RANKING DE HOSPITALES PRIVADOS DE MÉXICO 2026

METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO

1. Introducción

El *Ranking* de *Hospitales Privados de México* surge de la necesidad de contar con información que permita tomar mejores decisiones al momento de requerir atención hospitalaria. En México, el sector hospitalario privado ha crecido de forma importante en los últimos veinte años y no existe –hoy en día–, información completa y objetiva sobre qué tan buenos son los hospitales y, sobre todo, cómo podemos compararlos cuando tenemos que tomar una decisión sobre dónde atendernos. Por este motivo, desde el año 2020 la empresa de consultoría Blutitude, experta en el análisis del sector salud, y la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) –el *think tank* de salud más reconocido en México– en asociación con la revista Expansión, publican cada año los resultados del análisis de los hospitales privados con los mejores desempeños en actividades relacionadas con la hospitalización.

En este documento se describe la metodología utilizada para la séptima edición del ranking correspondiente al año 2026 publicada en un suplemento dedicado de la revista Expansión del mes de noviembre de 2026. En esta edición del ranking se evaluaron los 500 hospitales privados más importantes de México que cuentan con página web y/o que tenían certificación del Consejo de Salubridad General vigente hasta el año 2026. Estos 500 hospitales representan el 19% del total de los hospitales privados del país, y suman más de 16,000 camas, es decir el 46% de la capacidad instalada de camas censables en el sector privado.[1]

Como resultado del análisis se generaron 23 rankings de hospitales distintos: un ranking a nivel nacional, seis rankings regionales (regiones: centro, metropolitana, noroeste, norte, occidente y sur), un ranking para hospitales pequeños y medianos (hospitales con 40 camas censables o menos) y 15 rankings por especialidad. Para estos últimos, se consideraron las especialidades clínicas que están más ligadas con la generación de egresos hospitalarios en México: cardiología y cirugía del corazón, cirugía plástica y reconstructiva, endocrinología, gastroenterología y cirugía gástrica, ginecología y obstetricia, medicina crítica, medicina de urgencias, nefrología, neumología, neurología y neurocirugía, oncología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, pediatría y urología.[2]

Dado que la actividad hospitalaria es compleja e involucra muchos recursos y procesos, medir el desempeño hospitalario requiere tomar en cuenta los distintos aspectos que afectan la calidad de la atención médica. A partir de la información disponible de los 500 hospitales privados para el año 2025 y/o el año disponible más reciente, se comparó el desempeño entre hospitales con

[1] Ver referencia 1 y 2.

[2] Es importante mencionar que por ahora no se tomaron en cuenta especialidades médicas transversales y/o aquéllas que están asociadas con menor actividad de egresos hospitalarios tales como medicina interna, anestesiología, dermatología, cirugía general, medicina nuclear, radiología e imagen, oftalmología, etc.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

base en diversos indicadores agrupados en **cinco dominios** que reflejan: i) **el talento**: los recursos humanos con que se cuenta (especialistas certificados, residentes, enfermeras, internos de pregrado, entre otros), así como actividades de investigación y participación en academias; ii) **la tecnología**: el equipo médico especializado que se considera indispensable para brindar una atención de alta calidad, la existencia de un expediente clínico electrónico y la disponibilidad de servicios de telemedicina; iii) varios **procesos** que indican si el hospital cumple con las normas y buenas prácticas para garantizar la seguridad del paciente y brindar una atención de calidad: acreditaciones/certificaciones y la transparencia de la información que otorgan sobre sus servicios, entre otros; iv) los **resultados** en salud para el paciente: infecciones y, por cuarta vez en la historia del ranking, se incluye la evaluación con base en información de egresos hospitalarios, y v) la **percepción** de los actores clave sobre cuáles consideran que son los mejores hospitales privados del país, de su región y/o su especialidad.

La metodología empleada es consistente con el marco teórico de medición de la calidad de Avedis Donabedian[3], así como con ejercicios similares realizados en otros países. Esta novedosa metodología es robusta y responde al contexto del sector hospitalario privado en México. En los rankings nacional, regional y de hospitales pequeños y medianos se combinan más de 40 indicadores de una serie de fuentes externas oficiales y públicas distintas, una encuesta anónima de percepción entre médicos especialistas y personal de enfermería, así como de la percepción de los pacientes y de expertos del sector asegurador. Además, cuenta con un proceso de obtención de datos complementarios directamente con los hospitales y un proceso de retroalimentación de la metodología a través de un comité de expertos clínicos y técnicos independientes de reconocida trayectoria y experiencia en varios aspectos del desempeño hospitalario.

2. Descripción general de los procesos de selección y evaluación de los 500 mejores hospitales privados de México 2026

A partir del análisis de distintas bases de datos con información de hospitales privados se identificaron cerca de 3,000 hospitales privados a nivel nacional. De éstos, se seleccionaron los hospitales bajo los siguientes criterios: hospitales que tuvieran página web y/o aquellos que que tenían certificación del Consejo de Salubridad General vigente hasta el año 2026. El total de hospitales que cumplieron con los criterios mencionados fue de 500; éstos son los hospitales que fueron evaluados en el *Ranking de Hospitales Privados de México 2026*.

Los indicadores necesarios para el análisis fueron recabados entre enero y agosto de 2026 y se obtuvieron tanto de fuentes de información externas como internas a los hospitales privados. En abril de 2026, se contactó por correo electrónico a los hospitales para informarles sobre el proceso de registro para participar de forma más activa en la séptima edición del ranking. El registro se llevó a cabo durante los meses de abril y mayo de 2026 a través de una plataforma en línea que Blutitude habilitó para este fin. Posteriormente, se contactó a las personas

[3] Ver referencia 3.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

designadas como *enlaces* por los hospitales registrados, solicitándoles su apoyo para ingresar los datos requeridos de su hospital a través de un formulario. Los hospitales con **"participación activa"** ingresaron la información solicitada durante los meses de mayo y junio de 2026. El manejo de la información recabada se lleva a cabo de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

La información recabada de los hospitales registrados mediante el formulario fue contrastada con la información de fuentes externas. De esta forma, el proceso de evaluación se llevó a cabo a partir de la información proporcionada por el propio hospital, así como de fuentes externas. En las siguientes secciones se explica de forma más detallada la manera en que se evaluaron los hospitales para obtener el ranking nacional, los rankings regionales, el ranking de hospitales pequeños y medianos, y los rankings por especialidad.

3. Evaluación del desempeño hospitalario a nivel nacional, regional y de hospitales pequeños y medianos

En esta sección se describe la metodología empleada para llevar a cabo el análisis comparativo del desempeño de los 500 mejores hospitales privados de México a nivel nacional y regional y para hospitales pequeños y medianos. Para el análisis regional, se consideraron seis regiones integradas conforme al Cuadro 1.

Cuadro 1. Regiones consideradas en el análisis

Región					
Centro	**Metropolitana**	**Noroeste**	**Norte**	**Occidente**	**Sur**
Hidalgo Puebla Querétaro Tlaxcala	Ciudad de México Estado de México	Baja California Baja California Sur Chihuahua Durango Sinaloa Sonora	Coahuila Nuevo León San Luis Potosí Tamaulipas Zacatecas	Aguascalientes Guanajuato Colima Jalisco Michoacán Nayarit	Campeche Chiapas Guerrero Morelos Oaxaca Quintana Roo Tabasco Veracruz Yucatán

Fuente: Elaboración propia.

3.1. Dominios y ponderadores

Para el análisis nacional, así como para los rankings regionales y para el ranking de hospitales pequeños y medianos, cada hospital obtuvo un puntaje general normalizado[4] igual a la suma ponderada de los puntajes obtenidos en cada uno de cinco dominios: i) talento**,** ii) tecnología**,** iii)

[4] Los valores de los puntajes obtenidos en cada dominio de evaluación se ajustan para hacerlos comparables entre sí. Este ajuste, llamado normalización, convierte los puntajes en una escala del 0 al 100, donde 0 representa el peor desempeño y 100 el mejor. Normalizar los puntajes obtenidos facilita la comprensión y comparación de los resultados, permitiendo una evaluación equitativa en diferentes áreas, independientemente de los valores originales de los puntajes.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

procesos, iv) resultados y v) percepción. La elección de estos dominios se basa en el marco conceptual de Avedis Donabedian que, a grandes rasgos, establece que la calidad de la atención médica asociada con servicios de salud obedece a su desempeño en tres dimensiones interrelacionadas: estructura, procesos y resultados.[5]

La dimensión de *estructura* en el marco conceptual de Donabedian, que en nuestro caso está representada por los dominios de *talento* y *tecnología*, se refiere a la capacidad de atención de cada unidad hospitalaria en términos de los recursos o insumos de distinta índole que se requieren para proporcionar una atención médica de calidad.

Según Donabedian, los procesos hospitalarios son aquellos que comprenden el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y la educación del paciente. Un hospital cuya capacidad institucional para desarrollar y mantener un sistema que brinde atención de alta calidad a sus pacientes, se encuentra bien organizado, es transparente y, por tanto, dispone de *procesos* que permitan asegurar estándares de seguridad del paciente y de calidad de la atención.

Siendo que la dimensión de *resultados* representa los resultados en salud de los pacientes, en este ejercicio hemos aproximado este dominio a partir de indicadores tales como la tasa de infecciones hospitalarias y un conjunto de indicadores basados en información de egresos hospitalarios.

Finalmente, el dominio de *percepción*, vinculado con la dimensión de procesos en el modelo conceptual de Donabedian, refleja directamente la percepción de los distintos actores clave en torno a la calidad ofrecida por los hospitales.

En el Cuadro 2 se presentan los cinco dominios mencionados, así como los ponderadores o pesos porcentuales que se utilizaron para obtener el puntaje general de cada hospital. Los ponderadores fueron validados por el Comité de Expertos independientes y de reconocida trayectoria en varios aspectos del desempeño hospitalario, como parte del proceso de retroalimentación de la metodología.

Cuadro 2. Dominios y ponderadores considerados en la evaluación del desempeño hospitalario nacional y regional

Dominio	Ponderador (%)
Talento	20
Tecnología	20
Procesos	30
Resultados	15
Percepción	15
TOTAL	**100**

Fuente: Elaboración propia.

