

ASOCIACIÓN NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS, A.C.
AÑO 5, NO. 2, 2026

NUESTRO MUNDO HOSPITALARIO



EL VALOR DE LOS INDICADORES: MEDIR PARA ENTENDER



Directorio

Asociación Nacional de Hospitales Privados

Presidente	Lic. Jesús Ruiz López Hospital Angeles Health System
Vicepresidente	Lic. Mario González Ulloa Arellano Grupo Dalinde - San Angel Inn
Secretario	Lic. Gerardo Ramón Ríos Zamudio Grupo Dalinde - San Ángel Inn
Tesorero	Mtro. Héctor Flores Hidalgo Hospital Español
Vocales	Dr. Jorge Azpiri López Grupo TecSalud Dr. Carlos Dueñas García Hospital San Javier Lic. Álvaro López Aldana Centro Médico ABC Lic. José Antonio Pérez Estrada Grupo Star Médica Lic. Evaristo Prendes Cillero Hospital Angeles Health System C.P. Nora Leticia Ramírez García Sanatorio Hospital Florencia Dr. Víctor Ramírez González Hospital Angeles Health System Mtra. Mónica Rendon Bonilla Corporativo Hospital Satélite Lic. Melissa Torres Vega Sistema de Salud Christus Muguerza
Nuestro Mundo Hospitalario Comité Editorial	Lic. Arturo Álvarez Aguirre Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz Ing. Guillermo Anaya Pardo CHRISTUS MUGUERZA Lic. Claudia Espíndola Moreno Corporativo Hospital Satélite Dr. Carlos Guzmán Murillo Hospital Aranda de la Parra Act. Miguel Ángel Hernández Rodríguez Director ejecutivo de la ANHP Lic. María Rosalina León López Hospital San Javier Dra. Alicia Estela López Romo CHRISTUS MUGUERZA Lic. Rafael Martín del Campo Fundación Hospital Nuestra Señora de la Luz Roberto Jesús Medina Flores CHRISTUS MUGUERZA Ing. Arq. Juan Armando Monroy López Beneficencia Española de Tampico Dr. Erick Alejandro Rodríguez Ordóñez Hospital Azura Roma Condesa Lic. Leticia Rojas Rodríguez CHRISTUS MUGUERZA Arq. Ramón Salgado Vega Hospital Médica Mía
Diseño Gráfico	Great Design Agencia de Diseño Multimedia
Diseño Digital	Meredith Marketing
Dirección Editorial	Dr. Bruno Chávez Mtra. Beatriz de Alba Islas

Nuestro Mundo Hospitalario

EDICIÓN 25
JULIO 2026

Nuestro Mundo Hospitalario es la revista de vinculación oficial de la Asociación Nacional de Hospitales Privados pensada para que todos los actores del sector se reconozcan, conecten y compartan. Un espacio de análisis, investigación y difusión de las mejores prácticas en salud. Integra experiencias, indicadores y voces innovadoras del rubro hospitalario en México. Su objetivo es inspirar calidad y humanidad en la atención médica.

¡Conoce nuestras versiones impresa y digital!



Índice

- | | | | | | |
|---|--|----|---|----|--|
| 4 | EDITORIAL:
Indicadores: medir para transformar | 13 | LA DESNUTRICIÓN, DE LOS DIAGNÓSTICOS MÁS OLVIDADOS | 26 | ECONOMÍA DE LA SALUD PRIVADA EN MÉXICO.
Un modelo económico insostenible. |
| 6 | EL EJERCICIO DE LA PRESCRIPCIÓN COMO EL NUEVO ESTANDARTE DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO | 18 | ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA CON TECNOLOGÍA ROBOT ROSA:
Precisión, seguridad y eficiencia en la era de la cirugía asistida | 30 | PRIMERA SESIÓN ORDINARIA DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS 2026:
La calidad como proyecto compartido. |
| 9 | INVESTIGACIÓN CLÍNICA:
Una gran oportunidad para los hospitales privados en México | 22 | ANÁLISIS DE INDICADORES EN SALUD HOSPITALARIA, UN PASO HACIA LA MEJORA CONTINUA | | |

INDICADORES: MEDIR PARA TRANSFORMAR

Act. Miguel Ángel Hernández Rodríguez

Todos los hospitales generan miles de datos cada día. Sin embargo, solo cuando esos datos se transforman en indicadores son podemos convertirlos en conocimiento útil para mejorar la atención médica. El pasado 29 de mayo, en el marco de la Primera Asamblea General Ordinaria de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, se presentó oficialmente el informe Análisis integral del desempeño hospitalario. 2022-2024. A todas luces, esta obra es un ejercicio técnico que a su vez representa un hito para la salud privada mexicana, ya que consolida años de trabajo colectivo orientados a comprender, medir y comparar aspectos fundamentales del desempeño hospitalario. Su aparición invita a meditar sobre una pregunta que suele pasar inadvertida: ¿por qué son tan importantes los indicadores para el desarrollo de las instituciones de salud?

Con frecuencia, los indicadores son percibidos únicamente como cifras, tablas o gráficos que permiten conocer resultados. Sin embargo, el verdadero valor trasciende la medición: Los indicadores permiten convertir miles de datos dispersos en información útil para tomar mejores decisiones y transformar la experiencia cotidiana de los hospitales en evidencia capaz de orientar acciones concretas.

Permiten convertir la experiencia cotidiana de los hospitales en evidencia orientada a acciones concretas.

La importancia de esta capacidad resulta particularmente evidente en un entorno como el hospitalario, donde las decisiones tienen repercusiones directas sobre la seguridad de los pacientes, la eficiencia operativa y la sostenibilidad institucional. Medir no significa únicamente registrar datos. Significa generar una comprensión más profunda de lo que ocurre dentro de las organizaciones y construir bases objetivas para impulsar procesos de mejora continua.

A lo largo de los últimos años, el sector salud ha experimentado transformaciones aceleradas impulsadas por cambios demográficos, innovaciones tecnológicas, nuevas exigencias regulatorias y expectativas crecientes de los usuarios. Así, los indicadores se han convertido en instrumentos indispensables para mantener la capacidad de adaptación. Para la ANHP este proyecto remarca la utilidad de permitir una lectura transparente que genere visiones estructuradas de fenómenos que, de otra manera, podrían permanecer ocultos entre miles de procesos clínicos y administrativos.

La experiencia internacional demuestra que los sistemas de salud más avanzados son aquellos que han logrado desarrollar mecanismos sólidos de medición y análisis. Los indicadores permiten evaluar resultados, identificar oportunidades de mejora y comparar desempeños entre instituciones con características distintas pero que, en el marco de nuestro quehacer cotidiano, están fincadas en México y orientados a la población de este país, arropadas bajo el paraguas de la ANHP. Con este texto, los líderes del sector salud privado de México pretenden facilitar el aprendizaje organizacional y promover una cultura orientada al fortalecimiento institucional.

En el caso de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, la construcción de un sistema de indicadores adquiere resonancia particular debido a la diversidad de instituciones que integran la organización. Hospitales de distintos tamaños, especialidades y regiones del país participan en un esfuerzo común que busca generar información comparable sin perder de vista las características propias de cada entorno operativo. Esta capacidad de articular diferencias constituye uno de los principales logros del proyecto.

La publicación presentada durante la Asamblea, refleja precisamente ese esfuerzo colectivo. Detrás de cada indicador existe un proceso de definición metodológica, validación técnica y revisión permanente que garantiza la calidad de la información. El valor del compendio es, por supuesto, su capacidad de exponer un entramado colectivo que responde a la solidez de los procedimientos que hicieron posible su elaboración.

Por sí mismos, los indicadores no producen cambios. Son las personas quienes, a partir de la información que estos generan, impulsan mejoras en los procesos, fortalecen la seguridad y contribuyen a una atención de mayor calidad.

Durante la Asamblea compartimos también el proceso mediante el cual se construyeron estos indicadores, destacando el valor de transformar percepciones en evidencia. Los indicadores también favorecen la construcción de consensos. Cuando las discusiones se sustentan en información verificable, resulta más sencillo establecer prioridades compartidas y orientar recursos hacia áreas estratégicas. La evidencia facilita el diálogo entre profesionales, directivos y responsables de políticas institucionales, generando condiciones más favorables para el trabajo colaborativo. Parafraseando al presidente de la ANHP, Lic. Jesús Ruiz López, la unión de los hospitales que conforman a la Asociación se caracteriza por la excelencia en todos los niveles. Y eso es destacable en el compendio y verificable en las fuentes que le acompañan.

Otro aspecto fundamental de nuestro proyecto es la posibilidad de observar la evolución a lo largo del tiempo. Las mediciones aisladas ofrecen una fotografía momentánea, pero los sistemas de indicadores permiten identificar trayectorias, cambios y tendencias. Esta perspectiva longitudinal es *indispensable* para evaluar el impacto de las acciones emprendidas y determinar si las estrategias implementadas producen los resultados esperados; en consecuencia, la revisión del contenido contribuye directamente al fortalecimiento de la atención médica.

Desde una perspectiva organizacional, el documento deja claro que como ANHP vivimos en una cultura de responsabilidad compartida. Los indicadores permiten que los distintos niveles de la institución participen en la comprensión de los resultados y se involucren en la búsqueda de soluciones. Este enfoque favorece la alineación de objetivos y fortalece el sentido de pertenencia hacia los procesos de mejora.

La experiencia acumulada por la Asociación demuestra que la

construcción de indicadores no es un ejercicio aislado ni una obligación administrativa; es una estrategia de conocimiento institucional que permite comprender el funcionamiento del sector y generar información valiosa para sus integrantes. Su desarrollo representa una inversión en aprendizaje colectivo.

La publicación del informe *Análisis integral del desempeño hospitalario. 2022-2024* constituye, por ello, mucho más que la presentación de un informe: significa la consolidación de una visión que reconoce el valor de la información como herramienta para fortalecer la gestión hospitalaria y promover una toma de decisiones sustentada en evidencia.

En un contexto donde la complejidad de los sistemas de salud aumenta, la capacidad para medir, analizar e interpretar información se vuelve cada vez más relevante. La Asociación Nacional de Hospitales Privados puede sentirse orgullosa de este esfuerzo colectivo.

La presentación de esta obra simboliza la madurez alcanzada por un proyecto que ha evolucionado a lo largo de varios años y que hoy se convierte en una referencia para el sector. El verdadero logro consiste en haber construido una herramienta que fortalece la capacidad de aprender, mejorar y transformar la realidad hospitalaria mexicana.



Este logro pertenece a muchas personas.

A quienes aportaron su experiencia técnica para construir cada indicador; a quienes revisaron, analizaron y validaron la información; a quienes dieron forma editorial y visual al proyecto; y a los integrantes del Consejo Directivo que confiaron en la importancia de impulsar una visión compartida del desempeño hospitalario. Cada uno asistió desde su perfil laboral pero todos compartieron el mismo propósito: generar conocimiento útil para ayudar a que nuestros hospitales sigan aprendiendo, optimizando y transformando vidas.

Porque al final, medir no es contar números, es entender mejor nuestra realidad para tener la capacidad de transformarla.

EL EJERCICIO DE LA PRESCRIPCIÓN COMO EL NUEVO ESTANDARTE DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO.

MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano

Directora de las Escuelas de enfermería del Sistema de Salud CHRISTUS MUGUERZA y Decana de Enfermería de la Universidad de Monterrey.

Durante décadas, la enfermería mexicana ha sido el corazón del sistema de salud, sosteniendo el cuidado continuo, la educación sanitaria y la confianza del paciente en cada espacio donde la ciencia se entrelaza con el cuidado humano. Hoy, esta labor invaluable —a menudo silenciosa— recibe un reconocimiento histórico con la publicación, el 21 de octubre de 2025, del Acuerdo que establece los Lineamientos para la Prescripción de Medicamentos por Personal de Enfermería, conforme al artículo 28 Bis de la Ley General de Salud.

Este avance, alineado con los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2025–2030 (PROSESA), consolida una visión de país en la que la calidad, la equidad y la eficiencia se alcanzan no solo

mediante tecnología o infraestructura, sino a través de profesionales empoderados, competentes y éticamente comprometidos.

Este nuevo marco normativo fortalece el primer nivel de atención, reconoce la prescripción por parte de enfermería como una estrategia de cobertura efectiva y justicia sanitaria, y reafirma que la equidad en salud depende del aprovechamiento pleno de las nuevas competencias profesionales.

