

El sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad

Mario Alberto Banderas Ocampo,* Héctor Olivera Carrasco**

INTRODUCCIÓN

La calidad ha sido una preocupación constante a lo largo de la historia de la atención de la salud, tal como se desprende del Juramento Hipocrático y sus aforismos, que trataban de garantizar un mínimo de calidad en los procedimientos relacionados con la atención a la salud, aun sin conocer en profundidad el proceso patológico de la enfermedad. En años posteriores y acompañando la creciente complejidad de los tratamientos, Florence Nightingale hizo importantes mejoras a las prácticas de enfermería al comprender que los cuidados brindados comenzaban a tener mayor influencia en los resultados finales de la atención. En materia de seguridad del paciente en los servicios de salud, los primeros estudios sobre el tema datan de 1950. En los últimos años del siglo pasado, a raíz de la publicación del libro *To err is human: building a safer health system* en 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos —en el que se publicó que entre 44,000 y 98,000 americanos morían cada año por errores atribuibles a la atención médica, todos ellos prevenibles— surgió una gran inquietud por parte de los prestadores de la atención en materia de salud en todos los niveles, desde los tomadores de decisiones hasta quienes se encuentran en la línea frontal dando servicio a los pacientes; desde entonces, el pro-

blema se ha incorporado a las políticas públicas y ha sido motivo de debate en el mundo.

Como respuesta a esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la 55.ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA 55.18, en la que se instó a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología». En dicha resolución los estados miembros de la OMS pedían a la organización que tomara la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para concebir y poner en práctica normas de actuación concreta. Posteriormente, en la 57.ª Asamblea Mundial, en 2004, se acordó organizar una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente; ésta fue puesta en marcha por el director general de la Organización Mundial de la Salud el 27 de octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la alianza fue un medio que propició la colaboración internacional y la acción de los estados miembros, la secretaría de la OMS, expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria (OMS, 2012).

* Director de Proceso. CCINSHAE/DGCHRAE.

** Coordinador Normativo de Enfermería. CCINSHAE/DGCHRAE.

Correspondencia:

Mtro. Mario Alberto Banderas Ocampo
E-mail: malbertobanderas@yahoo.com.mx

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana llevada a cabo en octubre de 2007, subrayó la importancia de contar con una política y estrategia regionales para garantizar la calidad de la atención sanitaria. La OPS recalcó la importancia de la calidad de la atención y la seguridad del paciente como una cualidad esencial para conseguir los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. Para ello, propuso cinco líneas de acción dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de salud: posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial; promover la participación ciudadana en temas de calidad; generar información y evidencia en materia de calidad; desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones en calidad; y desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente.

Es así como gobierno y organizaciones internacionales han desarrollado iniciativas para mejorar la seguridad del paciente en el mundo, de tal forma que en la época actual la calidad y la seguridad del paciente en los servicios de salud se encuentran en la agenda de las políticas públicas, con la participación de los profesionales, organizaciones e instituciones sanitarias, y en general una sociedad cada vez más involucrada y exigente con los servicios de salud.

En México, la presente administración concibe que la «salud es condición indispensable para el bienestar de las personas y uno de los componentes fundamentales del capital humano». Por ello, la Meta Nacional México Incluyente del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 tiene como objetivos garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y asegurar el acceso a los servicios de salud; de ellos se desprende el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

En coherencia con esta política, el Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad 2013-2018 tiene como misión favorecer el acceso universal de la población mexicana a la atención médica de alta especialidad con oportunidad y eficacia a través de un sistema ordenado de servicios con calidad y seguridad, sin importar su condición laboral o social, en cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD Y LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) fueron creados para constituirse como unidades médicas

modelo en la prestación de servicios de alta especialidad cuya cultura organizacional y de gestión se viera reflejada en los sobresalientes resultados de sus procesos de atención médica y en los elevados niveles de cumplimiento con las expectativas de sus pacientes y sus familias, todo ello en un marco de satisfacción de su personal con las tareas cumplidas. Estos HRAE, asimismo, mejoran el acceso y cobertura de los servicios de salud de alta especialidad a la población mexicana y contribuyen a la equidad en el acceso mediante descentralización de los servicios de salud, acercándolos a diferentes regiones del país, con impacto en poblaciones vulnerables, de alta marginación, regiones de tránsito de migrantes, pueblos indígenas y multiculturales, entre otros.