[5] Ver referencia 3.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

A partir de lo anterior, el puntaje general de cada hospital (*i*) se calculó como la suma ponderada de los puntajes normalizados[6] que obtuvo el hospital en los distintos dominios, de acuerdo con la siguiente ecuación:

$$Puntaje\ general_i = 0.2(Puntaje\ Tal_i) + 0.2(Puntaje\ Tecno_i) + 0.3(Puntaje\ Proc_i) + 0.15(Puntaje\ Resul_i) + 0.15(Puntaje\ Perc_i)$$

en donde:

$Puntaje\ Tal_i$= Puntaje normalizado de *talento* del hospital *i*
$Puntaje\ Tecno_i$= Puntaje normalizado de *tecnología* del hospital *i*
$Puntaje\ Proc_i$= Puntaje normalizado de *procesos* del hospital *i*
$Puntaje\ Resul_i$= Puntaje normalizado de *resultados* del hospital *i*
$Puntaje\ Perc_i$= Puntaje normalizado de *percepción* del hospital *i*

Al igual que los puntajes de los hospitales por dominio, el puntaje general que se presenta en la tabla de ranking nacional se encuentra *normalizado*. Como resultado, el puntaje mostrado tiene una escala de 0 a 100 y al hospital con el mejor desempeño se le asigna un puntaje de 100. Las seis tablas de ranking regionales muestran los mejores hospitales de cada región con base en sus puntajes generales una vez normalizados. El ranking de hospitales pequeños y medianos muestra los mejores hospitales de 40 o menos camas y que no figuran entre los 50 mejores desempeños mostrados en el ranking nacional.

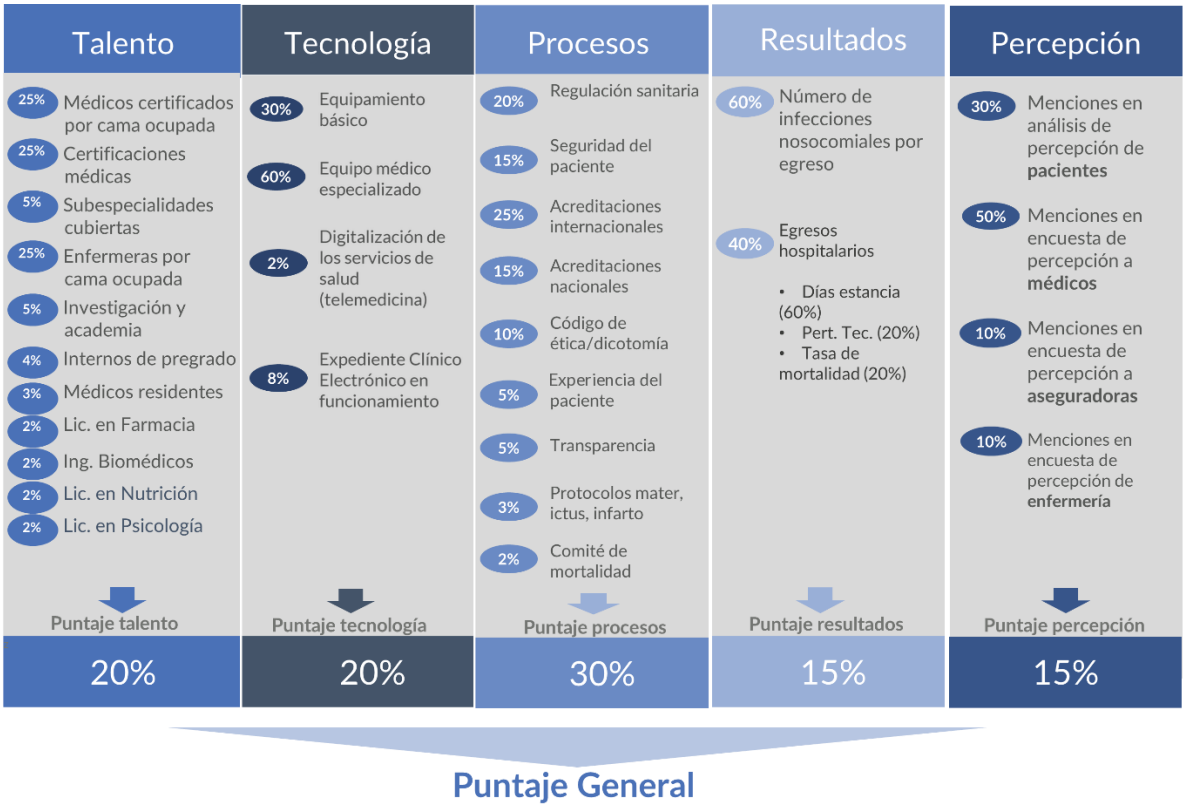
Al ser valores normalizados, los puntajes mostrados en cada ranking deben interpretarse con cautela en el sentido de que no necesariamente corresponden a un valor absoluto sino a un valor relativo con respecto al hospital con el valor máximo en la distribución de los puntajes originales de los hospitales evaluados en ese año. En ese sentido, tratar de comparar para un mismo hospital los puntajes tanto del ranking general como de cada dominio entre las distintas ediciones del ranking no es estrictamente válido, puesto que se trata de valores relativos conforme a la distribución de los valores para el universo de hospitales y los puntajes máximos y mínimos obtenidos para cada año de evaluación. La interpretación más correcta de estos puntajes normalizados ya sea en términos del puntaje general o para un dominio determinado, es que, en un año dado, el puntaje de un hospital refleja la brecha que guarda con respecto al puntaje máximo observado en ese mismo año.

[6] Los valores de los puntajes obtenidos en cada dominio se normalizaron antes de ser ponderados con el fin de transformarlos en una distribución entre 0 y 100 basada en los rangos originales de los puntajes. La fórmula general que se utilizó para obtener el puntaje normalizado del hospital (*i*) en el dominio (*j*) es la siguiente: Valor del puntaje normalizado$_{ij}$ = ((X_{ij}- mín$_j$)/ (máx$_j$- mín$_j$))*100, en donde X_{ij} es el valor sin normalizar del puntaje del hospital (*i*) en el dominio (*j*); máx$_i$ es el valor máximo del puntaje sin normalizar para el dominio (*j*) y mín$_i$ es el valor mínimo del puntaje sin normalizar para el dominio (*j*).

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

Los puntajes obtenidos por un hospital en los diferentes dominios se obtuvieron a partir de la suma ponderada de una serie de indicadores asociados con cada uno de los dominios. La Figura 1 sintetiza el proceso de evaluación tanto a nivel nacional como regional de cada hospital, incluye los indicadores de cada dominio y los valores de los ponderadores asociados. En la siguiente sección se describe la manera en que se calcularon los puntajes correspondientes a cada dominio.

Figura 1. Proceso de evaluación nacional y regional de cada hospital



Fuente: Elaboración propia.

3.2. Indicadores y estimación de los puntajes por dominio

El desempeño de un hospital en cada dominio se calculó como la suma ponderada de los distintos indicadores agrupados bajo ese dominio (ver Figura 1). Al igual que para el caso del cálculo del puntaje general, los ponderadores asociados con los indicadores fueron validados por un grupo de expertos clínicos y técnicos independientes, como parte del proceso de retroalimentación y validación de la metodología.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

Para fines de este ejercicio, la elección de los indicadores incluidos en un dominio determinado se basó en el grado en que reflejan o aproximan lo que representa ese dominio, en función de la información disponible y su confiabilidad.

Como se mencionó en la sección 2, los indicadores de cada uno de los dominios se obtuvieron a través de la combinación de fuentes de información externas e internas a los hospitales.

3.2.1. Indicadores y estimación del puntaje de talento

El dominio de talento incluye el número total de médicos especialistas certificados en cada hospital por cama ocupada, el número de certificaciones y el porcentaje de subespecialidades médicas cubiertas, el número de médicos residentes adscritos al hospital y el número de internos de pregrado en el hospital –como proxys para indicar que en el hospital se llevan a cabo actividades relacionadas con la enseñanza–, el personal de enfermería de tiempo completo por cama ocupada, licenciados en farmacia, ingenieros biomédicos, profesionales de nutrición y psicología, y la presencia de actividades de investigación o miembros de academias médicas.

Para efectos de la construcción de los indicadores relativos al talento médico, se llevó a cabo un proceso de verificación y validación exhaustiva de la información sobre médicos especialistas certificados adscritos a los hospitales evaluados. En el caso de los hospitales con participación activa, la información fue proporcionada por los hospitales. En los demás casos se empleó la información disponible de años previos en los directorios médicos de los hospitales. El manejo de esta información se realiza con estricto apego a la confidencialidad de la información y la protección de datos personales. En ese sentido, Blutitude no comercializa, ni divulga o comparte esa información con terceros y solamente se utiliza para fines de esta validación.

Con el fin de asegurar la confiabilidad y vigencia de la información reportada, se implementó un proceso sistemático de cotejo contra las publicaciones disponibles en los sitios web del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM)[7], que agrupa a los consejos de especialidad responsables de otorgar certificaciones profesionales en México. Este proceso permitió identificar, para cada médico referido, la existencia de certificación vigente, así como la especialidad y subespecialidad específicas en las cuales se encuentra certificado.

La integración de ambas fuentes de información permite: i) contar con un registro depurado y validado de médicos especialistas certificados por hospital, ii) fortalecer la comparabilidad entre hospitales al emplear un estándar homogéneo de verificación de certificaciones, y iii) mejorar la precisión de los indicadores del dominio de talento tanto a nivel general como por especialidad, dado que esta información constituye la base del cálculo del número de especialistas certificados, la cobertura de subespecialidades y las certificaciones promedio por médico adscrito al hospital.

Este procedimiento forma parte del análisis implementado para los hospitales evaluados y representa un componente clave para la estimación robusta y confiable del desempeño hospitalario en el dominio de talento.