En este proceso, la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) —órgano colegiado asesor de la Secretaría de Salud— ha sido clave para impulsar políticas públicas orientadas a la calidad, la profesionalización y la congruencia entre la formación académica y los roles asistenciales.



Con ello, consolida a la enfermería mexicana como un actor estratégico y un pilar esencial de un sistema de salud más humano y sostenible.



Tal como ocurre en países de primer mundo, donde la enfermería es reconocida como eje medular del sistema sanitario, México da un paso firme hacia la consolidación de una práctica avanzada basada en evidencia, liderazgo y humanismo.

Modalidades que reflejan madurez profesional

La actualización normativa establece dos modalidades de prescripción:

1. Inicial o autónoma, que faculta a las y los profesionales de enfermería con título y cédula profesional para indicar y autorizar tratamientos dentro de su competencia, conforme a la valoración clínica y los protocolos vigentes.

2. Colaborativa, que permite compartir la gestión terapéutica con el personal médico, con o sin su presencia física, bajo los acuerdos interprofesionales institucionales.

Estas facultades aplican en servicios de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, incluidas unidades móviles, brigadas y programas comunitarios, donde la enfermería suele ser el primer punto de contacto con la población. Con ello, se amplía la cobertura y se acerca la atención a comunidades rurales y marginadas, fortaleciendo el derecho universal a la salud.

El Acuerdo también reconoce dos figuras que transformarán el modelo asistencial:

1.- Enfermería del Rol ampliado (ERA), como perfil transitorio para fortalecer la cobertura en atención primaria.

2.- Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), como perfil consolidado, con formación de maestría, experiencia clínica y competencias avanzadas para la toma de decisiones complejas.

Ambos perfiles simbolizan una evolución académica y profesional que coloca a México en sintonía con los estándares internacionales de práctica avanzada, respaldados por la OMS y el Consejo Internacional de Enfermería.

Prescripción con ética, evidencia y calidad: un nuevo paradigma sanitario

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), a través de la Dirección de Enfermería, enfatiza que la prescripción por el personal de enfermería exige altos estándares éticos, regulatorios y científicos. Cada receta debe apegarse a los lineamientos de farmacovigilancia, protocolos clínicos y registros sanitarios, garantizando seguridad y pertinencia terapéutica.



La participación de COFEPRIS, CONAMED y el Consejo de Salubridad General refleja un compromiso interinstitucional para que esta nueva facultad se ejerza con responsabilidad, calidad y evidencia científica. En este marco, la autonomía de la enfermería implica corresponsabilidad clínica, sustentada en conocimiento, juicio profesional y liderazgo colaborativo.

Este avance representa un nuevo paradigma sanitario al consolidar una cultura del cuidado centrada en el modelo interprofesional, en el que la enfermería comparte la toma de decisiones clínicas y la responsabilidad del bienestar del paciente. La salud se entiende así no solo desde el diagnóstico médico, sino desde la prevención, la educación y la empatía que distinguen a la enfermería mexicana.

Como lo ha señalado la CPE, esta reforma impulsa la recuperación de espacios profesionales, el aprovechamiento pleno del potencial de la enfermería y la reivindicación del cuidado como disciplina científica y humanista.

Un paso firme hacia la equidad

México debe avanzar con decisión hacia un sistema de salud más equitativo, eficiente y humano.



La prescripción de medicamentos por enfermería no es solo un logro gremial, sino una respuesta estructural a las necesidades del país: una política que integra ciencia, ética y sensibilidad al servicio de las personas.



Cada profesional de enfermería que prescribe con conocimiento y compasión se convierte en un agente de transformación social, haciendo del derecho a la salud una realidad tangible en cada comunidad. Porque detrás de cada receta hay más que un medicamento: hay juicio clínico, compromiso ético y la esperanza de que los sistemas de salud sigan invirtiendo en recursos, infraestructura y talento humano para fortalecer la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Y, sobre todo, persiste una convicción profunda: que la enfermería mexicana merece pleno reconocimiento social, estructural y económico, en consonancia con su papel esencial en la construcción de un sistema de salud más justo y verdaderamente humano.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA: UNA GRAN OPORTUNIDAD PARA LOS HOSPITALES PRIVADOS EN MÉXICO

Ing. Rafael Díaz Treviño, MBA, MSc. - rafadiaz@sanatoriolaluz.com.mx

Maestro en Ciencias y Tecnologías de Salud por la Escuela de Medicina de Harvard y el Instituto Tecnológico de Massachusetts-MIT. Director General del Hospital La Luz Morelia y de Hidra Investigación Clínica. Miembro del Consejo Global de Mejores Prácticas en Investigación Clínica de la Organización de Acreditación Internacional para la Investigación Clínica con sede en Reino Unido - IAOCR

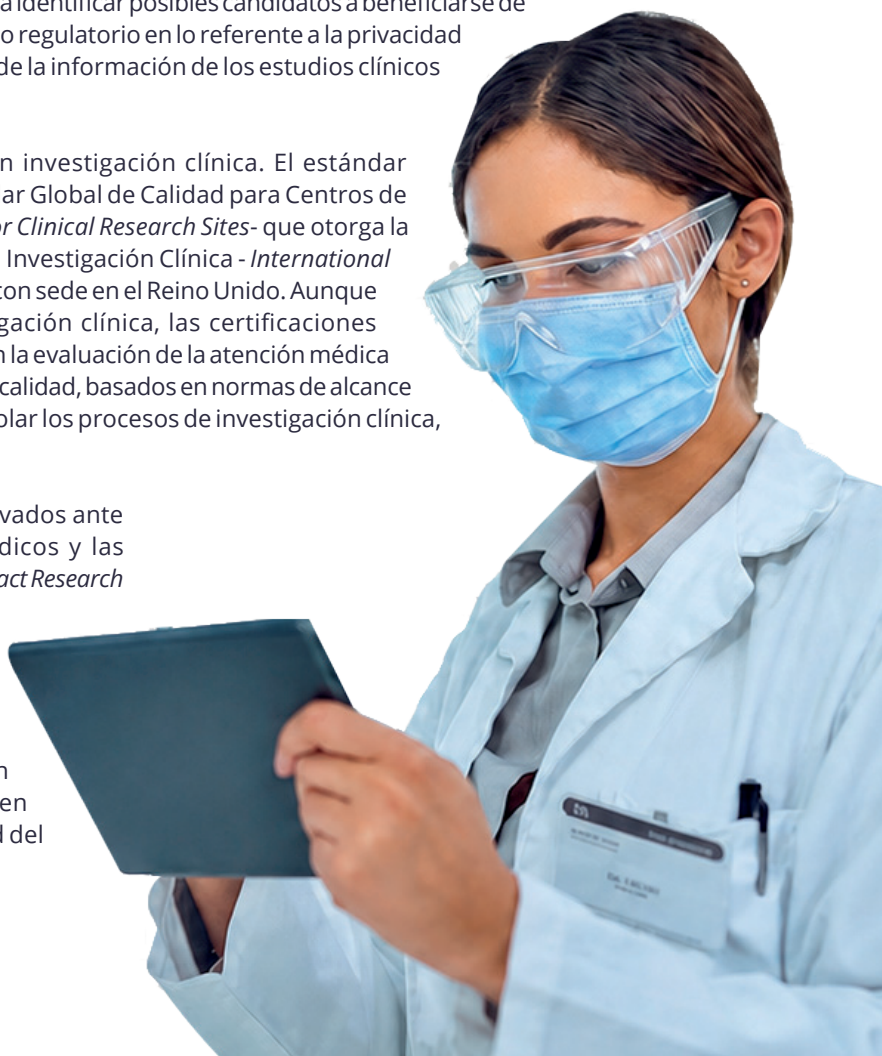


El Plan México¹ busca atraer a nuestro país más de 2 mil millones de dólares anuales en inversión para investigación clínica al año 2030, lo que representa diez veces más de lo que actualmente capta² el sector. De acuerdo con Biospace³, en 2025 el valor del mercado global de investigación clínica se estimó en aproximadamente 87 mil millones de dólares. Entre las principales áreas terapéuticas destacaron: oncología, que representa más del 38% del total del mercado, sistema nervioso central, inmunología y enfermedades metabólicas, cardiovasculares e infecciosas. De este valor estimado del mercado global de investigación clínica, los Estados Unidos de Norteamérica concentraron aproximadamente el 59%, seguidos por Europa con el 23%, la región Asia-Pacífico con el 14% y las demás regiones, incluida Latinoamérica, con el 4%. Dentro de Latinoamérica, Brasil, Argentina y México son los principales jugadores, conduciendo principalmente protocolos fase 3, que son estudios que evalúan seguridad y eficacia en grandes poblaciones de pacientes,

generalmente a nivel mundial, comparando el tratamiento innovador contra el estándar de atención o, en su caso, contra placebo, con la finalidad de someter información a la autoridad regulatoria para obtener la aprobación para su comercialización. Los estudios fase 3 representan aproximadamente el 50% del total de la inversión global en investigación clínica⁴. Se espera que el mercado mundial aumente significativamente los próximos años impulsado en parte por la evaluación de nuevas terapias de precisión⁵, entre ellas: edición genética CRISPR-Cas9, tecnologías mRNA, inmunoterapia de precisión como terapias celulares CAR-T, CAR-NK y CAR-MS⁶, y por el diseño de nuevas moléculas⁷ y de protocolos asistidos por inteligencia artificial. Aunque la inversión en Latinoamérica sigue representando una pequeña parte del total, se espera que en los próximos diez años aumente significativamente, aproximadamente en un 8% anual⁸, impulsado por la eficiencia en costos, una población diversa, perfil epidemiológico, una infraestructura de salud adecuada y una amplia base de médicos y personal competente.

En México, los hospitales privados de segundo y tercer nivel se encuentran especialmente posicionados para aprovechar las oportunidades de inversión en investigación clínica, ya que cuentan con la infraestructura y tecnologías necesarias para la atención del paciente – incluyendo en el área de oncología–, médicos investigadores con conocimientos, habilidades y experiencia para participar en el desarrollo de investigación clínica, estructuras administrativas ágiles, amplia adopción de tecnologías digitales como el expediente clínico electrónico, sistemas ERP y telemedicina, y una cultura de calidad que favorece la confianza de la industria farmacéutica en la integridad de la información y sobre todo, que fomenta prácticas de seguridad del paciente y de respeto a sus derechos. Estas ventajas competitivas que actualmente favorecen al sector hospitalario privado se pueden reforzar en algunos casos con otras acciones adicionales, que no siempre están en la mira de los hospitales:

- Contar con espacios dedicados a la investigación clínica, incluyendo: un área de almacenamiento del producto experimental adecuada y segura, con suministro ininterrumpido de energía eléctrica, área de almacenamiento de kits de laboratorio y materiales utilizados en el estudio, área de toma de muestras, consultorios dedicados, equipos y dispositivos médicos debidamente calibrados y área especial para expedientes de pacientes en investigación. Los espacios dedicados al área de investigación, separados de las áreas clínicas habituales, permiten llevar un mejor control de los procesos propios del área.
- Contar con recursos humanos dedicados a la investigación clínica, principalmente coordinadores de estudios capacitados en conducción de protocolos y buenas prácticas clínicas, así como personal de laboratorio, de enfermería y personal administrativo competente para las áreas de factibilidades, inicio de estudios, presupuestos, monitoreo interno, asuntos regulatorios y desarrollo de negocios.
- Fomentar el entrenamiento continuo de médicos especialistas en temas de investigación clínica y buenas prácticas clínicas, integrando una red de investigadores con vocación por la investigación, que dediquen el tiempo requerido a las actividades propias del investigador y que se preocupen por estar actualizados en su especialidad y por velar por los derechos del paciente.
- Contar con un sistema de referencia de pacientes para identificar posibles candidatos a beneficiarse de un protocolo -respetando en todo momento el marco regulatorio en lo referente a la privacidad de la información- así como un sistema de difusión de la información de los estudios clínicos adecuado para la comunidad.
- Implementar un sistema de calidad enfocado en investigación clínica. El estándar global actualmente es la acreditación GCSA-Estándar Global de Calidad para Centros de Investigación Clínica -*The Global Quality Standard for Clinical Research Sites*- que otorga la Organización Internacional de Acreditación para la Investigación Clínica -*International Accrediting Organization for Clinical Research IAOCR*-, con sede en el Reino Unido. Aunque llegan a considerar algunos aspectos de investigación clínica, las certificaciones internacionales o locales de hospitales se enfocan en la evaluación de la atención médica no experimental. Existen también otros sistemas de calidad, basados en normas de alcance más general, que pueden ser de utilidad para controlar los procesos de investigación clínica, como la norma ISO 9001:2015.
- Buscar una mayor visibilidad de los hospitales privados ante la industria farmacéutica y de dispositivos médicos y las Organizaciones de Investigación por Contrato –*Contract Research Organizations CROs*–, para ser considerados como una opción competitiva para llevar a cabo proyectos de investigación clínica con calidad tanto en la confiabilidad de la información de eficacia y seguridad de la molécula o dispositivo en cuestión proporcionada a la industria, como en la propia conducción del estudio, garantizando en todo momento el apego al protocolo y la seguridad del paciente y el respeto a sus derechos.



