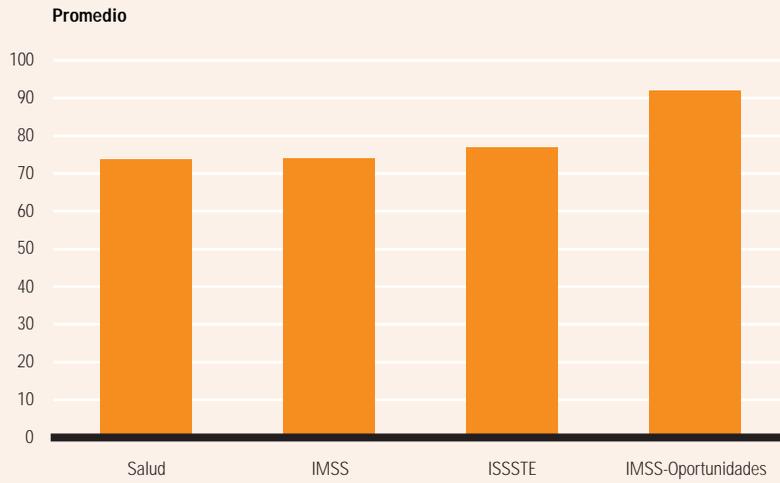
Por supuesto que el acceso de las redes de apoyo debe sujetarse a regulaciones que impidan que las visitas afecten negativamente la dinámica de los servicios o que molesten a otros usuarios, pero la información oportuna acerca de estas regulaciones suele evitar los efectos potencialmente desagradables de las visitas incontroladas.

La importancia de las redes sociales se hace más evidente en los grupos más vulnerables y en los ámbitos

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

A nivel de instituciones, los resultados también apoyan los comentarios anteriores. Con mucho, la calificación más alta es la del IMSS–Oportunidades, institución que brinda servicios en comunidades marginadas, con altos porcentajes de población indígena y con niveles elevados de marginación. El gran acceso a redes en esta institución, además de las regulaciones institucionales, puede estar determinado por los fuertes lazos sociales de las comunidades donde presta servicios, lo que finalmente ayuda a que las estancias hospitalarias sean menos estresantes para sus pacientes.

Calificación del acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización por institución México 2004



El Programa IMSS-Oportunidades tiene un desempeño mejor que las otras instituciones públicas de salud con relación al acceso a redes sociales de apoyo.

Calificación del acceso a redes sociales de apoyo por sexo y edad México 2004



Las redes sociales son más importantes en los grupos más vulnerables, como la gente de mayor edad o los que habitan en áreas rurales.