[7] Ver referencia 19.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

A partir de la información anterior, el puntaje obtenido por el hospital (i) en talento (para la evaluación del desempeño hospitalario a nivel nacional y regional) se estimó como:

$$Puntaje\ Tal_i = (0.25 * MedCert_i) + (0.25 * Cert_i) + (0.05 * Subesp_i) + (0.25 * Enfer_i) + (0.05 * Investig_i) + (0.03 * Resid_i) + (0.04 * IntPreg_i) + +(0.02 * Farm_i) + (0.02 * IngBio_i) + (0.02 * Nut_i) + (0.02 * Psico_i)$$

en donde:

$MedCert_i$= valor normalizado del número total de médicos certificados adscritos al hospital (*i*) por cama ocupada
$Cert_i$= valor normalizado del número de total de certificaciones médicas en el hospital (*i*)
$Subesp_i$= valor normalizado del porcentaje de subespecialidades cubiertas por el hospital (*i*)
$Enfer_i$ = valor normalizado del número total de enfermeras de tiempo completo en hospital (*i*) por cama ocupada
$Investig_i$ = valor normalizado del número total de médicos con actividades de investigación o miembros de alguna de las academias nacionales, en el hospital (*i*)
$Resid_i$ = valor normalizado del número total de residentes en el hospital (*i*)
$IntPreg_i$ = valor normalizado del número total de internos de pregrado en el hospital (*i*)
$Farm_i$ = valor normalizado del número total de licenciados en farmacia en el hospital (*i*)
$IngBio_i$ = valor normalizado del número total de ingenieros biomédicos en el hospital (*i*)
Nut_i= valor normalizado del número total de licenciados en nutrición en el hospital (*i*)
$Psico_i$= valor normalizado del número total de licenciados en psicología en el hospital (*i*)

3.2.2. Indicadores y estimación del puntaje de tecnología

Como se observa en la Figura 1, el dominio de tecnología incluye cuatro componentes: equipamiento básico, equipo médico especializado, la existencia de un sistema de expediente clínico electrónico (ECE) en funcionamiento y la disponibilidad de servicios de telemedicina.

El puntaje para el equipamiento básico $(Puntaje\ EquipBas_i)$ es el *valor normalizado* del porcentaje de cumplimiento de la norma oficial mexicana NOM-016-SSa3-2012 que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

El componente de equipo médico especializado es un puntaje que integra el uso promedio por categoría de equipo médico especializado[8] *(k)* para el diagnóstico y/o tratamiento en la especialidad *(j)* y la resolución por subcategoría de equipo *(l)* que posee el hospital *(i)* para resolver un caso promedio para la especialidad *(j)*. Para el análisis se emplearon las categorías *(k)* y subcategorías *(l)* de equipo médico especializadas, consideradas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec-Secretaría de Salud)[9] y algunas adicionales incluidas a partir de la información proporcionada por los hospitales privados en ediciones previas del ranking. Las aplicaciones más comunes por especialidad y por categoría de equipo se establecieron a partir de fuentes nacionales e internacionales, opinión de expertos y literatura clínica.

Así, el puntaje para equipo médico especializado $(Puntaje\ EquipEsp_i)$ del hospital *(i)* se estima como el *valor normalizado* de la suma para las 15 especialidades *(j)* del uso promedio por categoría de equipo[10] $\left(\overline{UsoEquipoEsp_{klj}}\right)$ multiplicado por la matriz de resolución de un caso promedio $\left[Resolución_{lij}\right]$ por subcategoría de equipo médico *(l)* del hospital *(i)* para la especialidad *(j)*:

$$Puntaje\ EquipEsp_i = \sum_{j}^{15} \overline{UsoEquipoEsp_{klj}} \times \left[Resolución_{lij}\right]$$

La resolución de un caso promedio por subcategoría de equipo es una medida establecida por el equipo de ingeniería biomédica y validada por el Comité de Expertos a partir de las aplicaciones más comunes y la intensidad de uso por cada categoría de equipo. Se refiere a la relevancia por cada subcategoría de equipo en la atención de un caso promedio por especialidad en una escala de 0% a 100%.

La variable ECE_i es una variable binaria que indica si el hospital *(i)* cuenta con un expediente clínico electrónico (ECE) en funcionamiento. Este indicador se obtuvo directamente de los hospitales a partir de las respuestas al formulario de información. El contar con un ECE permite acceder rápidamente al expediente médico de los pacientes, facilita la toma de decisiones clínicas inmediatas y fomenta una mejor comunicación entre distintos médicos, clínicas y hospitales, lo que promueve la calidad en la atención médica. Es así como Estados Unidos y varios países europeos han promovido su uso en los últimos años.[11] En esta edición, se preguntó

[8] La variable *uso promedio por categoría de equipo médico especializado* corresponde al porcentaje de pacientes que suele usar la categoría de equipo para el diagnóstico y/o tratamiento en una determinada especialidad (escala de 0% a 100%).
[9] El CENETEC cambió su denominación a Dirección General de Modernización del Sector Salud.
[10] El valor máximo que puede tomar la variable *uso promedio por categoría de equipo* es 100%, aunque la resolución de un caso promedio acumulada por cada subcategoría de equipo supere el 100%.
[11] Ver referencia 4.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

a los hospitales si su expediente clínico electrónico cuenta con certificación.[12] En caso afirmativo se solicitó especificar si el sistema cuenta con algunos de los catálogos oficiales referidos en la norma.

Por lo que tiene que ver con la telemedicina, se incluyó la variable $Telemed_i$. Para proveer servicios médicos a distancia se emplean tecnologías de la información y las comunicaciones. Se preguntó a los hospitales si hacen uso de estas tecnologías para realizar consultas, diagnósticos o cirugías a distancia y en tiempo real, ya fuera entre distintas áreas de un hospital, entre hospitales o al domicilio del paciente. Asimismo, se solicitó a los hospitales que especificaran con cuáles equipos cuentan en operación de entre un listado de las 15 tecnologías comúnmente utilizadas en atención médica a distancia.

La estimación del puntaje del dominio tecnología ($Puntaje\ Tecno_i$) del hospital *(i)* se estima como la suma ponderada de los puntajes normalizados de equipamiento básico ($Puntaje\ EquipBas_i$), equipo médico especializado ($Puntaje\ EquipEsp_i$), la disponibilidad de un Expediente Clínico Electrónico en funcionamiento (ECE_i) y la disponibilidad del servicio de telemedicina ($Telemed_i$) a través de la siguiente ecuación:

$$Puntaje\ Tecno_i = (0.30 * Puntaje\ EquipBas_i) + (0.60 * Puntaje\ EquipEsp_i) + (0.08 * ECE_i) + (0.02 * Telemed_i)$$

3.2.3. Indicadores y estimación del puntaje de procesos

Los indicadores considerados en este dominio están relacionados con procesos y servicios hospitalarios que resultan en una atención médica de alta calidad, incluyendo la transparencia de la información proporcionada por los hospitales acerca de sus servicios de hospitalización.

Para medir el grado de desempeño de un hospital en este dominio, se consideró un conjunto de indicadores que dan una señal clara y robusta de que la forma en que opera el hospital está enfocada en asegurar la seguridad del paciente y al cumplimiento de buenas prácticas y estándares de calidad.

Para verificar que efectivamente el hospital cumple con la regulación sanitaria ($RegSan_i$) vigente, se solicitó a los hospitales enviar evidencia fotográfica de las licencias sanitarias que, por norma, deben estar exhibidas al público: licencias de actos quirúrgicos, de servicio de rayos X, de farmacia, de banco de sangre en servicio de transfusión y el aviso de responsable sanitario del banco de sangre. Con el fin de conocer los esfuerzos para garantizar la seguridad del paciente ($SegPac_i$), se preguntó a los hospitales si contaban con protocolos o políticas de identificación y

[12] Certificación se refiere, en el contexto del ECE, al cumplimiento de la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

comunicación con el paciente, de control de medicamentos, de cirugías seguras, de reducción de riesgos de infecciones asociadas a la atención de la salud, o de caídas o lesiones por presión; asimismo, si cuentan con sistemas de gestión de la calidad, o un programa de optimización de uso de antimicrobianos.

También se le preguntó al hospital si cuenta con acreditaciones internacionales ($Acredint_i$), particularmente de *Joint Commission International*, *Acreditation Canada*, *Canadian Healthcare Council o* si tiene un laboratorio acreditado por el *College of American Pathologists;* las acreditaciones internacionales se complementan con las ofrecidas por el *Consejo Latinoamericano de Calidad en Salud* y la correspondiente a la norma *ISO 7101:2023, Sistemas de gestión de calidad en organizaciones de atención médica*.

Por lo que tiene que ver con las acreditaciones nacionales ($Acrednac_i$), se preguntó a los hospitales si cuentan con las siguientes: certificación del *Consejo de Salubridad General*, Certificación del personal de enfermería por el *Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería A.C.*, *Denominación como Hospital Seguro*, Certificación de *Sistema de Gestión ISO 9001:2015*, *Distintivo ESR* (Empresa Socialmente Responsable) y *Distintivo H* para establecimientos fijos de alimentos y bebidas. Entre éstas, se dio mayor peso a aquellas acreditaciones nacionales relacionadas específicamente con la atención médica.

La valoración de las acreditaciones y certificaciones reconoce, además de su vigencia, el nivel alcanzado por el hospital en ellas. Así, en el caso de Accreditation Canada se distingue entre los niveles Gold, Platinum y Diamond, mientras que en el del Canadian Healthcare Council se considera el ciclo de certificación en el que se encuentra el hospital (del primero al cuarto ciclo), con un mayor reconocimiento para los niveles y ciclos más avanzados. La vigencia y el nivel de las acreditaciones se verificaron en los directorios públicos de cada organismo, consultados en agosto de 2026.

Asimismo, se preguntó si cuentan con un Código de Ética con una mención explícita de ausencia de incentivos a la sobreutilización de los servicios hospitalarios ($CodEtica_i$); si cuentan con protocolos mater, ictus e infarto ($Protocolos_i$); o si tienen un Comité de Mortalidad en funcionamiento ($ComMor_i$).

Adicionalmente, el cuestionario incorpora reactivos sobre el grado de desarrollo e implementación de protocolos para programas de medición de la experiencia del paciente ($ExpPac_i$), fortaleciendo el enfoque centrado en el usuario.