Para cumplir con la meta que pretende el Plan México 2030 y ser más competitivos como país en materia de investigación clínica, las autoridades regulatorias también juegan un rol importante. En el caso de COFEPRIS, por ejemplo, recientemente se han hecho cambios en materia de procesos y digitalización que han permitido reducir en un 60% el tiempo de aprobación de protocolos de investigación clínica, con un tiempo de validación promedio estimado de 45 días⁹.

Esto es importante ya que en muchas ocasiones los tiempos prolongados de autorización repercuten en una disminución de la ventana de tiempo para incluir pacientes en el estudio, lo que puede desincentivar a la industria para asignar proyectos a nuestro país, ya que son estudios que se llevan a cabo en varios países simultáneamente. Por otro lado, a principios de este año, como parte de las reformas a la Ley General de Salud, se substituyó el Comité de Ética en Investigación -de la jurisdicción de CONBIOÉTICA- y el Comité de Investigación -de la jurisdicción de COFEPRIS- por un único Comité de Ética e Investigación, cuya acreditación quedará a cargo de la CONBIOÉTICA¹⁰.



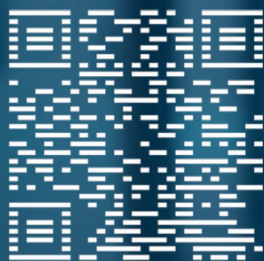
Se espera que próximamente se definan los instrumentos normativos que regularán la integración, funcionamiento y trámites para la acreditación de este nuevo comité. Lo ideal es que los hospitales privados que realicen investigación clínica cuenten con su propio Comité de Ética e Investigación vigente que pueda revisar sus protocolos de investigación, con el objetivo primordial de garantizar la seguridad y los derechos de los sujetos de investigación de acuerdo a criterios internacionales.

Finalmente, es importante no perder de vista el gran impacto social que tiene la investigación clínica patrocinada por la industria farmacéutica y de dispositivos médicos. Además de permitir el avance de la ciencia y la llegada al mercado de terapias innovadoras, cada vez más personalizadas y que toman en cuenta al perfil genético de nuestra población, la investigación clínica tiene el potencial de impactar significativamente de manera positiva la calidad de vida del paciente que participa en el protocolo e incluso puede significar la diferencia entre la vida y la muerte, al brindar acceso a tratamientos de vanguardia, con un seguimiento dedicado por todo un grupo interdisciplinario de profesionales.

Participar en un estudio clínico es también un respiro financiero para miles de pacientes y para el propio sistema de salud, ya que muchos de estos tratamientos, si es que están disponibles en el mercado, tienen un costo significativo, inaccesible en muchos casos fuera de un protocolo de investigación que es patrocinado por la industria.

Referencias

1. Badani, A., de Moraes, F. Y., Vollmuth, P., et al. (2025). AI and innovation in clinical trials. *npj Digital Medicine*, 8, Article 683. <https://doi.org/10.1038/s41746-025-02048-5>
2. BioSpace. (2025, February 19). Clinical trials market size is estimated to be US\$149.58 billion by 2034. <https://www.biospace.com/press-releases/clinical-trials-market-size-is-estimated-to-be-us-149-58-billion-by-2034>
3. BioSpace. (2025, December 4). Why is demand for clinical trials market rising rapidly across the U.S.? <https://www.biospace.com/press-releases/why-is-demand-for-clinical-trials-market-rising-rapidly-across-the-u-s>
4. Calderón, C. (2025, May 21). México busca atraer 2 mil mdd en investigación clínica. *El Financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/empresas/2025/05/21/mexico-busca-atraer-2-mil-mdd-en-investigacion-clinica/>
5. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. (2025, 22 de mayo). COFEPRIS reduce en un 60% el tiempo de aprobación de protocolos de investigación clínica gracias a la digitalización [Comunicado de prensa 16/2025]. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/cofepris/es/articulos/cofepris-reduce-en-60-el-tiempo-de-aprobacion-de-protocolos-de-investigacion-clinica-gracias-a-la-digitalizacion>
6. Fu, C., & Chen, Q. (2025). The future of pharmaceuticals: Artificial intelligence in drug discovery and development. *Journal of Pharmaceutical Analysis*, 15(8), Article 101248. <https://doi.org/10.1016/j.jpba.2025.101248>
7. Gobierno de México. (2025). Plan México: Estrategia de desarrollo económico equitativo y sustentable para la prosperidad compartida. <https://www.planmexico.gob.mx>
8. Grand View Research. (s. f.). Latin America clinical trials market size and outlook. <https://www.grandviewresearch.com/horizon/outlook/clinical-trials-market/latin-america>
9. Poder Ejecutivo Federal. (2026, 15 de enero). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*.
10. Teixeira, A. P., Aubel, D., & Fussenegger, M. (2026). Next-generation programmable cell therapies for precision medicine. *Nature Reviews Genetics*. <https://doi.org/10.1038/s41576-026-00945-3>



emasalud.mx

ema
SALUD

SOFTWARE QUE TRANSFORMA HOSPITALES

RESULTADOS QUE IMPULSAN TU NEGOCIO

La digitalización es el camino para una operación más eficiente, rentable y centrada en el paciente.

CERTIFICADO VIGENTE NOM024 SSA3 2012



La digitalización no es un gasto
Es inversión con retorno

MÓDULOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN HOSPITALARIA (HIS/ ERP)



CLÍNICO

Expediente clínico y procesos de consulta externa y hospitalarios para una atención segura y de calidad.



FINANCIERO

Presupuestos, contabilidad, caja, facturación, compras, etc.; que permiten maximizar tu utilidad.



OPERATIVO

Inventarios, almacenes, farmacia, recursos humanos, optimizados.



INTELIGENCIA

Tableros BI y reports para tomar decisiones estratégicas basadas en datos.



PACIENTE

Citas, historial de recetas y estudios, Comunicaciones; permitiendo el autocuidado



Reducción de costos operativos



Incremento en ingresos



Mejora en tiempos y productividad



Mayor satisfacción del paciente

Soluciones que conectan tecnología, personas y resultados.



Plataforma 100% Web



Segura y certificada



Interoperable HL7



Modular y escalable



Soporte técnico 24/7

CONOCE CÓMO PODEMOS TRANSFORMAR TU HOSPITAL



contacto@emasalud.mx



Asociación Nacional de Hospitales Privados

Le damos la bienvenida a



Hospital Cruz Azul Lagunas
Lagunas, Oaxaca

**Hoy somos más asociados...y seguimos creciendo.
¡Súmate a la ANHP!**



56 1013 9187 y 561003 7050



hospitales@anhp.mx



LA DESNUTRICIÓN, DE LOS DIAGNÓSTICOS MÁS OLVIDADOS

Dra. Ana María del Valle Yáñez
Hospital Escandón

Introducción

La desnutrición es una enfermedad muy frecuente (1), que, para muchos, incluido a los médicos, cuando la oímos, nos imaginamos a niños en situaciones de escasez o pobreza, en países remotos o en zonas rurales, sin darnos cuenta de que está presente en nuestros propios pacientes, y es causa de muchas complicaciones (2) que aquejan al paciente.

Existen muchos errores o fallos en la detección de los pacientes en riesgo, en el diagnóstico, y por lo tanto en el oportuno tratamiento de la enfermedad. En este artículo, se explicarán los principales, así como las herramientas de tamizaje y diagnóstico más utilizadas.

Desarrollo

La desnutrición es una enfermedad que tiene una alta prevalencia, alrededor entre el 40 y el 73% (3) (4) (5), y sin embargo, no se detectan a tiempo los pacientes, y por ello, no se tratan.

Esta ausencia en el conocimiento y por tanto en el tratamiento es por muchas razones, y explicaré cada una de ellas:

- La principal es la falta de conocimiento tanto de la existencia de la enfermedad, como de la importancia tanto de parte del médico, como del personal de salud.
- Falta de conocimiento del médico de los criterios para el diagnóstico.
- Fallos en el tamizaje:

- En algunos hospitales simplemente no se realiza. En un estudio en 26 países se encontró que en promedio el 52% de las unidades realizan el tamizaje (6).
- No existe homogeneización entre instituciones, para el personal que la realiza, en algunos la realizan las enfermeras, en otros los médicos y en otros, el servicio de nutrición (2).
- Falta de conocimiento de las herramientas de tamizaje del mismo personal que la realiza,
- La falta de estandarización con las herramientas de tamizaje, algunos utilizan herramientas como Índice de Riesgo Nutricional, Valoración global subjetiva, MUST, pero otros todavía utilizan la albúmina.
- La falta de comunicación entre el personal que realiza el tamizaje y el médico

- No se coloca en el expediente, únicamente entre el 13.9 y el 39% de los expedientes contiene información acerca del estado nutricional (1).
- No se coloca el diagnóstico de desnutrición dentro de los diagnósticos del paciente.

Estas fallas en el tamizaje evitan que se diagnostique la enfermedad, y por tanto se trate, dejando al paciente con múltiples complicaciones evidentemente prevenibles. Algunas de las complicaciones de la desnutrición son:

Herramientas de tamizaje

El tamizaje consiste en detectar a paciente en riesgo de desnutrición, de una manera fácil, rápida, estandarizada y validada y debes ser parte del protocolo de ingreso de todo paciente hospitalizado y se debe realizar a las 24 o 48 horas de la admisión (9).



Las herramientas más aprobadas por las sociedades en hospitalización para tamizaje son: el Índice de riesgo nutricional 2002 (INR), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), y la Mini Nutritional Assessment (MNA), este último enfocado para mayores de 65 años (10).

a) Índice de riesgo nutricional (NRS 2002)

Esta herramienta identifica pacientes en riesgo de desnutrición en un ambiente hospitalario, incluye la pérdida de peso, ingesta calórica e Índice de masa corporal, lo gradúa de 0 a 3 puntos; y por otro lado, el estado catabólico o severidad de la enfermedad, que también va de 0 a 3 puntos; sumando 1 punto extra por la edad, en mayores de 70 años. El punto de corte para detectar pacientes en riesgo es 3 puntos (11).

Sepsis, neumonías, falla respiratoria y cardiaca, úlceras de presión, aumento de riesgo de una segunda intervención quirúrgica, aumento de dehiscencia de herida, aumento de riesgo de fístula, aumento de días de estancia intrahospitalaria, aumento de tasa de readmisión hospitalaria, aumento de costos, aumento de mortalidad (7) (2) (8).

b) Herramienta Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

El MUST es una Herramienta que se puede utilizar en hospitalización, asilos, consulta externa, etc. (9), que toma en cuenta el IMC, la pérdida de peso y la presencia de enfermedad aguda, estos 3 criterios tienen un puntaje que se suman. Las ventajas que tiene es que es fácil de utilizar, tiene pocos criterios, es más objetiva, pero no toma en cuenta masa muscular, edad, ni ingesta de alimentos.

c) Valoración Nutricional Mínima

La Valoración Nutricional Mínima, llamada en inglés Mini Nutritional Assessment (MNA), es la más utilizada en población geriátrica. Tiene una versión corta y una versión larga (14). Tiene la ventaja de utilizar parámetros de funcionalidad y estado mental, a comparación de las demás herramientas y también el índice de masa corporal está ajustado para la edad. Las desventajas es que no toma en cuenta masa muscular ni exploración física.



Diagnóstico de desnutrición

El diagnóstico de desnutrición varía de acuerdo con la sociedad de nutrición clínica, por ejemplo, en ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) el diagnóstico se realiza con 2 o más parámetros como: insuficiente ingesta de energía, pérdida de peso y pérdida de músculo o grasa, retención de líquido y disminución del estado funcional. ESPEN (European Society of parenteral and Enteral Nutrition) requiere 3 de 5 parámetros como índice de masa corporal (IMC), pérdida de peso, baja ingesta de alimentos, baja masa muscular y severidad de la enfermedad.

La FELANPE (Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y metabolismo, así como PENSA (Parenteral and Enteral Nutrition Society of Asia) no tienen todavía un consenso (10). Sin embargo se han utilizado algunas herramientas para facilitar el diagnóstico, como la valoración global subjetiva que se usa como tamizaje y como diagnóstico y el Global Leadership Initiative on Undernutrition (GLIM), que ha ido tomando fuerza y que actualmente se recomienda (16).



a) GLIM

Es una herramienta propuesta realizada en 2016 y documentada en 2019, que tiene 2 criterios que se toman en cuenta, el fenotípico, que incluye pérdida de peso, bajo índice de masa corporal y baja masa muscular y el etiológico que incluye baja ingesta de alimento o alteración en la asimilación, inflamación o enfermedad de base y para el diagnóstico de desnutrición se necesita al menos un criterio fenotípico y uno etiológico (17).

b) Valoración Global Subjetiva

La valoración global subjetiva (VGS), es una herramienta que puede utilizarse como tamizaje, pero también como valoración nutricional más completa, ya que evalúa diferentes aspectos como pérdida de peso, ingesta de la dieta, factores de riesgo, síntomas gastrointestinales, capacidad funcional, estés metabólico y exploración física que incluye pérdida de grasa, desgaste muscular y edema. Tiene 3 posibles resultados A, que es bien nutrido, B que es en riesgo de desnutrición o C desnutrición (19).

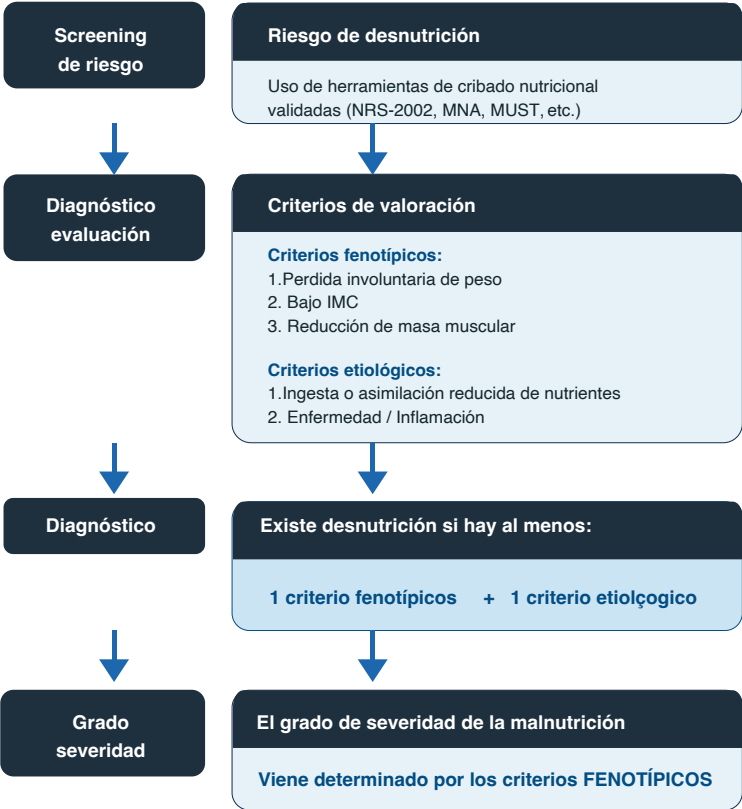


Figura 1. Herramienta de desnutrición GLIM (18)

Conclusión

El diagnóstico de desnutrición es muy importante realizarlo, ya que cambia totalmente el pronóstico, calidad de vida y la mortalidad de los pacientes. Se debe empezar por un tamizaje, que es sencillo y rápido, para detectar aquellos pacientes en riesgo, para posteriormente el profesional de salud experto en nutrición, realice una valoración más completa, la cual, sea revisada y analizada por el médico tratante, para que formalmente se de tratamiento nutricional, ya sea a través de una interconsulta con un experto en nutrición o la intervención del servicio de nutrición de la misma institución.

Bibliografía

1. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: a systematic review. *Clin Nutr.* 2017 Aug;36(4):958–967. doi:10.1016/j.clnu.2016.06.025

2. Castillo-Pineda JC, Gómez García A, Velasco N, Díaz-Pizarro Graf JI, Matos Adámès A, Miján de la Torre A, et al. Nutritional assessment of hospitalized patients in Latin America: association with prognostic variables. The ENHOLA study. *Nutr Hosp.* 2016 Jun;33(3):655–662. doi:10.20960/nh.275.

3. Álvarez-Altamirano K, Ramírez-Rentería C, Rosales-Reynoso MA, Figueroa-Barojas P, Terán-García E, González-Figueroa E, et al. Prevalence of nutritional risk and malnutrition in hospitalized patients: a retrospective, cross-sectional study of single-day screening. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2024 Jun 1;49(6):838–843. doi:10.1139/apnm-2023-0190. Epub 2024 May 3.

4. Álvarez-Altamirano, K., Delgadillo, T., García-García, A., Alatríste-Ortiz, G., & Fuchs-Tarlovsky, V. (2014). Prevalencia de riesgo de desnutrición evaluada con NRS-2002 en población oncológica mexicana. *Nutrición Hospitalaria*, 30(1), 173–178. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.1.7461>

5. Cruz Jiménez, D. (2023). Prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/39902>

6. Schindler K, Pernicka E, Laviano A, Howard P, Schütz T, Bauer P, Grecu I, Jonkers C, Kondrup J, Ljungqvist O, Mouhieddine M, Pichard C, Singer P, Schneider SM, Schuh C, Hiesmayr M; The NutritionDay Audit Team. How nutritional risk is assessed and managed in European hospitals: a survey of 21,007 patients findings from the 2007–2008 cross-sectional nutritionDay survey. *Clin Nutr.* 2010 Oct;29(5):552–9.

7. Verheul, E. A. H., Dijkink, S., Krijnen, P., Hoogendoorn, J. M., Arbous, S., Peters, R., Velmahos, G. C., Salim, A., Yeh, D. D., & Schipper, I. B. (2025). Prevalence, incidence, and complications of malnutrition in severely injured patients. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 51(1), 72. <https://doi.org/10.1007/s00068-024-02711-8>

8. Jeebhoy KN, Keller H, Gramlich L, Allard JP, Laporte M, Duerksen DR, et al. Nutritional assessment: comparison of clinical assessment and objective variables for the prediction of length of hospital stay and readmission. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2015. Mayo; 101 (5): 956-65. 10.3945/ajcn.114.09865. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.09865>.

9. Reber E, Gomes F, Vasiloglou M et al. Nutritional Risk Screening and Assessment. *JCM.* 2019 Vol 8 (7): 10.3390/jcm8071065

10. Cortés-Aguilar R, Malih N, Abbate M, Fresneda S, Yañez A, Bannasar-Veny M, et al. Validity of nutrition screening tools for risk of malnutrition among hospitalized adult patients: a systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr.* 2024 May;43(5):1094–1116. doi:10.1016/j.clnu.2024.03.008.



11. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z; Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr.* 2003 Jun;22(3):321–36. doi:10.1016/S0261-5614(02)00214-5.

12. Hospital de Clínicas – Medicaa. (2016). NRS 2002: Herramienta de tamizaje de riesgo nutricional. (material del curso de soporte nutricional, Módulo 1) Universidad de la República, Uruguay. https://www.medicaa.hc.edu.uy/images/curso_Soporte_Nutricional_2026/Módulo1/NRS_2002_herramienta.pdf

13. Skipper A, Colman A, Tomesko J, Charney P, Porcari J, Piemonte TA, et al. Adult malnutrition (undernutrition) screening: an Evidence Analysis Center systematic review. *J Acad Nutr Diet.* 2020;120(4):669–708. doi:10.1016/j.jand.2019.09.010

14. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol.* 1994;Suppl 2:15–59.

15. Nestlé Nutrition Institute. *Mini Nutritional Assessment (MNA®)* [Internet]. 2024 [citado 2026 Mar 30]. Disponible en: https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2024-10/MNA_AU2.0_spa-ES_nonMapi.pdf

16. Panchal, M., Saseedharan, S., Navade, J., & Gada, M. (2025). Comparison of mNutric score, NRS-2002 score, and SGA score with the gold standard GLIM criteria in the diagnosis of malnutrition. *Nutrition and Health*, 31(4), 1819–1824. <https://doi.org/10.1177/02601060251332990>

17. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019 Jan;38(1):1–9. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.002.

18. Hoyos C. Criterios de Glim para el diagnóstico de desnutrición. Experiencias en nutrición. <https://experienciasennutricion.com/criterios-de-glim-para-el-diagnostico-de-la-desnutricion/>

19. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1987 Jan;11(1):8–13. doi:10.1177/014860718701100108

20. Zúñiga Granillo, P. R., Esparza Corona, E. F., Chávez Pérez, C. E., Muñoz Ramírez, M. del R., & Sánchez Nava, V. M. (2017). Comparación de la valoración global subjetiva y valoración global subjetiva modificada con marcadores antropométricos y de laboratorio para la detección de riesgo de malnutrición en pacientes críticamente enfermos. *Medicina Crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 31(5), 268–274

POLIPECTOMÍA

SIMPLIFICANDO LAS DIRECTRICES

STERIS Endoscopy comprende la importancia de la polipectomía en la reducción de la tasa de cáncer colorrectal (CCR).

Utilizando las directrices más recientes desarrolladas por especialistas en gastroenterología de las principales sociedades (ACG, AGA y ASGE), enfocamos nuestras innovaciones en optimizar la remoción segura y completa de lesiones colorrectales.

LA IMPORTANCIA DE LA POLIPECTOMÍA



El riesgo de desarrollar CCR a lo largo de la vida en EE. UU. es de aproximadamente 4,3%¹



LOS DATOS SUGIEREN: el 50% de los cánceres de colon post-colonoscopia probablemente se debieron a lesiones no detectadas¹



Cerca de 1 de cada 5 cánceres de intervalo estuvo relacionado con una resección incompleta¹



Nuestra amplia línea de dispositivos de polipectomía clínicamente probados ofrece una solución para mejorar la atención al paciente, desde aplicaciones estándar hasta las polipectomías más complejas, como la resección mucosa endoscópica (REM).

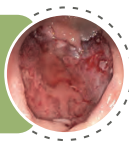
HERRAMIENTAS

Exacto® cold snare

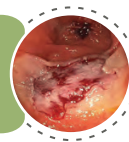
Clínicamente probado para una resección en frío segura y eficiente.^{2,3}
Compatible con polipectomías diminutas hasta resecciones fragmentadas de pólipos grandes (>1cm).^{4,5}



Resección de tumor de extensión lateral periapendicular con adenoma tubular.

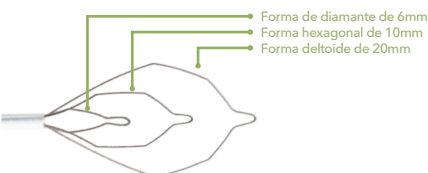


Márgenes limpios después de la resección de un tumor de 40x20mm con adenoma tubulovelloso y displasia focal de alto grado.

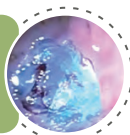


CoinTip™ snare:

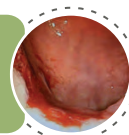
El diseño diferenciado permite la resección en caliente y en frío de distintos tipos y tamaños de pólipos. Presenta un alambre trenzado dinámico con una punta distal fina y perfilada, además de un doble catéter para reducir el acodamiento del catéter.



Sitio de resección después de una REM en caliente con mínimo efecto de cauterización.



Sitio de resección después de una resección en frío en bloque (en bloc).



Histolock® Dispositivo de resección:

Presenta un diseño de alambre monofilamento rígido para sujetar y resecar tejido plano. Compatible con procedimientos complejos de polipectomía, incluidas lesiones sésiles muy planas.