Finalmente, para medir el grado de transparencia que un hospital tiene con sus pacientes y con la comunidad acerca de los servicios disponibles de hospitalización, se utilizó el indicador ($Transp_i$). De acuerdo con la literatura, este indicador, que consiste en el análisis, caracterización y evaluación de las páginas web de los hospitales, es un proxy para medir la calidad de los procesos hospitalarios. Para la construcción de ($Transp_i$) se tomaron en cuenta los criterios de

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

contenido, usabilidad, tecnología y privacidad/seguridad, todos ellos sustentados por la literatura.[13] En el Cuadro 3 se describen las características de cada uno de los criterios utilizados, así como los puntajes máximos correspondientes.

Cuadro 3. Características y puntajes máximos de los criterios de evaluación de la variable de transparencia

Criterio de evaluación	Características
Contenido (Puntaje máximo: 18)	Evalúa la existencia de información relevante para el usuario. Incluye información general del hospital, estructura hospitalaria e información del personal médico que labora en el hospital, información para el paciente y existencia de métricas de calidad relacionadas con el reporte público de la atención hospitalaria e información sobre la certificación/acreditación del hospital por parte de organismos externos, tanto nacionales como internacionales.
Usabilidad (Puntaje máximo: 3)	A grandes rasgos, este criterio mide la capacidad del sitio web para presentar información a sus consumidores de manera útil. Entre otros, se evalúa la facilidad de navegación en la página y la existencia de un micrositio en inglés.
Tecnología (Puntaje máximo: 2)	En este criterio se consideran aspectos técnicos relacionados con la funcionalidad y la confiabilidad de la página web, así como aquellos factores técnicos que pudieran tener un impacto directo en la utilidad general de la página web, tales como la velocidad de descarga de la misma.
Privacidad/seguridad (Puntaje máximo: 4)	Bajo este criterio se evalúa si la página web utiliza técnicas de encriptado (p. ej. https) y si el sitio web presenta avisos de privacidad y manejo de datos personales, avisos de términos de uso, así como un aviso de derechos y propiedad intelectual.

Fuente: Elaboración propia.

Con base en los criterios anteriores, se evaluaron las páginas web de los hospitales privados (siempre que éstas estuvieran disponibles). El puntaje recibido para cada hospital se calculó a partir de la suma de los puntos obtenidos en cada uno de los criterios de evaluación.

El puntaje del dominio de procesos $(Puntaje\ Proc_i)$ del hospital *(i)* se estima como la suma ponderada de los indicadores normalizados anteriormente descritos, a partir de la siguiente fórmula:

$$Puntaje\ Proc_i = (0.20 * RegSan_i) + (0.15 * SegPac_i) + (0.25 * Acredint_i) + (0.15 * Acrednac_i) + (0.10 * CodEtica_i) + (0.05 * ExpPac_i) + (0.03 * Protocolos_i) + (0.02 * ComMor_i) + (0.05 * Transp_i)$$

3.2.4. Indicadores y estimación del puntaje de resultados

Las variables utilizadas para estimar el puntaje del dominio de resultados reflejan los resultados en la salud de los pacientes como consecuencia de su hospitalización. En esta edición se incluyen dos indicadores: el número de infecciones en el hospital *(i)* por egreso hospitalario

[13] Ver referencias 5-10.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

($Tasa\ Infecc_i$), y el componente estimado a partir de la información de egresos hospitalarios ($EgreHosp_i$).

La información necesaria para construir el indicador de la tasa de infecciones, incluyendo los egresos hospitalarios de cada hospital utilizados como denominador para la construcción de tasas, se obtuvo de fuentes externas (siempre y cuando la información estuviera disponible) y/o directamente de los hospitales a partir del formulario. Todos los datos recabados corresponden al último año disponible.

En cuanto a la variable de evaluación con base en egresos hospitalarios, el Anexo A describe el proceso de limpieza y selección de información. Es relevante aclarar que, para efectos de la incorporación de indicadores de evaluación con base en egresos, en la presente edición no fue posible incorporar en el análisis el total de la información aportada por los hospitales. Todo hospital que participó activamente en este componente recibió puntos por el esfuerzo de generar y compartir de forma transparente su información, pero para fines de estimar indicadores de resultados y hacer la comparación entre hospitales se aplicaron procedimientos de limpieza y estandarización estadística que permitieran realizar una evaluación confiable.

Una vez llevado a cabo el procedimiento de limpieza y tratamiento de la información descrito en el Anexo A, se calcularon tres tipos de indicadores para nueve pares de especialidad/intervención o diagnóstico: promedio de días estancia, pertinencia tecnológica[14] y mortalidad, comprendidos en siete especialidades: angioplastia transluminal percutánea, en cardiología y cirugía del corazón; apendicectomía y colecistectomía, en gastroenterología y cirugía gástrica; parto e histerectomía subtotal-total (abdominal/vaginal), en ginecología y obstetricia; histerectomía radical (abdominal/vaginal), en oncología; artroscopía de rodilla, en ortopedia y traumatología; resección transuretral de próstata, en urología, y cetoacidosis diabética (diagnóstico), en endocrinología.

El Cuadro 4 muestra en qué casos se calcularon estos indicadores, así como los ponderadores correspondientes. La variable días de estancia promedio se calculó para nueve intervenciones o diagnósticos. Se construyeron indicadores de pertinencia tecnológica para cinco intervenciones (apendicectomía, colecistectomía, parto, histerectomía subtotal-total e histerectomía radical), mientras que la tasa de mortalidad hospitalaria se calculó para la intervención dentro de la especialidad de cardiología y cirugía del corazón (angioplastia transluminal percutánea).

Para asegurar la comparabilidad entre hospitales, los indicadores días estancia promedio y tasa de mortalidad hospitalaria se ajustaron utilizando el método de estandarización por edad, sexo, procedimiento y tamaño del hospital (con base en el número de camas), y se usó el total de egresos de los hospitales evaluados en este componente como población de referencia. Para

[14] Pertinencia tecnológica se refiere a la utilización de la intervención disponible con mejor resultado esperado para la salud del paciente, en este caso se consideran cirugías por laparoscopía vs cirugías abiertas y parto vaginal vs parto por cesárea.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

aquellas especialidades donde no se calcularon indicadores de pertinencia tecnológica o de mortalidad, la ponderación del promedio de días estancia se ajustó para sumar un 100%. Una vez integrados, los indicadores fueron normalizados para incorporarlos en el dominio resultados.

Cuadro 4. Indicadores incorporados para la evaluación con información por egresos hospitalarios

Especialidades seleccionadas	Selección de intervenciones médicas	Promedio de días estancia (ponderador)	Pertinencia tecnológica (ponderador)	Mortalidad hospitalaria (ponderador)
Gastroenterología y cirugía gástrica	Apendicetomía	Promedio de días estancia (50%)	% de egresos por laparoscopia (25%)	
	Colecistectomía		% de egresos por laparoscopia (25%)	
Ginecología y obstetricia	Parto	Promedio de días estancia (50%)	% de egresos por parto por cesárea (25%)	
	Histerectomía subtotal-total (abdominal/vaginal)		% de egresos por laparoscopia (25%)	
Oncología	Histerectomía radical (abdominal/vaginal)	Promedio de días estancia (50%)	% de egresos por laparoscopia (50%)	
Ortopedia y traumatología	Artroscopía de rodilla	Promedio de días estancia (100%)		
Cardiología y cirugía del corazón	Angioplastia transluminal percutánea (ATP)	Promedio de días estancia (50%)		Tasa de mortalidad (50%)
Urología	Resección transuretral de próstata (RTU-P)	Promedio de días estancia (100%)		
Endocrinología	Cetoacidosis diabética (diagnóstico)	Promedio de días estancia (100%)		

Fuente: Elaboración propia.

Para cada una de las siete especialidades consideradas se generó un puntaje con base en los indicadores y ponderadores listados en el cuadro anterior. El puntaje ($EgreHosp_i$) es la suma de los puntajes de las siete especialidades donde cada especialidad tuvo la misma ponderación, más un puntaje asignado por haber dado información de egresos para cualquiera de las especialidades inicialmente consideradas en este componente.[15]

[15] Los 99 hospitales que participaron activamente en este componente pudieron haber compartido información para una o más de las combinaciones de especialidad/intervención o diagnóstico solicitadas. Todos los hospitales que participaron activamente en este componente recibieron este puntaje por su participación, independientemente de la especialidad/intervención o diagnóstico para el cual hayan aportado información.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

El puntaje de resultados para cada hospital *(i)* se obtiene a partir de la suma ponderada de los indicadores normalizados descritos:

$$Puntaje\ Resul_i = (0.60 * (1 - Tasa\ Infecc_i)) + (0.40 * EgreHosp_i))$$

3.2.5. Indicadores y estimación del puntaje de percepción

El puntaje de percepción de cada hospital refleja directamente la percepción de usuarios, médicos especialistas, personal de enfermería y expertos del sector asegurador sobre la calidad hospitalaria, entendida ésta desde una perspectiva integral.

Para captar la *percepción de los usuarios* sobre la calidad de cada hospital, $PercPac_i$, se utilizaron los ratings otorgados por los usuarios en Google. Los puntajes de Google fueron ajustados por el número de reseñas de los hospitales en lo individual con respecto al conjunto de los 500 hospitales.

La *percepción de los médicos especialistas* se estimó a partir de los resultados de una encuesta electrónica. En ella, los médicos seleccionaron los hospitales privados que, en su opinión, tienen los mejores servicios (en general, así como los mejores servicios relacionados con su especialidad) tanto a nivel nacional como regional. La encuesta se aplicó a través del sitio web de Blutitude. Los médicos eligieron los hospitales a partir de un catálogo de alrededor de 600 hospitales privados construido con base en la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), mediante un campo de búsqueda con texto predictivo. Específicamente, se pidió a los médicos seleccionar un máximo de cinco hospitales a nivel nacional y, después de indicar la región habitual de su práctica médica (centro, metropolitana, noroeste, norte, occidente o sur), un máximo de tres hospitales de esa región.

Dado que el análisis de los resultados de la encuesta reveló una alta correlación entre los hospitales seleccionados por todos los médicos participantes y las distintas especialidades médicas (tanto a nivel nacional como regional), el número de menciones que recibió cada hospital se agregó a lo largo de las especialidades para obtener el total de menciones del hospital a nivel nacional. De igual forma, para obtener el número total de menciones de un hospital en cada una de las regiones, el número de menciones de un hospital por todos los médicos de una región se sumó a lo largo de las especialidades médicas.