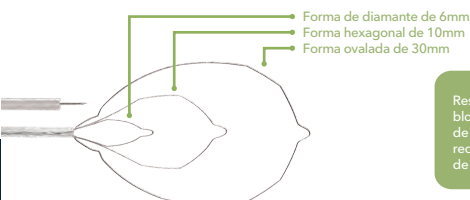


Resección en retroflexión de un pólipo rectal plano de 4cm con precisión.



iSnare® system - Lariat® snare:

Dispositivo multifuncional con 3 formas y tamaños de asa en 1 solo dispositivo. Cuenta con una aguja de inyección alternada y un asa, reduciendo la necesidad de intercambio de dispositivos durante el procedimiento.



Resección en bloque (en bloc) de un pólipo rectal pediculado de 4cm.



DIRECTRICES PARA LA REMOCIÓN DE LESIONES¹



LESIONES DIMINUTAS (≤5MM) Y PEQUEÑAS (6-9MM):

La polipectomía con asa fría (CSP) para lesiones diminutas y pequeñas cuenta con una **fuerte recomendación y evidencia de alta calidad**.

- La CSP ofrece altas tasas de resección completa, eficiencia técnica y un perfil de seguridad favorable.
- La CSP disminuye los riesgos de lesión submucosa.
- La polipectomía con pinza fría no se recomienda enfáticamente debido a las altas tasas de resección incompleta.

LESIONES NO PEDICULADAS (10-19MM):

- Se recomienda la polipectomía con asa fría o caliente para remover lesiones no pediculadas de 10-19mm.

LESIONES NO PEDICULADAS (≥20MM):

- La REM es el método de tratamiento preferido para lesiones no pediculadas grandes ≥20mm.
- La resección endoscópica puede proporcionar una resección completa y prevenir la mayor morbilidad, mortalidad y costos asociados al tratamiento quirúrgico.

 **STERIS**
Endoscopy

Para obtener más información sobre nuestro portafolio de Polipectomía, escanee el código a continuación o visite www.steris.com



©2020 STERIS Endoscopy or its affiliates. All rights reserved.
Unless otherwise indicated, all marks denoted with ® or ™ are registered with the U.S. Patent and Trademark Office, or are owned by STERIS or its affiliates.

ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA CON TECNOLOGÍA ROBOT ROSA:

Precisión, seguridad y eficiencia en la era de la cirugía asistida

Resultados en cifras:



“El Robot ROSA no reemplaza al cirujano – lo potencia. La experiencia clínica y el criterio médico permanecen en el centro de cada decisión quirúrgica.

Con estas referencias, el sistema calcula en tiempo real el balance ligamentario medial y lateral, determinando con precisión los espacios en extensión y flexión requeridos. Para la prótesis NexGen, el sistema asegura un espacio en extensión de **19 mm** y en flexión de **21.5 mm**, garantizando una instalación con ajuste óptimo que no resulte en exceso ni en defecto de tensión.

Dr. Rafael Ortega Orozco.
Director General y Fundador,
Medyarthros Surgery Center;
Guadalajara, México



¿Qué es el Robot ROSA?

ROSA — por su abreviación en inglés de *Robotic Orthopaedic Surgeon Assistant*, que significa **Asistente Robótico del Cirujano Ortopedista** — representa el estado del arte en cirugía de reemplazo articular. Se trata de un sistema robótico de asistencia quirúrgica que mejora la planificación y ejecución de la artroplastia total de rodilla, permitiendo al cirujano ortopedista alcanzar un nivel de precisión milimétrica que antes era imposible de garantizar de forma consistente.

Planificación Quirúrgica de Alta Precisión

La integración del Robot ROSA al protocolo de artroplastia total de rodilla inicia con una fase de captura de referencias anatómicas de alta definición. El sistema registra con exactitud los siguientes puntos de referencia ósea:

REFERENCIA ANATÓMICA	RELEVANCIA CLÍNICA
Centro de la cabeza femoral	Define el eje mecánico de la extremidad inferior
Cóndilo medial y lateral (fémur distal)	Establece rotación femoral y alineación en el plano coronal
Epicóndilo medial	Referencia del eje transepicondileo; dicta la rotación del componente femoral en el plano axial
Epicóndilo lateral	Complementa el eje transepicondileo para alineación rotacional precisa del implante femoral
Cortical anterior del fémur	Determina el corte anterior y evita el notching femoral
Corte distal del fémur + corte tibial proximal	Determinan el espacio en extensión — permiten lograr una extensión completa y simétrica de la rodilla
Cóndilos posteriores femorales + corte tibial proximal	Determinan el espacio en flexión — permiten lograr una flexión adecuada y balanceada de la rodilla
Maléolos medial y lateral	Completan el eje mecánico para alineación global del miembro

Beneficios Clínicos Documentados

La incorporación del Robot ROSA al flujo quirúrgico, combinada con la técnica de hiperflexión, ha generado mejoras clínicas significativas y reproducibles en nuestra serie de casos:

Impacto en la Práctica Ortopédica

Una de las consecuencias más relevantes de esta tecnología es la democratización de la excelencia quirúrgica a lo largo del ciclo de vida profesional del cirujano ortopeda.

En la práctica convencional, la artroplastia de rodilla exige una curva de aprendizaje extensa y un nivel de destreza técnica que se consolida con los años. El Robot ROSA modifica esta ecuación de dos formas:

- El cirujano ortopeda joven puede ofrecer resultados de alta calidad desde etapas tempranas de su trayectoria profesional, acortando significativamente la curva de aprendizaje y elevando su competitividad clínica.
- El cirujano de mayor experiencia puede extender su vida quirúrgica activa, realizando un mayor volumen de procedimientos con menor desgaste físico, gracias a la reducción del tiempo transoperatorio y la simplificación técnica que el sistema proporciona.

“He podido colocar hasta 10 prótesis en un solo día quirúrgico y he incrementado a aproximadamente 350 cirugías bilaterales dentro de una serie total de 1,500 artroplastias con Robot ROSA.” –
Dr. Rafael Ortega Orozco

INDICADOR	IMPACTO CLÍNICO
Tiempo quirúrgico	Reducción de ~70 min a ~35 min en promedio
Sangrado transoperatorio	Menor sangrado y reducción del tiempo de isquemia
Índice de transfusiones	Disminución significativa por menor sangrado
Riesgo trombótico	Reducido por menor tiempo de isquemia y cirugía más rápida
Estancia hospitalaria	Reducida; posibilita protocolo ambulatorio en casos seleccionados
Uso de drenaje	Eliminado del protocolo estándar
Índice de infección	Disminuido por menor exposición y tiempo quirúrgico
Estancia hospitalaria	Reducida; posibilita protocolo ambulatorio en casos seleccionados
Uso de drenaje	Eliminado del protocolo estándar
Índice de infección	Disminuido por menor exposición y tiempo quirúrgico
Fatiga transoperatoria	Reducida, permitiendo mayor volumen quirúrgico por sesión



Conclusión:

La artroplastia total de rodilla con Robot ROSA no es únicamente un avance técnico; es una redefinición del estándar de cuidado que los pacientes merecen. Precisión, reproducibilidad, menor morbilidad y mayor eficiencia operativa son los pilares de una innovación que ha transformado nuestra práctica quirúrgica y que continuará definiendo el futuro de la ortopedia a nivel nacional e internacional.

La Asociación Nacional de Hospitales Privados expresa su más profundo agradecimiento a las instituciones hospitalarias que abrieron sus puertas y compartieron su experiencia durante el HELIX Summit 2026, al convertir sus instalaciones en espacios de aprendizaje, intercambio y reflexión.

Nuestro reconocimiento especial a Centro Médico ABC, Hospital Angeles Pedregal, Hospital Español y al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, cuya hospitalidad y apertura hicieron posibles las jornadas académicas y los recorridos institucionales que distinguieron esta edición de la cumbre.

Extendemos también nuestro agradecimiento a las universidades, organismos internacionales, patrocinadores, ponentes, moderadores y participantes que contribuyeron a consolidar un espacio donde la educación continua, la innovación, el liderazgo y la colaboración interinstitucional ocuparon un lugar central.

Los comentarios compartidos por los asistentes en distintos espacios presenciales y digitales destacaron el valor de HELIX como una plataforma para conectar conocimiento, fortalecer alianzas y promover nuevas formas de aprendizaje en salud. Ese espíritu de colaboración constituye el principal legado de esta edición.



COMUNICACIÓN Y HUMANIZACIÓN en la atención hospitalaria

> Objetivo general:

Fortalecer las competencias de hospitalidad, empatía y comunicación humanizada en el personal hospitalario, complementando la excelencia técnica con una atención centrada en la persona.

Modalidad y características académicas

Duración: 15 horas

Modalidad: e-learning

Asíncrono

Enfoque pedagógico

Centrado en la persona y la práctica



**Inicia 7 de septiembre
Finaliza: 2 de octubre**

TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN LA SALUD IA en el entorno hospitalario

> Objetivo general:

Brindar al personal hospitalario conocimientos esenciales sobre salud digital e inteligencia artificial, fortaleciendo su capacidad para integrarlas de manera ética, segura y humana en su práctica profesional.

Modalidad y características académicas

Duración: 7 horas

Modalidad: e-learning

Asíncrono

Enfoque pedagógico

Soft Skills desarrolladas



**Inicia 12 de octubre
Finaliza: 6 de noviembre**

Próximos Cursos — Calendario

Cursos

Avál Académico

Fechas



Comunicación y humanización en la atención hospitalaria

Aval por:
Instituto Nacional de Salud Pública

**Inicia: 7 sep
Termina: 2 oct**



Transformación digital en la salud: IA en el entorno hospitalario

Aval por:
Universidad Panamericana

**Inicia: 12 oct
Termina: 6 nov**



Gestión y Liderazgo en el Sector Salud

Aval por:
Universidad Panamericana

**Inicia: 16 nov
Termina: 11 dic**

**Inscríbete
y conoce más**



Escanea el código QR
Para más información e inscripciones





ANÁLISIS DE INDICADORES EN SALUD HOSPITALARIA, UN PASO HACIA LA MEJORA CONTINUA



**Lic. María Rosalina
León López**

En este número, para la sección “Conversando con los expertos” de Nuestro Mundo Hospitalario, abordaré un tema crucial para el avance de la calidad y seguridad en la atención hospitalaria: el análisis de indicadores hospitalarios, esto con la intención de tener un panorama más amplio y la opinión de quienes participaron activamente en el desarrollo del proyecto **Análisis Integral del Desempeño Hospitalario durante el periodo 2022 al 2024**, mismo que fue presentado en nuestra más reciente asamblea y perfectamente descrito en nuestro número anterior en la sección de Mundo Económico.

Es claro que la medición objetiva y comparativa permite a los hospitales identificar áreas de mejora, compartir buenas prácticas y fortalecer la confianza del paciente en los servicios hospitalarios y, justo considerando esos objetivos, es que el comité de indicadores generó un estudio comparativo que refleja la calidad de los hospitales que forman parte de la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP).

Para profundizar en este tema, tuve la oportunidad de contar con la participación de tres de los integrantes de dicho comité, quienes compartieron sus experiencias, retos y logros en la implementación y desarrollo de un proyecto sin precedentes en México: el análisis comparativo de indicadores hospitalarios a nivel nacional e internacional.

Medición, elemento indispensable de la mejora continua

Les cuento que, durante el primer día de actividades del Helix, Summit México, evento del que pronto compartiré con ustedes interesantes entrevistas logradas con algunos



de sus ponentes, aproveché un descanso para acercarme a la Dra. Reyna Yacamán Handal, directora de Calidad del Centro Médico ABC e integrante del comité de indicadores, quien accedió amablemente a darme una entrevista, en la que aportó una perspectiva centrada en la transparencia y la mejora continua.



Si no se mide, no sabemos cómo vamos y, por ende, no podemos mejorar”, afirmó categóricamente

Para ella, la medición también genera confianza y certidumbre tanto para los pacientes como para los profesionales, promoviendo una cultura de transparencia que beneficie a toda la comunidad hospitalaria.

Nos contó también, que la historia del análisis comenzó en 2018, con un proceso sencillo basado en una hoja de cálculo anónima que permitió la participación de 18 hospitales. Con la llegada de un nuevo liderazgo en la ANHP, así como la formación de un comité multidisciplinario, esta iniciativa se fortaleció, ampliando el número de indicadores y mejorando la confiabilidad de los datos mediante protocolos claros y procesos de capacitación continua.

La confianza de los hospitales en el proceso fue uno de los mayores retos, pero la participación voluntaria y la

percepción de que medir impulsa la mejora fueron claves para incrementar el compromiso de los hospitales restantes.

Para la Dra. Yacamán, uno de los objetivos principales en el registro de datos, es que los resultados sirvan para analizar y actuar. La medición no debe ser un fin en sí misma, sino un medio para generar acciones concretas que beneficien a los pacientes. La cultura de la medición y el análisis se proyecta hacia indicadores más complejos y centrados en la experiencia del paciente, en línea con las tendencias internacionales.

Finalmente, la doctora Yacamán hace una invitación a los hospitales a seguir confiando en el trabajo conjunto, aportando datos y buenas prácticas. “Lo que medimos no solo refleja el estado actual, sino que nos permite planear el futuro y elevar nuestros estándares”, concluyó. Para los lectores, enfatiza que este esfuerzo de medición y análisis es un ejemplo de calidad, profesionalismo y compromiso con la seguridad del paciente.



Respecto al origen del proyecto de comparación de hospitales, [el Dr. Isaac Heriberto Rodríguez Álvarez] explicó que este [...] nace de una amplia base de datos acumulada desde 2019, con la intención de tener una estadística objetiva que reflejara el estado del sistema de salud privado en México. La iniciativa surgió también buscando superar las metodologías existentes en el momento, con la intención de lograr una comparación clara, segmentada por tamaño hospitalario y basada en indicadores internacionales que permitan un benchmarking efectivo[...]

La importancia de los indicadores en salud

Por su parte, el **Dr. Isaac Heriberto Rodríguez Álvarez,** gerente del departamento de calidad en Hospital San Javier, me compartió sus opiniones con respecto a esta experiencia conjunta, e inició la conversación destacando que los indicadores son herramientas fundamentales en cualquier ámbito dedicado a la mejora.

“Los indicadores surgen de datos organizados que se transforman en información para la planeación y decisiones fundadas”, afirmó. En salud, se convierten en aliados estratégicos para ofrecer servicios que respondan a las necesidades de la población, obligando a las organizaciones a medir infraestructura, procesos y resultados, en línea con la legislación vigente tal y como lo establece la NOM 004 y la NOM 016. Para el Dr. Rodríguez, la clave está en la triada: Datos, Información e Indicador, que permite evaluar y mejorar continuamente.

Al hablar de la selección de indicadores, el Dr. Rodríguez compartió que estos deben ser relevantes, medibles y alineados con modelos de gestión de calidad nacionales e internacionales. “Queremos indicadores que sean un reto para las organizaciones, que las lleven a mejorar, sin que sean imposibles de implementar”, afirmó. Además, comentó que en ocasiones se han utilizado indicadores temporales, como los relacionados con COVID-19, que por su menor relevancia han sido descontinuados.

Uno de los aspectos más desafiantes, según su experiencia, ha sido lograr que los hospitales adopten la medición como cultura, asegurando la continuidad del proceso mediante responsables fijos en las instituciones así como del compromiso de la alta dirección. La meta es demostrar que los datos se transforman en información útil para la mejora y que no solo son números para reportar.

Para cerrar, el Dr. Rodríguez enfatizó que la mejora no es una meta, sino una cultura de vida. “La información y los indicadores están en todos lados; si somos conscientes, podemos usarlos para ser mejores, tanto profesional como personalmente”.



La información y los indicadores están en todos lados; si somos conscientes, podemos usarlos para ser mejores, tanto profesional como personalmente”.

La continuidad en la medición y el análisis permitirá incorporar indicadores más retadores y centrados en el paciente, fortaleciendo la calidad y seguridad en los hospitales mexicanos.

El enfoque innovador del comité de indicadores y sus logros

Por su parte, el Ing. Arq. Juan Armando Monroy López, gerente de calidad del Hospital Beneficencia Española de Tampico, compartió también su visión desde su experiencia en el sector y su participación en el comité de indicadores. El Arq. Monroy resaltó que desde los años 50's, los hospitales han utilizado indicadores para evaluar actividades específicas, pero fue en la última década que la incorporación de modelos de calidad y acreditación impulsó la necesidad de comparación y mejora.

También nos compartió que la historia de este proyecto comenzó con la identificación de hospitales referencia, la selección de profesionales clave en sistemas de información y la homologación de métodos de medición. Señaló que la pandemia de COVID-19 fue un catalizador que llevó a los hospitales a desarrollar indicadores específicos para emergencias sanitarias y adaptar modelos internacionales, como los del sistema europeo y estadounidense, a la realidad mexicana.

Uno de los mayores retos, recordó el Arq. Monroy, fue generar confianza en hospitales pequeños o reacios a compartir datos, logrando que participaran en la medición y el benchmarking. Fue también muy claro, durante nuestra conversación, en destacar que la clave del desarrollo del proyecto fue entender las capacidades de cada hospital, promover la transparencia y mostrar que la medición buscaba la mejora, no la señalización. Afirmó que la estandarización de métodos y la capacitación continua fortalecieron la cultura de medición en la asociación.



La experiencia aporta también un aprendizaje valioso sobre la importancia de contar con sistemas tecnológicos confiables y un equipo comprometido que permita una medición precisa y útil.





Como mensaje final, el arquitecto Monroy invitó a los hospitales a seguir confiando en este trabajo, a que participen activamente y comprendan que la medición es un medio para planear y mejorar siempre en beneficio del paciente.[...destacó que] este proyecto refleja una cultura de calidad[...] que puede inspirar a toda la comunidad hospitalaria”.

Considerando los testimonios de estos tres expertos es evidente que el análisis de indicadores en la salud hospitalaria no es solo un ejercicio de medición, sino un proceso transformador que impulsa la cultura de mejora continua.

Ya que los tres coinciden en que la creación de un sistema transparente, confiable y comparativo permite a las instituciones identificar fortalezas y áreas de oportunidad, así como promover buenas prácticas y fortalecer la confianza del paciente.

La participación y el compromiso de todos los hospitales, junto con el respaldo de la ANHP, han hecho posible un proyecto único en México, que sienta las bases para un futuro donde la calidad, seguridad y experiencia del paciente sean el centro de toda gestión hospitalaria.

Recordando que la medición, el análisis y la acción conjunta son los pilares que marcarán el camino hacia un sistema de salud más eficiente, humano y confiable.

Desde la sección de Conversando con los Expertos, reconocemos a quienes participaron e hicieron posible que se concluyera este proyecto, a los hospitales que confiaron y compartieron su información y de manera especial a todo el equipo técnico de interpretación de indicadores, integrado por:

Indicadores de resultado

- Dra. Reyna Yacamán Handal

- Dra. Raquel Anaela Martínez Meza

Indicadores hospitalarios

Ing. Karina B. Hernández Armenta

Dr. Rafael Puppo Castro

Dr. Isaac Heriberto Rodríguez

Álvarez

C.P.C. Araceli Vázquez León

Indicadores de infraestructura

Dra. Clara Isabel Páez García

Dra. Belinda M. Flores Sánchez

Recursos humanos

Ing. Arq. Juan Armando Monroy López



Durante 40 años hemos apoyado a empresas líderes en América Latina manteniendo siempre el mismo principio:

“Convertir la información operativa en decisiones estratégicas con más velocidad”

Segmenta VICE integra información Clínico-Económica para ayudar al hospital a operar con mayor claridad, velocidad y rentabilidad.

Sin reemplazar sus sistemas | Sin alterar la operación hospitalaria



Optimize la gestión de servicios

Detecte patrones operativos que impactan tiempos, atención y satisfacción del paciente.

SEGMENTA
VICE



Acelere la cobranza hospitalaria

Conecte atención, cargos y facturación para disminuir fricción en el proceso de pago.



Diseñe paquetes rentables y sostenibles

Desarrolle modelos de atención alineados a la realidad clínica.

Razones para trabajar con Segmenta



+190 empresas



6,000 bases al año



ISO 9001 / ISO 27001



Presencia regional



Equipo interdisciplinario



www.segmentagroup.com

Tel. (+52) 55 1165 7500



ECONOMÍA DE LA SALUD PRIVADA EN MÉXICO

Un modelo económico insostenible.

Al participar en un foro de profesionales de la administración de riesgos empresariales, se me preguntó si el modelo actual es sostenible a largo plazo o, en caso contrario, qué debería cambiar.

Mi respuesta fue: si definimos ser sostenible a que las dinámicas del segmento económico fluyan de tal manera que, la atención en salud se brinde sin demérito en la calidad y la seguridad, a costos estables, establecidos como un incremento porcentual proyectado contenido, que permitan que las primas de renovación estén igualmente contenidas y con los beneficios permaneciendo sin cambios; entonces el modelo ha dejado de ser sostenible desde hace varios años ya que la inflación en salud en México en los últimos seis años se ha ubicado entre diez y catorce puntos porcentuales por encima de la inflación general.

No es sostenible porque los costos de la atención sanitaria y de las primas de renovación han crecido más rápidamente que la capacidad de pago de la población, mientras que los beneficios se han reducido sustancialmente. El resultado es un ecosistema privado de salud cada vez más costoso, con riesgos de exclusión y, con el tiempo, de inaccesibilidad para millones de personas.

Lo anterior deja al descubierto un problema estructural. Mientras la economía general muestra señales de estabilización, los servicios médicos continúan encareciéndose a una tasa de hasta cuatro veces mayor.

El fenómeno no responde a una sola causa, sino a una combinación de factores económicos, tecnológicos y operativos que afectan a todos los actores del ecosistema.



Dicho de otra manera, la inflación en salud ha superado la inflación general 3,3 veces.

*Hoy,
la inflación
de la salud
en México
es la más alta
del mundo.
El 2025 cerró
en 14.9% y se
proyecta que
para 2026
permanecerá
sin cambios
o, de manera
optimista,
se contraiga
en una o
dos décimas
de punto
porcentual.*

*Lo anterior
deja al
descubierto
un problema
estructural.*

*Mientras la
economía
general
muestra
señales de
estabilización,
los servicios
médicos
continúan
encareciéndose
a una tasa de
hasta cuatro
veces mayor.*

*El fenómeno
no responde a
una sola causa,
sino a una
combinación
de factores
económicos,
tecnológicos y
operativos que
afectan a todos
los actores del
ecosistema.*

Factores que incrementan los costos de la atención en salud.

La interacción entre las variables determinantes es verdaderamente compleja. Como los impulsores, se identifican los cambios en el precio de los productos y servicios médicos, así como en los medicamentos de prescripción—inflación de los costos unitarios—, la adopción de nuevas tecnologías, el aumento de la intensidad del uso de los recursos médicos y un notable exceso de intermediarios en la cadena de atención y de suministros. A esto se suma un contexto económico adverso: incremento de los costos laborales y energéticos, dependencia de insumos provenientes de Estados Unidos y Europa, así como desafíos y conflictos geopolíticos, lo que ha provocado una escasez global de componentes farmacéuticos y biomédicos, así como un aumento de los costos de los servicios logísticos.

Las reformas laborales y los incrementos del salario mínimo también han tenido un impacto significativo. Ciertamente, esta política ha fortalecido la economía de las familias de millones de trabajadores, pero también ha elevado los costos operativos de hospitales, aseguradoras, empresas de mantenimiento, de logística y de proveedores médicos. En un sector tan dependiente de personal especializado,



La práctica de la medicina contemporánea depende cada vez más de equipos biomédicos avanzados, de sistemas digitales integrados, de procesos diagnósticos que van hasta el nivel molecular [...] y de asistentes quirúrgicos robóticos.”

cualquier incremento salarial repercute directamente en el costo final de la atención.

Otro vector que incide significativamente en la escalada de costos de la atención proviene de la evolución tecnológica del sector.

Este progreso tecnológico conlleva mayores costos de adquisición, actualización, mantenimiento y capacitación.

A lo anterior debemos sumar que la demanda de servicios de salud se mantiene en crecimiento progresivo, en buena parte debido al envejecimiento de la población y, con ello, al incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, que han impulsado el consumo de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, ya que el progreso de la medicina actual ha logrado que las personas vivan más tiempo, pero no de manera saludable. Entonces observamos una mayor presión económica que no solo se manifiesta en el precio unitario, sino también en el volumen y la frecuencia de uso.