A partir de la información anterior, la percepción de los médicos especialistas para cada hospital, $PercMéd2026_i$, se calcula como el máximo entre el número total de menciones que obtiene el hospital *(i)* a nivel ***nacional***, $(\#\ Menciones\ _i)$, y el número total de menciones que recibe el hospital *(i)* por parte de los médicos especialistas cuya práctica médica se ubica en la región *(j)* $(\#\ Menciones\ Reg(j)\ _i)$:

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

$$PercMéd2026_i = \max(\#\ Menciones_i, \#\ Menciones\ Reg(j)_i)$$

Además, con el fin de hacer más robusto el parámetro se utilizaron de manera agregada los resultados de las encuestas de 2024 ($PercMéd2024_i$), 2025 ($PercMéd2025_i$) y 2026 ($PercMéd2026_i$); por lo tanto, la percepción de los médicos especialistas para esta edición se calculó como el valor normalizado del promedio ponderado de los resultados de las tres encuestas:

$$PercMéd_i = (0.60 * PercMéd2026_i) + (0.30 * PercMéd2025_i) + (0.10 * PercMéd2024_i)$$

La *percepción del personal de enfermería* se determinó a partir de los resultados de una encuesta electrónica. En ella, personal de enfermería seleccionó a los hospitales privados que, en su opinión, tienen los mejores procesos de atención tanto a nivel nacional como regional. Al igual que en la encuesta a médicos, la selección se realizó a partir del catálogo de alrededor de 600 hospitales privados construido con base en la CLUES, mediante un campo de búsqueda con texto predictivo. Específicamente, se solicitó al personal de enfermería seleccionar un máximo de cinco hospitales a nivel nacional y, después de indicar la región de su hospital (centro, metropolitana, noroeste, norte, occidente o sur), un máximo de tres hospitales de esa región.

A partir de esta información, la percepción del personal de enfermería para cada hospital *(i)*, $PercEnf2026_i$, se calcula como el máximo entre el número total de menciones que obtiene el hospital *(i)* a nivel *nacional*, ($\#\ Menciones_i$), y el número total de menciones que recibe el hospital *(i)* por parte del personal de enfermería en la región *(j)* ($\#\ Menciones\ Reg(j)_i$):

$$PercEnf2026_i = \max(\#\ Menciones_i, \#\ Menciones\ Reg(j)_i)$$

Finalmente, la percepción de la calidad hospitalaria desde el punto de vista del *sector asegurador* se estimó a partir de una encuesta en la que actores clave de varias empresas aseguradoras, seleccionaron, a partir del mismo catálogo de hospitales privados, hasta cinco hospitales privados que, de acuerdo con su experiencia y opinión, brindan los servicios de la más alta calidad a nivel nacional. De manera similar, los representantes de la industria aseguradora identificaron hasta tres hospitales que, desde su perspectiva, ofrecen los servicios de la más alta calidad en cada una de las seis regiones del país: centro, metropolitana, noroeste, norte, occidente y sur.

La percepción normalizada por parte del sector asegurador, $PercAseg_i$, se calculó como el máximo entre el número total de menciones que obtiene el hospital *(i)* a nivel *nacional*, ($\#\ MencionesAseg_i$), y el número total de menciones que recibe el hospital *(i)* en la región *(j)*, ($\#\ Menciones\ RegAseg(j)_i$).

$$PercAseg_i = \max(\#\ MencionesAseg_i, \#\ Menciones\ RegAseg(j)_i)$$

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

A partir de la percepción de estos actores clave del sector hospitalario (pacientes, médicos especialistas, enfermeras y aseguradoras), el puntaje de percepción para cada hospital *(i)*, $Puntaje\ Perc_i$, se calculó de la siguiente manera:

$$Puntaje\ Perc_i = (0.30 * PercPac_i) + (0.50 * PercMéd_i) + (0.10 * PercEnf2026_i) + (0.10 * PercAseg_i)$$

en donde:

$PercPac_i$= valor normalizado del puntaje de percepción (ajustado) de los pacientes sobre el hospital (*i*).

$PercMéd_i$ = valor normalizado del promedio ponderado del máximo número de menciones del hospital (*i*) por parte de médicos especialistas en 2024, 2025 y 2026.

$PercEnf2026_i$ = valor normalizado del máximo número de menciones del hospital (*i*) por parte de personal de enfermería en 2026.

$PercAseg_i$ = valor normalizado del máximo número de menciones del hospital (*i*) por parte de integrantes del sector asegurador en 2026.

4. Evaluación del desempeño hospitalario por especialidad

El análisis por especialidad consideró solo aquellos hospitales que demostraron tener las condiciones mínimas para ofrecer el servicio en cada especialidad, con base en los niveles de especialistas certificados (tener al menos un médico certificado por especialidad) y/o enseñanza médica (contar con al menos un médico residente en la especialidad), así como información del equipo médico especializado del que dispone.

4.1. Componentes de evaluación por especialidad y ponderadores

El puntaje general para cada especialidad por hospital está determinado con base en cuatro dominios: (i) *talento* que integra el número de médicos certificados por especialidad, el número de certificaciones promedio por médico especialista adscrito al hospital, la presencia de actividades de enseñanza y la cobertura de subespecialidades relevantes del servicio; (ii) *tecnología* que considera el uso y resolución del equipo médico especializado necesario para resolver un caso promedio por especialidad; (iii) *percepción* que mide la opinión de los médicos especialistas por especialidad; y (iv) *resultados* que integra indicadores construidos a partir de la información de egresos hospitalarios. Este último dominio solamente aplica en esta edición del ranking para siete especialidades médicas: cardiología y cirugía del corazón, endocrinología, gastroenterología y cirugía gástrica, ginecología y obstetricia, oncología, ortopedia y traumatología, y urología.

El *puntaje general* para cada hospital *(i)* en la especialidad *(j)* es igual a la suma ponderada de los puntajes *normalizados* estimados en cada uno de los dominios para cada especialidad *(j)*:

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

$$Puntaje\ General_{ij} = (PondTal_j \times Puntaje\ Tal_{ij}) + (PondTecno_j \times Puntaje\ Tecno_{ij}) + (PondPerc_j \times Puntaje\ Perc_{ij}) + (PondResult_j \times Puntaje\ Result_{ij})$$

en donde:
$PondTal_j$= Ponderador de *talento* para la especialidad *j*
$Puntaje\ Tal_{ij}$= Puntaje normalizado de *talento* del hospital *i* para la especialidad *j*
$PondTecno_j$= Ponderador de *tecnología* para la especialidad *j*
$Puntaje\ Tecno_{ij}$= Puntaje normalizado de *tecnología* del hospital *i* para la especialidad *j*
$PondPerc_j$= Ponderador de *percepción* para la especialidad *j*
$Puntaje\ Perc_{ij}$ = Puntaje normalizado de *percepción* del hospital *i* para la especialidad *j*
$PondResultj$ = Ponderador de *resultados* para la especialidad *j*
$Puntaje\ Result_{ij}$= Puntaje normalizado de *resultados* del hospital *i* para la especialidad *j*

Nótese que los puntajes de los hospitales por dominio se encuentran *normalizados*. Como resultado, el puntaje por dominio mostrado en las tablas de ranking por especialidad tiene una escala de 0 a 100, de tal forma que al hospital con el mejor desempeño por dominio se le asigna un puntaje de 100.

Esto implica que, al ser valores normalizados, los puntajes por dominio mostrados en cada ranking no necesariamente corresponden a un valor absoluto sino a un valor relativo con respecto al hospital con el valor máximo en la distribución de los puntajes originales de los hospitales evaluados en ese año. Por lo tanto, tratar de comparar para un mismo hospital los puntajes por dominio para cada especialidad entre las distintas ediciones del ranking no es estrictamente válido. La interpretación más correcta de estos puntajes por dominio normalizados es que en un año dado, el puntaje de un hospital refleja la brecha que guarda con respecto al puntaje máximo observado en ese mismo año.

En el Cuadro 5 se presentan los *ponderadores* por dominio y especialidad utilizados en la estimación del puntaje final por especialidad. En promedio, el dominio de talento se pondera en 45% y tecnología en 35%. Los ponderadores específicos por especialidad difieren según la intensidad relativa de uso entre talento médico y tecnología en la resolución de un caso promedio de cada especialidad. El dominio de percepción se pondera en 10% en las siete especialidades en las que es posible estimar el dominio de resultados; para el resto de las especialidades, el dominio de percepción se pondera en 20%. Finalmente, el dominio de resultados se pondera en 10% para las siete especialidades en las que se considera este dominio.

La intensidad de uso de tecnología por especialidad se establece a partir de la asociación entre las *causas* de egreso hospitalario en el sector privado y los principales padecimientos definidos con base en las Guías de Práctica Clínica (GPC) mexicanas. A partir de esta asociación egreso hospitalario-padecimiento, se define el(los) equipo(s) médico(s) recomendado(s) para el diagnóstico y tratamiento por padecimiento. De esta manera se aproximan tres grados de intensidad de uso de tecnología: (i) *muy alta* en especialidades como medicina crítica o

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

neurología y neurocirugía; (ii) *media* en especialidades como cardiología y cirugía del corazón, neumología, ginecología y obstetricia, o pediatría; y (iii) *baja* en especialidades como cirugía plástica y reconstructiva.

Cuadro 5. Ponderadores por dominio para la evaluación del desempeño hospitalario por especialidad

Especialidad	Talento (%)	Tecnología (%)	Percepción (%)	Resultados (%)
1. Cardiología y cirugía del corazón	45	35	10	10
2. Cirugía plástica y reconstructiva	50	30	20	n.a
3. Endocrinología	50	30	10	10
4. Gastroenterología y cirugía gástrica	40	40	10	10
5. Ginecología y obstetricia	45	35	10	10
6. Medicina crítica	35	45	20	n.a
7. Medicina de urgencias	45	35	20	n.a
8. Nefrología	40	40	20	n.a
9. Neumología	40	40	20	n.a
10. Neurología y neurocirugía	35	45	20	n.a
11. Oncología	35	45	10	10
12. Ortopedia y traumatología	45	35	10	10
13. Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello	45	35	20	n.a
14. Pediatría	45	35	20	n.a
15. Urología	45	35	10	10

n.a.= No aplica.
Fuente: Elaboración propia.