Incentivos, intermediarios y sostenibilidad del sistema

En este contexto, los modelos de atención adquieren una relevancia mayúscula. En nuestro país, el sistema de salud privado opera principalmente bajo esquemas reactivos e indemnizatorios, que tienden a incentivar la utilización hospitalaria, la fragmentación de la atención y un mayor consumo de servicios. El problema de los incentivos mal alineados surge cuando el modelo favorece a los actores del ecosistema que obtienen beneficios económicos ligados al aumento del gasto médico, en lugar de promover e incentivar los resultados clínicos, la prevención y la eficiencia.

El exceso de intermediarismo profundiza la inestabilidad del segmento. Entre fabricantes, distribuidores, subdistribuidores, brókers, administradores, médicos, aseguradoras y hospitales se han generado múltiples capas de comercialización y manipulación de la cadena de atención que encarecen sustantivamente los insumos, los medicamentos y los procedimientos. La insuficiencia regulatoria en ciertos segmentos facilita prácticas en las que la eficacia clínica no necesariamente se corresponde con la eficiencia económica.

Las consecuencias de esta dinámica ya son evidentes y palpables en nuestro país: menor capacidad de las personas para acceder a seguros médicos privados, reducción de las coberturas y de los beneficios contratados y un incremento sostenido del gasto de bolsillo. La presión se ejerce con la misma intensidad en los distintos sectores de usuarios y contratantes, pero con mayor impacto en las clases medias y en las empresas que financian prestaciones de salud para sus trabajadores.

La siguiente pregunta obligada es: **¿Qué proporción de la inflación médica en México puede deberse a ineficiencias del ecosistema?**

Si en Europa, donde la mayoría de las economías tienen tasas de inflación general controladas y los servicios de salud están bajo el control y la rectoría del Estado, se proyecta un incremento en los costos de la atención sanitaria del 8,2%; esta tasa, comparada con la de nuestro país, arroja una diferencia de 6.6 puntos porcentuales, lo que nos lleva a inferir que esa es la banda de ineficiencia (y de oportunidad) que enfrentamos en nuestro sistema.

Frente a este escenario, las acciones estratégicas de choque cobran especial relevancia.



La presión financiera derivada de este entorno se manifiesta en una marcada asimetría. Los extremos del ecosistema, es decir, los hospitales y las aseguradoras, enfrentan costos crecientes, pero con márgenes cada vez más limitados.

La prevención, la detección temprana y el manejo intensivo de las enfermedades crónicas pueden reducir las hospitalizaciones y las complicaciones de alto costo.”

La migración hacia modelos ambulatorios, la reducción de las estancias hospitalarias y el apego estricto a los protocolos clínicos también contribuyen a contener el gasto.

Otro componente clave es la gestión eficiente de los planes de salud mediante la operación de esquemas de salud administrada, la administración exhaustiva de los convenios estratégicos y el monitoreo intensivo de casos clínicos complejos. No menos importante es impulsar el uso de los medicamentos genéricos de marca, pues esto fortalecerá el acceso sin comprometer la calidad terapéutica.

Como ya lo he expresado, es menester replantear cómo deben fijarse los incentivos, se hace totalmente indispensable que se empiecen a medir resultados como los PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) y que estos aporten a transformar la discusión económica del segmento. Estos indicadores permiten, además, evaluar los resultados desde la perspectiva del paciente y dejar atrás los indicadores ligados únicamente al volumen de servicios prestados. Esto abre la puerta a esquemas de pago basados en el valor y en resultados clínicos, en lugar de incentivos ligados exclusivamente al consumo.

A modo de conclusión, afirmó que la discusión de fondo ya no gira únicamente en torno a cuánto cuesta la atención médica y cómo evolucionan dichos costos, sino también a cómo se deben reorganizar los incentivos del sistema, eliminar el intermediarismo, impulsar reformas regulatorias, acelerar la transformación digital y construir modelos centrados en resultados clínicos, para que estos sean los elementos decisivos para contener la inflación médica sin desmedro de la calidad de la atención.



La economía de la salud en México enfrenta un gran desafío: equilibrar la sostenibilidad y la innovación y, como consecuencia, hacer asequibles los servicios de salud privados y ampliar el acceso a ellos, en un entorno en el que los costos crecen más rápido que la capacidad de pago de la población.

Referencias:

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. (2025). *Panorama del seguro de gastos médicos en México*.

Deloitte. (2025). *2026 Global Medical Trend Rates Report*.

Reuters. (2022). *Trends in launch prices of prescription drugs, 2008–2021*.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2025). *Evolución histórica del salario mínimo en México*.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2024). *Health at a Glance 2024*.

World Health Organization. (2024). *Global spending on health: emerging trends and challenges*.

Autor: Dr. Horacio Garza Ghio
Director General de CHRISTUS MUGUERZA.

Sobre el autor:

Horacio Garza Ghio es médico cirujano y, desde el 2012, se desempeña como Director General del sistema de salud privado CHRISTUS MUGUERZA. Cuenta con más de dos décadas de trayectoria en el sector salud y colabora activamente en consejos de administración y asociaciones civiles enfocadas en el bienestar social y la educación médica.

PRIMERA SESIÓN ORDINARIA DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS 2026: la calidad como proyecto compartido.



Dr. Bruno Chávez:

Director Editorial,
Nuestro Mundo Hospitalario

En octubre de 1917, líderes médicos y directivos hospitalarios convocados por el American College of Surgeons se reunieron para discutir una preocupación que comenzaba a transformar la práctica médica moderna: la enorme variabilidad existente entre los hospitales. En un mundo marcado por el estallido y desarrollo de la entonces conocida como “Gran Guerra”, algunas instituciones desarrollaban procesos clínicos cada vez más sofisticados mientras que otras carecían de mecanismos básicos para documentar la atención de los pacientes, evaluar resultados o supervisar el desempeño profesional.

Aquella reunión no buscaba resolver un problema administrativo; pretendía responder una pregunta fundamental para la medicina del siglo XX:

¿cómo garantizar que un hospital ofrezca atención segura y de calidad independientemente de su ubicación o tamaño?

Las conclusiones derivadas de ese encuentro dieron origen al *Programa de Estandarización Hospitalaria* y a los primeros *estándares mínimos* para hospitales. Cuando comenzaron las evaluaciones formales, los resultados fueron sorprendentes: de los 692 hospitales inspeccionados inicialmente, únicamente 89 cumplían con los criterios establecidos. En otras palabras,

apenas el 12.9 % de las instituciones evaluadas podía demostrar que contaba con los elementos básicos que entonces se consideraban indispensables para garantizar una atención hospitalaria adecuada.

La cifra provocó preocupación entre los líderes médicos de la época, pero también confirmó la necesidad de emprender un esfuerzo de transformación institucional. Lo verdaderamente revelador fue que por primera vez existía una metodología común para medir la calidad. Hasta entonces, el prestigio de un hospital dependía en gran medida de su reputación, de la experiencia de sus médicos o de su presencia en una determinada comunidad. A partir de ese momento comenzó a consolidarse una idea que hoy parece evidente: la calidad debe demostrarse mediante procesos, registros, supervisión profesional y resultados verificables.

Quizás la enseñanza más importante de aquella experiencia es que los hallazgos iniciales fueron interpretados como una oportunidad para mejorar. La baja tasa de cumplimiento sirvió para movilizar a hospitales, médicos y administradores hacia una meta común. En pocos años, la adhesión a los estándares superó el 90 %, lo que demostró que las grandes transformaciones en salud surgen de la voluntad compartida de medir, aprender y avanzar. La innovación tecnológica, la seguridad del paciente, la sostenibilidad financiera, la formación del talento humano y la atención de poblaciones cada vez más demandantes exigen

espacios de reflexión y construcción colectiva. Por ello, la Primera Sesión Ordinaria de la Asociación Nacional de Hospitales Privados de 2026 adquiere una relevancia especial: tal y como ocurrió con aquellos pioneros de 1917, los líderes hospitalarios mexicanos del sector privado se reunieron para analizar el presente, identificar oportunidades y definir las prioridades que permitirán fortalecer la calidad y la capacidad de respuesta de las instituciones que integran el sistema hospitalario privado del país.

El 29 de mayo de 2026, esta sesión se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital San Ángel Inn Satélite. La elección de esta sede resultó particularmente significativa por tratarse de una de las incorporaciones más recientes y relevantes al panorama hospitalario privado del país. Inaugurado oficialmente este año por el Grupo Hospitalario Dalinde San Ángel Inn, el complejo representa una apuesta por la expansión de los servicios de alta especialidad fuera de la Ciudad de México, con una infraestructura superior a las 190 camas hospitalarias y áreas especializadas que integran atención crítica, diagnóstico avanzado, medicina nuclear, oncología y atención materno-infantil. Esa nueva unidad refleja algunos de los principios que han caracterizado históricamente al grupo y la incorporación permanente de innovación tecnológica, el impulso a la investigación clínica, la seguridad del paciente; en suma, una visión centrada en la atención humana.

Cuando **el presidente de la ANHP, Lic. Jesús Ruiz López**, tomó la palabra, destacó cómo los nosocomios de los asociados a la ANHP sobresalen por estándares asistenciales equiparables a los de centros hospitalarios de primer nivel en distintas regiones del mundo. Recordó que la verdadera fortaleza de la Asociación radica en la vocación compartida de sus integrantes por impulsar una medicina sustentada en la calidad, la seguridad del paciente, la formación continua del personal de salud y la búsqueda constante de mejores resultados clínicos para la población que depositan su confianza en las instituciones privadas del país.

Y es en este punto donde bien vale la pena recalcar el contenido de las aproximaciones realizadas desde la Presidencia de la ANHP: en un discurso que duró poco más de 30 minutos, Jesús Ruiz López delineó una defensa amplia del papel que desempeñan los hospitales privados dentro del sistema nacional de salud.

Explicó que estas instituciones no deben entenderse como un sustituto de los servicios públicos porque son un componente complementario que contribuye a ampliar la capacidad de atención del país. Por lo anterior, la coexistencia de diversos modelos de prestación médica

fortalece la cobertura disponible para la población y genera alternativas que permiten responder a necesidades clínicas cada vez más complejas. En pocas palabras, señaló que cualquier crisis que se viva desde el sector público, afectará al privado, y que cualquier colapso en alguna de estas esferas arrastrará irremediabilmente al otro. La invitación a la cooperación debe permanecer abierta y lista para enfocarse en los pacientes como el centro de todos los beneficios.

El dirigente llamó la atención sobre la diversidad que caracteriza a la esfera privada. Señaló que en México existen más de tres mil establecimientos hospitalarios de este calibre con perfiles, dimensiones y vocaciones distintas, circunstancia que favorece la existencia de propuestas diferenciadas para múltiples grupos de usuarios. Esta pluralidad permite que los pacientes puedan identificar opciones acordes con sus requerimientos clínicos, sus posibilidades económicas y sus expectativas de atención. A su juicio, la variedad de esquemas disponibles constituye una de las principales fortalezas del ecosistema hospitalario nacional.

Otro de los ejes centrales de su intervención estuvo relacionado con la libertad de elección que ofrece el modelo mexicano de atención privada. Ruiz López destacó que los usuarios conservan la posibilidad de seleccionar al especialista que los atenderá, la institución en la que recibirán tratamiento y, cuando las condiciones clínicas lo permiten, distintas alternativas terapéuticas.



Esta capacidad de decisión, afirmó, favorece una relación más cercana entre profesionales de la salud y pacientes, al tiempo que impulsa una competencia orientada a elevar la calidad de los servicios.”

La formación de talento humano ocupó igualmente un espacio relevante dentro de su mensaje. El presidente de la Asociación recordó que numerosos hospitales privados participan activamente en la capacitación de personal médico, de enfermería y de otras disciplinas vinculadas con la atención sanitaria. Además de incorporar equipamiento avanzado, estas organizaciones destinan recursos considerables al fortalecimiento de competencias profesionales, conscientes de que la excelencia depende tanto del desarrollo tecnológico como del conocimiento y la experiencia de quienes intervienen en el proceso asistencial.

En materia de competitividad internacional, Ruiz López sostuvo que el sector hospitalario privado mexicano ofrece niveles de calidad, infraestructura y equipamiento comparables con los observados en economías desarrolladas, manteniendo al mismo tiempo costos significativamente menores para numerosos procedimientos. Explicó que el país se ha consolidado como uno de los principales destinos mundiales para el turismo médico, fenómeno impulsado por la combinación de experiencia clínica, calidez en el trato y accesibilidad económica. Dichos factores han permitido atraer a pacientes procedentes de diversas regiones del mundo que se hallan en búsqueda de atención especializada.

Para finalizar su intervención, el titular de la ANHP abordó los desafíos financieros que enfrenta actualmente la atención médica privada. Señaló que el incremento sostenido en las primas de seguros y la inflación médica constituyen fenómenos complejos que responden a múltiples variables, entre ellas la incorporación de nuevas tecnologías, el encarecimiento de insumos, la adquisición de medicamentos importados y las crecientes exigencias regulatorias. Advirtió que la presión económica sobre el sector puede limitar la capacidad de inversión futura, con repercusiones potenciales sobre la incorporación de equipamiento competente, la expansión de servicios y el acceso oportuno a tratamientos de alta complejidad.

Un ecosistema en constante construcción: educación, información estratégica y fortalecimiento institucional

Tras la intervención de la Presidencia, correspondió al **director ejecutivo de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, Actuario Miguel Ángel Hernández**, presentar un balance de los principales proyectos impulsados por la organización durante los últimos meses. Su exposición permitió observar una estrategia que trasciende la representación gremial y que busca fortalecer capacidades institucionales mediante la generación de conocimiento, la formación continua y el intercambio de información útil para la toma de decisiones.

Uno de los primeros temas abordados fue el trabajo editorial desarrollado a través de la revista *Nuestro Mundo Hospitalario* (en la que nuestros lectores analizan el presente reportaje), publicación que se ha consolidado como un espacio de difusión para experiencias, investigaciones, tendencias y reflexiones relacionadas con el sector salud. Hernández destacó el esfuerzo realizado para ampliar el alcance de los contenidos, fortalecer los procesos editoriales y generar materiales que contribuyan a la discusión de tópicos prioritarios para la gestión hospitalaria. En este sentido, subrayó que la comunicación especializada constituye una herramienta estratégica para compartir buenas prácticas y visibilizar iniciativas relevantes dentro de la comunidad.

Posteriormente, la Dirección ejecutiva dio paso a que **Fernanda Olmedo Zamora, líder de la plataforma de educación de la Asociación**, presentara los avances de EDUCA, el escenario de capacitación construido por la ANHP. Durante la intervención se mostraron los cursos programados para el calendario 2026, entre los que destacan temas vinculados con seguridad del paciente, análisis de causa raíz, gestión, comunicación y humanización en la atención hospitalaria, transformación digital aplicada a la salud y liderazgo organizacional. Varias de

estas actividades cuentan con el respaldo académico de instituciones como TecSalud, la Universidad Panamericana y el Instituto Nacional de Salud Pública, lo que fortalece el rigor de la oferta educativa.

El director ejecutivo señaló que la capacitación representa uno de los pilares para enfrentar los retos contemporáneos de la atención médica. La creciente complejidad regulatoria, la incorporación constante de nuevas tecnologías y las exigencias relacionadas con calidad y seguridad requieren profesionales con habilidades actualizadas. Bajo esta lógica, EDUCA busca convertirse en un mecanismo permanente para el fortalecimiento de competencias directivas, administrativas y asistenciales dentro de los hospitales asociados.



Uno de los momentos más relevantes de la presentación estuvo dedicado al informe que sobre indicadores hospitalarios 2020-2024 elaboró la ANHP; obra que ya se encuentra impresa y cuya elaboración reunió varios años de trabajo coordinado entre hospitales, especialistas y miembros del Comité de Indicadores. Hernández recordó que el proyecto constituye uno de los esfuerzos colaborativos más importantes emprendidos por la Asociación, ya que permite contar con información comparativa sobre desempeño institucional en áreas críticas de la atención médica.



La publicación reúne información relacionada con calidad, seguridad del paciente, infecciones asociadas a la atención sanitaria, readmisiones, lesiones por presión, higiene de manos y otros indicadores fundamentales para la gestión hospitalaria contemporánea. Este documento representa una herramienta para identificar oportunidades de mejora, reconocer tendencias y fortalecer procesos de evaluación basados en evidencia. Su disponibilidad marca un paso importante en la consolidación de una cultura de medición dentro del sector hospitalario privado.

Durante la misma sesión también se presentó la incorporación de nuevos integrantes a la Asociación: el Hospital Star Médica Santa Fe y el Hospital Cruz Azul Lagunas, instituciones que fortalecen la presencia nacional de la ANHP y amplían la diversidad de experiencias representadas dentro de la organización. Hernández agradeció la confianza depositada por ambos hospitales y señaló que la inscripción de nuevos asociados contribuye a enriquecer el intercambio de conocimientos y experiencias entre instituciones con perfiles distintos.

Para finalizar su intervención, se compartieron iniciativas relacionadas con herramientas tecnológicas orientadas al cumplimiento regulatorio y la gestión documental. Entre ellas destacó la presentación de plataformas diseñadas para facilitar auditorías, seguimiento normativo, certificaciones y procesos de control interno. Hernández enfatizó que la transformación digital constituye un componente indispensable para el futuro de los hospitales, particularmente en un entorno caracterizado por mayores exigencias regulatorias, necesidades crecientes de trazabilidad documental y una demanda constante de información confiable para la toma de decisiones.

En conjunto, los proyectos presentados reflejan una visión institucional que busca acompañar a los hospitales a



trascender más allá de la representación gremial tradicional. La producción editorial, la capacitación especializada, la generación de indicadores comparativos, la incorporación de nuevos asociados y el impulso de soluciones tecnológicas forman parte de una estrategia orientada a fortalecer la capacidad operativa de las instituciones, promover mejores prácticas y contribuir al desarrollo sostenido del sector hospitalario privado en México.

Certificación, seguridad del paciente y excelencia institucional

Como parte de la sesión, la **Dra. Cristina González de Jesús, directora general de Certificación del Consejo de Salubridad General**, y una de las especialistas con mayor trayectoria en materia de calidad y certificación de establecimientos de salud en México, presentó una conferencia dedicada a los avances y alcances del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en la Atención en Servicios de Salud (MOCEBPASS). A lo largo de su trayectoria, la Dra. ha participado en procesos de certificación hospitalaria, desarrollo de estándares y fortalecimiento de modelos de evaluación institucional,

y actualmente se desempeña como una de las principales responsables de la transformación del esquema nacional de certificación impulsado por el Consejo de Salubridad General, por lo que su constante relación con los asociados hizo más que relevante su conversación y contribución para comprender el intercambio de modelos de certificación que trascienden la cuestión teórica.

Durante su exposición, explicó que la certificación repercute en parámetros globalizantes y que van más allá de lo administrativo. Se trata de un proceso mediante el cual se verifica que una institución cumple estándares orientados a garantizar calidad asistencial, seguridad del paciente, gobernanza clínica, mejora continua y gestión adecuada de riesgos. Así, la certificación permite homologar prácticas, fortalecer procesos internos y generar confianza tanto entre los usuarios como entre los profesionales de la salud. De acuerdo con el propio Consejo de Salubridad General, el objetivo central consiste en asegurar que los establecimientos operen bajo criterios verificables de excelencia.

González de Jesús abordó los fundamentos del MOCEBPASS, modelo que busca modernizar la certificación nacional mediante estándares específicos para distintos tipos de establecimientos, incluyendo hospitales, unidades de hemodiálisis, centros de atención primaria, unidades ambulatorias, servicios de rehabilitación, salud mental y otras singularidades de atención. El modelo coloca a la seguridad del paciente como eje rector y promueve una visión integral en la que la calidad deja de entenderse como un requisito documental y se convierte en una herramienta de gestión institucional. A través de este enfoque, el Consejo de Salubridad General pretende fortalecer una cultura de evaluación permanente, transparencia y mejora continua en los servicios de salud mexicanos.

El desafío de construir el futuro

Concluidas las participaciones programadas, los asistentes realizaron un recorrido por las instalaciones del Hospital San Ángel Inn Satélite. Además de formalizar un cierre protocolario, la dinámica permitió observar en la práctica muchos de los conceptos discutidos a lo largo de la jornada. La infraestructura, los servicios especializados, la incorporación de tecnología avanzada y la organización operativa de la nueva unidad hospitalaria ofrecieron un ejemplo tangible de los retos y aspiraciones que actualmente acompañan al sector hospitalario privado mexicano.



La escena resultó particularmente significativa si se recuerda el punto de partida de este relato: hace más de un siglo, aquellos pioneros convocados por el American College of Surgeons comprendieron que la calidad no podía depender en exclusiva de la reputación de una institución o del prestigio individual de sus médicos.



Era necesario construir estándares, compartir experiencias, medir resultados y desarrollar mecanismos que permitieran aprender colectivamente. La Primera Sesión Ordinaria de la ANHP para 2026 reflejó precisamente esa misma convicción: la certeza de que los desafíos contemporáneos de la atención médica requieren espacios permanentes de colaboración entre instituciones que, aún compitiendo en determinados ámbitos, comparten responsabilidades comunes frente a los pacientes y la sociedad.

Las intervenciones de la Presidencia, de la Dirección Ejecutiva y de los especialistas invitados permitieron advertir que la Asociación atraviesa una etapa de consolidación caracterizada por el fortalecimiento de proyectos educativos, la producción de información estratégica, el impulso de modelos de certificación, la incorporación de nuevas herramientas tecnológicas y la generación de indicadores que facilitan la toma de decisiones. En conjunto, estas iniciativas revelan una organización que entiende que la representación gremial, por sí sola, resulta insuficiente para responder a las exigencias de un entorno sanitario cada vez más complejo. La construcción

de capacidades institucionales se ha convertido en una prioridad tan importante como la defensa de los intereses del sector.

Al finalizar la jornada, quedó claro que el futuro de la atención hospitalaria privada en México dependerá de la capacidad de las instituciones para mantener una visión compartida sobre calidad, seguridad, innovación y sostenibilidad. La experiencia iniciada en 1917 confirmó que los cambios más significativos en la atención médica florecen cuando instituciones con vocación de liderazgo convierten el conocimiento compartido, la colaboración y la búsqueda de la excelencia en motores permanentes de desarrollo. La Asociación Nacional de Hospitales Privados parece haber asumido ese desafío. Los proyectos presentados durante esta sesión, los nuevos asociados que se integran a la organización y la voluntad de seguir construyendo conocimiento colectivo permiten anticipar que los próximos años estarán marcados por una intervención cada vez más activa en la evolución del sistema de salud mexicano, siempre con el paciente como razón última de cada esfuerzo emprendido.



Asociación Nacional de Hospitales Privados

ANÁLISIS INTEGRAL DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO — 2022-2024 —



PROMOCIÓN ESPECIAL

Paquete de 5 libros

\$8,500 MXN

Costo exclusivo para
hospitales asociados

y venta exclusiva
por paquete.

Adquiérela ahora y fortalece la gestión de tu institución

Adriana Zamora
Gerente de vinculación

adriana.zamora@anhpc.com
Tel: +52 1 56 1003 7050

www.anhpc.mx

DLP® (SONDAS TIPO FOLEY)

Calidad en cada procedimiento



Fabricadas por Corporativo DL de látex natural estériles, bajo estándares de calidad alineados a la normatividad mexicana, nuestras sondas Foley ofrecen desempeño clínico confiable y disponibilidad constante para instituciones de salud.

- **Calidad certificada**

Cumplimiento con la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos

- **Disponibilidad continua**

Capacidad de suministro para operación hospitalaria sin interrupciones

- **Portafolio integral**

Amplia variedad de calibres y configuraciones para cada necesidad clínica

OPTIMIZA COSTOS SIN PERDER CALIDAD

SONDA FOLEY DLP® 2 VÍAS

GLOBO

3 ml



8 Fr



10 Fr

5 ml



10 Fr



12 Fr



14 Fr



16 Fr



18 Fr



20 Fr



22 Fr



24 Fr

30 ml



14 Fr



16 Fr



18 Fr



20 Fr



22 Fr



24 Fr



24 Fr

SONDA FOLEY DLP® 3 VÍAS

GLOBO

30 ml



18 Fr



20 Fr



22 Fr



24 Fr

Imágenes ilustrativas.

¡Lo hecho en México, está bien hecho!

Contacto:

+52 55 5682 8201

+52 55 5975 6060



Tata Vasco 79, Coyoacán, CDMX



contacto@corporativodl.com.mx

www.corporativodl.com.mx