En el Cuadro 5 se puede observar que las especialidades que son más intensivas en tecnología como medicina crítica o neurología y neurocirugía tienen un mayor ponderador en este componente. Cirugía plástica y reconstructiva es menos intensiva en tecnología por lo que talento humano tiene un mayor peso en ese caso. Los ponderadores fueron revisados y validados por el Comité de Expertos como parte del proceso de retroalimentación de la metodología.

4.1.1. Estimación del puntaje de talento por especialidad

El puntaje de talento $(Puntaje\ Tal_{ij})$ del hospital *(i)* para la especialidad *(j)* se estima a partir del número de médicos certificados $(MedCert_{ij})$ ajustado por las certificaciones promedio por médico adscrito al hospital $(TasaCert_{ij})$, más un incremento equivalente al porcentaje de cobertura de subespecialidades relevantes del servicio $(CobSubesp_{ij})$, más un incremento del 10% del *valor normalizado* del número de residentes por especialidad *(j)* en el hospital *(i)* $(Enseñanza_{ij})$:

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

$$Puntaje\ Tal_{ij} = \left(MedCert_{ij} * \ TasaCert_{ij}\ \right) * \left(1 + CobSubesp_{ij}\right) * \ \left(1.10 \ * \ Enseñanza_{ij}\right)$$

en donde:

$$TasaCert_{ij} = {Certificaciones_{ij}}/{MedCert_{ij}}$$

$Certificaciones_{ij}$= *Certificaciones médicas* totales del hospital *(i)* para la especialidad *(j).*

Las subespecialidades relevantes por especialidad se definen a partir del *Listado de especialidades médicas y capítulos del CONACEM.*[16] La cobertura de subespecialidades se mide como el porcentaje de las subespecialidades cubiertas con médicos especialistas certificados respecto al total de subespecialidades relevantes de cada especialidad.

4.1.2. Estimación del puntaje de tecnología por especialidad

El puntaje de tecnología integra el uso promedio por cada categoría de equipo médico especializado[17] *(k)* para el diagnóstico y tratamiento en la especialidad *(j)* y la *resolución* por cada subcategoría de equipo médico especializado *(l)* que posee el hospital *(i)* para resolver un caso promedio para la especialidad *(j)*. Para el análisis se consideran 20 categorías *(k)* y 57 subcategorías *(l)* de equipo médico especializado. Las aplicaciones más comunes por categoría de equipo médico se establecieron a partir de fuentes nacionales e internacionales, opinión de expertos y literatura clínica.[18]

El puntaje de tecnología $\left(Puntaje\ Tecno_{ij}\right)$ del hospital *(i)* para la especialidad *(j)* se estimó como el *valor normalizado* del uso promedio por categoría de equipo médico especializado[19] $\left(\overline{UsoEquipoEsp_{kıj}}\right)$ multiplicado por la suma producto de la matriz de resolución $\left[Resolución_{lij}\right]$ por subcategoría de equipo médico *(l)* del hospital *(i)* para la especialidad *(j)*:

$$Puntaje\ Tecno_{ij} = \overline{UsoEquipoEsp_{kıj}} \times \left[Resolución_{lij}\right]$$

La resolución de un caso promedio por subcategoría de equipo es una medida establecida por el equipo de ingeniería biomédica y validada por el Comité de expertos a partir de las aplicaciones más comunes y la intensidad de uso por cada categoría de equipo médico especializado. Se refiere a la relevancia por cada subcategoría de equipo en la atención de un caso promedio por especialidad en una escala de 0% a 100%.

---

[16] Ver Anexo B.

[17] La variable *uso promedio por categoría de equipo médico especializado* corresponde al número total de pacientes por cada 10 que suelen usar la categoría de equipo médico especializado para el diagnóstico y/o tratamiento en una determinada especialidad.

[18] Ver referencias 11-18.

[19] El valor máximo que puede tomar la variable *uso promedio por categoría de equipo médico especializado* es el 100% de su valor, aunque la resolución de un caso promedio acumulada por cada subcategoría de equipo supere el 100%.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

4.1.3. Estimación del puntaje de percepción

El puntaje de percepción refleja la opinión de médicos especialistas en torno al desempeño hospitalario por especialidad como una variable *proxy* de la calidad técnica de la atención hospitalaria.

El puntaje para percepción es el *valor normalizado* de la suma ponderada del número total de menciones en las encuestas anónimas realizadas a médicos especialistas en los años 2024, 2025 y 2026 para los hospitales que fueron elegidos como los mejores –de una lista acotada de hospitales– en cada una de las especialidades. Para mayor detalle de la estimación del puntaje del indicador percepción de médicos especialistas, ver sección 3.2.5.

4.1.4. Estimación del puntaje de resultados

El puntaje de resultados se construyó a partir de la información de egresos hospitalarios proporcionada por los hospitales. Los aspectos de tratamiento de la información, selección de diagnósticos o intervenciones y construcción de indicadores, se describen en el Anexo A.

El puntaje de resultados para cada una de las siete especialidades médicas donde se incluyó este componente considera indicadores relacionados con días de estancia hospitalaria promedio, pertinencia tecnológica y/o tasa de mortalidad. El detalle de los indicadores y ponderadores utilizados se muestra en el Cuadro 4.

5. Consideraciones sobre el análisis del desempeño

El *Ranking de Hospitales Privados de México 2026* permite realizar un análisis comparativo del desempeño a partir de una combinación de diversas fuentes de información, externas y del propio hospital, así como a partir de la opinión calificada de los propios expertos clínicos. No obstante, como todo ejercicio de esta naturaleza, es susceptible de mejorar.

En esta edición se profundizó el esfuerzo en mejorar la calidad de la información disponible gracias a la mayor apertura de los hospitales que decidieron participar activamente para transparentar su información. No obstante, una premisa que rige el análisis es priorizar las fuentes de información externas, así como corroborar, validar y examinar el grado de consistencia de la información recibida por parte de los hospitales antes de tomar la decisión de incorporarla a la medición.

La metodología descrita en este documento es una primera aproximación al desempeño hospitalario. Uno de los retos que siguen presentes es mejorar la calidad y cobertura de la información de los hospitales medianos y pequeños. Asimismo, para esta edición se hace hincapié en el sentido de profundizar en las medidas de resultados sobre las condiciones de salud de los pacientes. En ese sentido, gracias a la disposición y transparencia de 99 hospitales privados, se incorporaron una serie de indicadores de resultados estimados a partir de

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

información de egresos hospitalarios. Esto permitirá seguir explorando esta fuente de información como una posibilidad para robustecer el dominio de resultados. Sin embargo, para ampliar la participación de hospitales y especialidades con base en información egresos, se requerirá aún de mayores esfuerzos conjuntos para mejorar la calidad de la información, así como homologar los reportes de egresos de los hospitales privados participantes. En ese sentido, se mantiene la aspiración de ampliar y profundizar en este nuevo componente de evaluación en el dominio de resultados e incrementar paulatinamente el peso de los indicadores en la evaluación del desempeño.

Con la metodología empleada se logra medir una serie de aspectos de la actividad que genera egresos hospitalarios con un enfoque de calidad técnica. No obstante, esto no refleja la totalidad de la actividad que se lleva a cabo en los hospitales. Sigue pendiente medir y evaluar una gran cantidad de actividad hospitalaria que no genera egresos hospitalarios, por ser de corta estancia o ambulatoria. Asimismo, esta metodología no está dirigida a captar la experiencia del paciente u otros atributos de la calidad interpersonal que pudieran ser también relevantes.

Finalmente, para algunas variables, como es el caso del componente de *talento*, la metodología no hace ningún ajuste por el tamaño de la ciudad o el estado al que pertenece el hospital. Por lo tanto, no se analiza la relación entre la suficiencia de médicos especialistas certificados y el tamaño del mercado al que atiende. A futuro, sería deseable contar con parámetros que permitan ajustar por tamaño de ciudad con base en estándares de suficiencia de recursos humanos.

6. Conclusiones

En su séptima edición, el ranking sobre los mejores hospitales privados del país se consolida como un punto de partida para motivar una mayor transparencia y competitividad en el sector hospitalario nacional, bajo la premisa de que solamente se puede mejorar aquello que se puede medir y comparar. Es importante mencionar que, sin perder comparabilidad entre años en términos de posiciones relativas, la metodología podrá ser renovada y deberá mejorar conforme se disponga de información más completa y confiable.

Se espera que este ejercicio siga renovándose periódicamente y permita a los pacientes orientar sus decisiones de dónde atenderse, y a los hospitales beneficiarse de una sana comparación que genere incentivos suficientes para mejorar.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

7. Referencias

1 Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Recursos en Salud. Datos Abiertos. Consultado el 13 de agosto del 2026. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html

2 INEGI. Estadísticas de salud en establecimientos particulares. Consultado el 13 de agosto del 2026. Disponible en: www.inegi.org.mx/programas/salud/#Tabulados

3 Donabedian, A., Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Q. (1966); 44(3)(suppl):166-206. Reprinted in Milbank Q. 2005;83(4):691-729.

4 Entzeridou, E., Markopoulou, E., & Mollaki, V. (2018). Public and physician's expectations and ethical concerns about electronic health record: Benefits outweigh risks except for information security. *International Journal of Medical Informatics*, *110*, 98-107.

5 Alhuwail D, AlMeraj Z, Boujarwah F. Evaluating hospital websites in Kuwait to improve consumer engagement and access to health information: a cross-sectional analytical study. BMC Medical Informatics and Decision Making, 2018;18:82. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12911-018-0660-4

6 Farrahi R, Gilasi H, Khademi S, Chopannejad S. Towards a Comprehensive Quality Evaluation Model for Hospital Websites. Acta Inform Med, 2018;26(4): 274-279. Disponible en: 10.5455/aim.2018.26.274-279

7 Jeddi FR, Gilasi H, Khademi S. Evaluation models and criteria of the quality of hospital websites: a systematic review study. Electronic Physician, 2017; 9(2): 3786-3793. Disponible en: http://dx.doi.org/10.19082/3786.

8 Sarantis D, Soares DS. Literature on Website Evaluation in Health Sector. 10th IADIS International Conference Information Systems, 2017.

9 Huerta TR, Hefner JL, Ford EW, McAlearney AS, Menachemi N. Hospital Website Rankings in the United States: Expanding Benchmarks and Standards for Effective Consumer Engagement. J Med Internet Res, 2014;16(2):e64. Disponible en: http://www.jmir.org/2014/2/e64/.

10 International Ranking Expert Group. Berlin Principles on Ranking of Higher Education Institutions. 2006. Disponible en: http://www.che.de/downloads/Berlin_Principles_IREG_534.pdf

11 Anand SS, Singh H, Dash AK. Clinical Applications of PET and PET-CT. (2009) Med J Armed Forces India; 65(4):353-358.

12 International Atomic Energy Agency (IAEA). Nuclear Cardiology: Its Role in Cost Effective Care. IEA Human Health Series No. 18. Disponible en: www.iaea.org/Publications/index.html

14 International Atomic Energy Agency (IAEA). Cancer treatment: Radiotherapy. Disponible en: //www.iaea.org/topics/cancer-treatment-radiotherapy

14 Secretaría de Salud. Cédula de especificaciones Técnicas. Cenetec: Ciudad de México; Secretaría de Salud. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/biomedica/cet.html

15 Secretaría de Salud. Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica. Cenetec: Ciudad de México; Secretaría de Salud. Disponible en: www.cenetec-difusion.com/gpc-sns/?cpage=58

16 Consejo de Salubridad General. Compendio Nacional de Insumos para la Salud Libro de Instrumental y Equipo Médico, Tomo II Equipo Médico, Edición 2021.Diario Oficial de la Federación, 28 de junio de 2021. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/2021/CSG/CSG_280621.pdf

17 Secretaría de Salud. Guías Tecnológicas. Cenetec: Ciudad de México; Secretaría de Salud. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/biomedica/gtecnologias.html

18 World Health Organization. Radiation - Guidance. Disponible en: //www.who.int/health-topics/radiation

19 Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM). Directorio de especialistas certificados — Consejos miembros del Sistema Nacional de Certificación de Médicos Especialistas. Última actualización consultada: agosto de 2026. Disponible en: https://www.conacem.org.mx/

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

Anexo A. Evaluación por egresos hospitalarios como parte del ranking

Un paso muy importante en la evolución del ranking ha sido la incorporación en el dominio de resultados de un nuevo y valioso componente de evaluación con base en la información de egresos hospitalarios. Esto fue posible gracias a la entusiasta participación de 99 hospitales que, de forma decidida, aportaron la información de egresos para un conjunto de especialidades-procedimientos y/o diagnóstico.[20]

Evaluar el desempeño hospitalario a través de la información de egresos hospitalarios representa el estándar de oro al cual se aspira. El egreso hospitalario es un poderoso resumen de las actividades realizadas por el hospital en el transcurso del internamiento de sus pacientes y constituye un elemento fundamental para la evaluación *directa* del desempeño.

En el *Ranking de Hospitales Privados de México*, tal como se le conoce hoy en día, la evaluación preponderante de la actividad hospitalaria se realiza con base en indicadores *indirectos*, construidos con fuentes de información externa como es el gobierno, certificadoras y acreditadoras, y con información que proporcionan los propios hospitales. La evaluación indirecta es una excelente alternativa para informar sobre características específicas de la operación hospitalaria. Sin embargo, al ser complementada con indicadores directos, como los construidos con información de egresos hospitalarios, es posible reflejar de mejor manera la complejidad de la actividad hospitalaria. Por tal motivo, se mantiene la aspiración de mantener y profundizar este nuevo componente de evaluación de egresos dentro del dominio de resultados e incrementar paulatinamente el peso de los indicadores directos en la evaluación.

No obstante, contar con una base robusta y comparable de información por egresos es un reto significativo, especialmente en el sector privado en México. Lo anterior debido a que cada hospital tiene su propio sistema de información y, a diferencia de lo que ocurre en el sector público, no suelen aplicarse de forma generalizada los estándares de registro de la actividad hospitalaria ni su codificación clínica, conforme a las normas estándar de clasificación y criterios de reporte de la información. Esto resulta en una base de información heterogénea y con distintos niveles de detalle entre los hospitales privados. Es relevante aclarar que, para efectos de incorporar indicadores de evaluación con base en egresos en la presente edición, tal como sucedió en la edición anterior, no fue posible incorporar el total de la información aportada por los hospitales en el análisis; y si bien, todo hospital participante recibió puntos por el esfuerzo de generar y compartir su información, para fines de comparación entre hospitales se aplicaron también procedimientos de limpieza y estandarización estadística que permitieran una evaluación confiable.

Contar con mayor disponibilidad de información detallada de los egresos hospitalarios abre la posibilidad para mejorar la efectividad, eficiencia y seguridad del sistema hospitalario privado. Es por esto que, en la presente edición del ranking, destaca lo siguiente:

[20] La información de egresos de cada hospital se recibió **anonimizada** para salvaguardar la confidencialidad de la información.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

- 99 hospitales aportaron información de egresos. Esto refrenda un hecho sin precedente en México, no sólo en términos de transparencia, sino de voluntad para participar en un análisis comparativo de esta naturaleza. Agradecemos la confianza de todos los hospitales participantes en este ejercicio.
- Los hospitales que aportaron información de egresos se identifican en el ranking con el distintivo: ⭐ como reflejo de su compromiso con la transparencia y su confianza en el ranking como un mecanismo que puede ser de utilidad para coadyuvar a sus esfuerzos de mejora continua de la calidad.

Con el fin de motivar la incorporación de más hospitales en la evaluación de egresos y de incrementar el volumen y la calidad de los datos, en ediciones futuras continuará el trabajo conjunto con los hospitales para revisar la información y brindar elementos que permitan mejorar la calidad de ésta.

Metodología Blutitude© para incorporar los egresos hospitalarios en el dominio de resultados de los rankings por especialidad y general

1. Datos y criterios de selección

Los registros utilizados provienen de las bases de datos de egresos hospitalarios proporcionadas por las instituciones participantes, conforme a la solicitud de información y a los procedimientos incluidos en el análisis. Se realizó un proceso de limpieza y homologación que incluyó la revisión de la codificación clínica de diagnósticos y procedimientos, con el fin de asegurar consistencia y comparabilidad entre hospitales.

Para la inclusión de egresos en cada especialidad se aplicaron los siguientes criterios:

- Contar con al menos 30 egresos en la especialidad evaluada.
- Incluir únicamente pacientes con edad mayor a 12 años y menor a 100.
- Considerar egresos con una estancia hospitalaria mínima de un día.

A partir de los registros seleccionados se calcularon tres indicadores principales:

1. Promedio de días de estancia
2. Pertinencia tecnológica
3. Tasa de mortalidad

La pertinencia tecnológica se definió como el uso de la intervención con mejor expectativa de resultado para el paciente, considerando comparaciones como laparoscopía vs. cirugía abierta y parto vaginal vs. cesárea.

2. Estandarización de indicadores

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

Con el propósito de mejorar la comparabilidad entre hospitales, los indicadores de días de estancia y mortalidad fueron ajustados mediante un método de estandarización por edad, sexo, tipo de procedimiento y tamaño del hospital. Este último se clasificó en tres categorías: hospitales chicos (≤25 camas), medianos (26–49 camas) y grandes (≥50 camas).

La población estándar utilizada corresponde al total de egresos de los hospitales incluidos en el análisis. El proceso de estandarización por estratificación siguió cuatro pasos (cuadro 1):

1. **Construcción de estratos:** Se divide la población en estratos. Cada estrato representa un grupo conformado por egresos de pacientes que tienen en común la edad, sexo, procedimiento y tamaño del hospital donde fueron atendidos. De esta forma, se obtuvo la suma de egresos para cada combinación de edad, sexo, procedimiento y tamaño del hospital, conformando así los estratos de referencia.
2. **Cálculo de indicadores crudos:** Para cada hospital se estimaron los indicadores crudos (días de estancia y defunciones) dentro de cada estrato.
3. **Cálculo de indicadores esperados:** Se multiplicó el indicador crudo de cada hospital por el tamaño del estrato en la población estándar.
4. **Obtención del indicador estandarizado:** Se dividió la suma de los valores esperados entre el total de la población estándar.

Cuadro 1. Proceso de estandarización estratificada.

Estrato s	Población estándar N_s	Hospital 1		Hospital 2		…	Hospital M	
		Indicador crudo $T_{s,1}$	Indicador esperado $N_s T_{s,1}$	Indicador crudo $T_{s,2}$	Indicador esperado $N_s T_{s,2}$		Indicador crudo $T_{s,M}$	Indicador esperado $N_s T_{s,M}$
1	N_1	$T_{1,1}$	$N_1 T_{1,1}$	$T_{1,2}$	$N_1 T_{1,2}$	…	$T_{1,M}$	$N_1 T_{1,M}$
2	N_2	$T_{2,1}$	$N_2 T_{2,1}$	$T_{2,2}$	$N_2 T_{2,2}$	…	$T_{2,M}$	$N_2 T_{2,M}$
…	…	…	…	…	…	…	…	…
K	N_K	$T_{K,1}$	$N_K T_{K,1}$	$T_{K,2}$	$N_K T_{K,2}$	…	$T_{K,M}$	$N_K T_{K,M}$
Totales	$\sum N_s$	—	$\sum N_s T_{s,1}$	—	$\sum N_s T_{s,2}$	…	—	$\sum N_s T_{s,M}$
Indicador estandarizado	—	—	$T'_1 = \frac{\sum N_s T_{s,1}}{\sum N_s}$	—	$T'_2 = \frac{\sum N_s T_{s,2}}{\sum N_s}$	…	—	$T'_M = \frac{\sum N_s T_{s,M}}{\sum N_s}$

La fórmula general utilizada es:

$$T'_h = \frac{\sum_{s=1}^{K} N_s \cdot T_{s,h}}{\sum_{s=1}^{K} N_s}$$

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

donde:

- $h = 1,2,\dots,M$= hospitales
- $s = 1,2,\dots,K$= estratos (combinaciones de factores)
- N_s= tamaño del estrato en la población estándar común
- $T_{s,h}$= indicador crudo del hospital h en el estrato s
- T'_h= indicador estandarizado del hospital h

3. Puntos de referencia (*Benchmarks*) por especialidad

Para cada especialidad se definió un punto de referencia basado en el percentil 25 de la distribución del indicador correspondiente. A partir de este *benchmark* se construyó un índice que asigna un valor de 1 a los hospitales cuyo indicador es menor o igual al *benchmark*, y un valor decreciente para aquellos que lo superan.

El índice se expresa como:

$$\text{Índice}_i = \begin{cases} 1, & \text{si } X_i \leq B \\ 1 + \dfrac{(X_i - B)(0.5 - 1)}{(\max X - B)}, & \text{si } X_i > B \end{cases}$$

donde X_i es el indicador del hospital i y B el *benchmark*.

4. Índices para el dominio de resultados de los rankings por especialidad y general

Para obtener un puntaje por desempeño por especialidad a cada indicador se le asignó un ponderador y se calculó el índice normalizado.

$$Desempeño\ Esp_j = (p1 * indicador_1) + (p2 * indicador_2) + \cdots + (pn * indicador_n)$$

donde:

- $Desmpeño\ Esp_j$= Puntaje por desempeño de la especialidad *j*
- $p1,\ p2, \dots,\ pn$ = Ponderadores de cada indicador dentro de la especialidad *j*
- $indicador_1, indicador_1, \dots, indicador_n$ = indicadores por especialidad *j*

La calificación final por especialidad se compone de dos elementos con igual ponderación:

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

- el desempeño en los indicadores estandarizados, y
- la entrega de información, otorgada independientemente del número de registros.

Con base en ello se generan los índices normalizados utilizados en los rankings por especialidad.

Para integrar los resultados en el ranking general se calculó un índice normalizado que asigna la misma ponderación a cada especialidad evaluada en el dominio de resultados.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

Anexo B. Especialidades y subespecialidades consideradas en la evaluación del desempeño hospitalario por especialidad

Especialidad	Subespecialidad
Cardiología y cirugía del corazón	1. Cardiología clínica 2. Cardiología intervencionista 3. Cardiología intervencionista en cardiopatías congénitas 4. Cirugía cardiaca en adultos 5. Cirugía cardiotorácica 6. Ecocardiografía adultos 7. Electrofisiología 8. Medicina nuclear cardiológica 9. Rehabilitación cardiaca 10. Rehabilitación cardiaca y prevención secundaria
Cirugía plástica y reconstructiva	1. Cirugía plástica, estética y reconstructiva
Endocrinología	1. Endocrinología
Gastroenterología y cirugía gástrica	1. Cirugía del aparato digestivo 2. Endoscopía del aparato digestivo 3. Endoscopía gastrointestinal 4. Gastroenterología
Ginecología y obstetricia	1. Biología de la reproducción humana 2. Ginecología y obstetricia 3. Medicina materno fetal 4. Urología ginecológica
Medicina crítica	1. Medicina crítica 2. Medicina crítica en obstetricia
Medicina de urgencias	1. Medicina de urgencias
Nefrología	1. Nefrología
Neumología	1. Broncoscopía intervencionista 2. Endoscopía torácica 3. Fisiología respiratoria 4. Neumología 5. Rehabilitación pulmonar
Neurología y neurocirugía	1. Cirugía neurológica 2. Medicina del sueño 3. Neurología adultos 4. Terapia endovascular neurológica
Oncología	1. Cirugía oncológica 2. Cuidados paliativos 3. Ginecología oncológica 4. Imagen de la mama 5. Medicina nuclear oncológica, molecular y terapéutica 6. Oncología médica 7. Radio oncología
Ortopedia y traumatología	1. Ortopedia y traumatología

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

Especialidad	Subespecialidad
Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello	1. Comunicación, audiología, otoneurología y foniatría 2. Neuro otología 3. Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello
Pediatría	1. Anestesiología pediátrica 2. Broncoscopía intervencionista pediátrica 3. Cardiología pediátrica 4. Cirugía cardiaca en pediatría 5. Cirugía de tórax pediátrica no cardiaca 6. Cirugía oncológica pediátrica 7. Cirugía pediátrica 8. Dermatología pediátrica 9. Ecocardiografía pediátrica 10. Endocrinología pediátrica 11. Gastroenterología pediátrica 12. Hematología pediátrica 13. Infectología pediátrica 14. Inmunología clínica y alergia 15. Medicina del enfermo pediátrico en estado crítico 16. Nefrología pediátrica 17. Neonatología 18. Neumología pediátrica 19. Neurocirugía pediátrica 20. Neurología pediátrica 21. Oncología pediátrica 22. Otorrinolaringología pediátrica 23. Patología pediátrica 24. Pediatría 25. Psiquiatría infantil y de la adolescencia 26. Radiología pediátrica 27. Reumatología pediátrica 28. Urgencias pediátricas
Urología	1. Trasplante renal 2. Urología
Otras especialidades*	1. Algología 2. Anatomía patológica 3. Anestesiología 4. Anestesiología para los servicios rurales de la salud 5. Angiología, cirugía vascular y endovascular 6. Calidad de la atención clínica 7. Cirugía bariátrica 8. Cirugía de trasplantes 9. Cirugía general 10. Cirugía oral y maxilofacial 11. Cirugía para los servicios rurales de la salud 12. Cirugía torácica no cardiaca

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

Especialidad	Subespecialidad
	13. Citogenética 14. Coloproctología 15. Dermatología 16. Dermatopatología 17. Epidemiología 18. Genética médica 19. Genética molecular 20. Geriatría 21. Hematología 22. Imagen del sistema musculoesquelético 23. Infectología adultos 24. Medicina aeroespacial 25. Medicina de rehabilitación 26. Medicina del deporte 27. Medicina del niño y del adulto para los servicios rurales de salud 28. Medicina del trabajo 29. Medicina del trabajo y ambiental 30. Medicina familiar 31. Medicina integrada 32. Medicina interna 33. Medicina legal y forense 34. Medicina nuclear 35. Medicina preventiva 36. Neuro anestesiología 37. Neurofisiología clínica 38. Neuropatología 39. Neuro radiología 40. Oftalmología 41. Patología clínica 42. Psiquiatría 43. Radiología e imagen 44. Radiología vascular e intervencionista 45. Reumatología 46. Salud pública

* En *otras especialidades* se listan el resto de las subespecialidades médicas del listado de la CONACEM que no son consideradas en el estudio del desempeño hospitalario por no empatar entre las especialidades con mayor número de egresos hospitalarios en el año 2019 en México.

Fuente: Elaboración propia con base en el Listado de especialidades médicas y capítulos del CONACEM.

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

Anexo C. Glosario de términos

***Cama censable*:** Su característica fundamental es que genera un egreso hospitalario; ésta se encuentra en el servicio instalado en el área de hospitalización (para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente), incluye incubadoras para la atención a pacientes recién nacidos en estado patológico y excluye por ejemplo camas de urgencias o terapia intensiva.

Fuente: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012

***Certificación por el CSG*:** Un hospital certificado por el Consejo de Salubridad General (CSG) a) demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención médica, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud; b) evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad; c) refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares y a la ciudadanía, que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad; d) prueba que el hospital es competitivo internacionalmente. Para la presente edición se consideraron los certificados vigentes otorgados por el CSG tanto bajo el modelo único de evaluación de la calidad (MUEC) como bajo el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM).

Fuente:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1024751/Acuerdo_establecimiento_MOCEBPASS.pdf

***Acreditación por la JCI*:** Un hospital acreditado por un comité evaluador externo de la Joint Commission International demuestra que el hospital está comprometido con la mejora continua en la atención de los pacientes, al brindar atención segura, de alta calidad y de clase mundial una y otra vez.

Fuente: https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/become-accredited/what-is-accreditation/

Certificación por el CHC. El programa de certificación de certificación del Canadian Healthcare Council se basa en la mejora continua al enfocarse en crear una cultura de mejora, utilizar ciclos interconectados, enfocarse en la transparencia del rendimiento, alinearse con los objetivos estratégicos y colaborar con expertos.

Fuente: https://canadianhealthcarec.ca/certification-program/

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.

***Acreditación por AC*:** Accreditation Canada ofrece programas de evaluación de alto impacto para organizaciones de salud y servicios sociales, impulsados por HSO (Health Standards Organization) y personalizados según las necesidades locales.

Fuente: https://accreditation.ca/assessment-programs/

Acreditación por el CLACS: el Consejo Latinoamericano de Calidad en Salud es un modelo de acreditación que evalúa y promueve la calidad de los hospitales en América Latina. Se basa en una metodología de evaluación, mejora y acreditación internacional que se adapta a cada país.

Fuente: https://www.clacslatam.com/

Certificación correspondiente a la norma ISO 7101:2023: la certificación en Sistemas de gestión de calidad en organizaciones de atención médica se basa en el consenso internacional para la gestión de la calidad de la atención sanitaria. Indica los requisitos para un planteamiento sistemático de sistemas sanitarios sostenibles y de alta calidad, lo que permite a organizaciones de cualquier tamaño, estructura o región.

Fuente: https://www.iso.org/es/contents/data/standard/08/16/81647.html

***Acreditación de laboratorio por el CAP*:** El programa de acreditación de laboratorios del College of American Pathologists (CAP) busca la mejora continua de los laboratorios hospitalarios al centrarse en reforzar la atención y la seguridad del paciente. El contar con la acreditación CAP permite a los laboratorios mantener la precisión de los resultados de sus pruebas y garantizar un diagnóstico adecuado.

Fuente: https://www.cap.org/laboratory-improvement/accreditation/laboratory-accreditation-program

***Reporte de infecciones a RHOVE*:** La Red de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (RHOVE) es un sistema de vigilancia epidemiológica para el monitoreo de las infecciones asociadas a la atención de la salud, las cuales están asociadas con tasas elevadas de morbilidad y mortalidad. El sistema de la RHOVE recopila de manera sistemática y continua la información que reporta cada unidad hospitalaria afiliada la RHOVE con el fin de generar información de calidad de uso clínico y epidemiológico. La información de la RHOVE se obtuvo a través de una consulta ciudadana ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).

© Todos los derechos reservados Blutitude Consultores SA de CV, 2026.