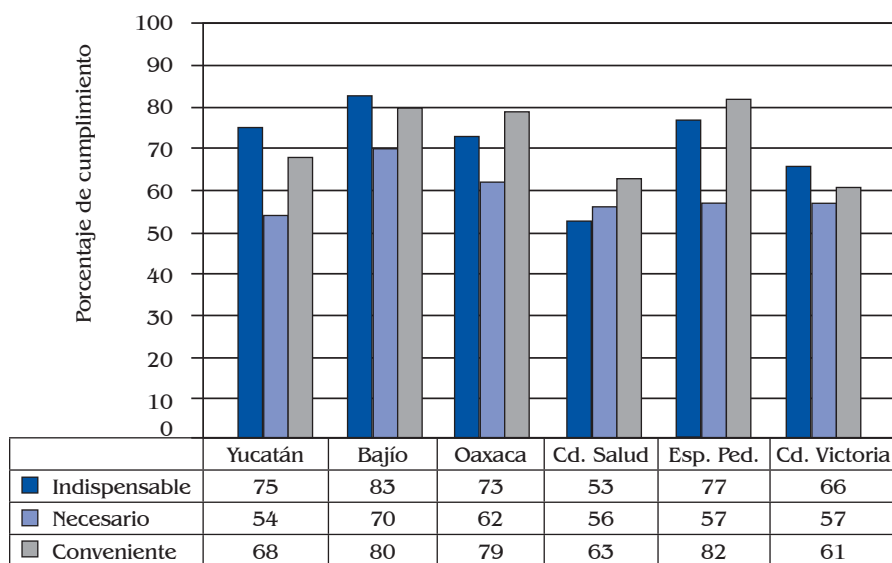
En materia de calidad, los HRAE tienen como objetivo favorecer el aseguramiento del acceso efectivo a servicios de salud de alta especialidad con calidad y seguridad para el paciente; para ello, la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de acuerdo con sus atribuciones, conduce las estrategias y líneas de acción que coadyuvan en el aseguramiento de estos servicios.

Es así como a finales del año 2010 se realizan las primeras acciones con la intención de incentivar una cultura de calidad en los HRAE, con la evaluación in situ del cumplimiento de los estándares del capítulo de Estructura del Consejo de Salubridad General, a través de la inspección directa, que comprendió la entrevista, revisión documental y recolección de datos. Los resultados se muestran en la *figura 1* y el *cuadro I*.

Las mayores áreas de oportunidad se concentraron en insumos, expediente clínico, atención y quejas, comités, y organización y métodos.

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, HRAE 2011

Como respuesta a los resultados de la evaluación de los HRAE del año anterior, para el 2011 se implementó el Programa de Seguimiento de la Calidad y Seguridad del Paciente con el objetivo de coordinar el sistema de gestión de la calidad, la alineación de políticas, normas y lineamientos para la provisión y promoción de la calidad y seguridad del paciente, que permitiría a los HRAE adquirir ventajas competitivas. Las estrategias comprendieron la institución de la calidad a través de la adopción e implementación de las políticas nacionales e internacionales en materia de calidad y seguridad del paciente. El programa incluyó dentro de sus estrategias realizar revisiones de la calidad de atención. En estas revisiones se evaluó la institución y funciones del gestor de calidad; la instalación, composición y funcionamiento del COCASEP;



Fuente: Reporte del cumplimiento de los estándares de estructura. Evaluación *in situ* en seis HRAE realizada del 13 de octubre al 16 de diciembre de 2010.

Figura 1.

Cumplimiento general de los estándares de estructura 2010, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

Cuadro I. Cumplimiento de los estándares de estructura por subcapítulo 2010, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

HRAE	Recursos Humanos	Instalaciones físicas	Equipo	Insumos	Expediente clínico	Atención y quejas	Comités	Organización y método	Gobierno
Yucatán	63	56	66	62	66	50	42	40	86
Bajío	84	89	78	43	55	100	100	17	100
Oaxaca	54	49	78	66	67	0	75	17	100
Cd. Salud	81	70	61	4	30	0	12	0	86
Esp. Ped.	45	77	84	29	55	0	50	33	71
Cd. Victoria	50	73	73	67	60	0	0	17	43

Fuente: Reporte del cumplimiento de los estándares de estructura. Evaluación *in situ* en seis HRAE realizada del 13 de octubre al 16 de diciembre de 2010.

así como el expediente clínico. Los resultados se muestran en las *figuras 2 y 3*.

En primer lugar, se definió el perfilamiento y descripción del puesto del gestor de calidad, alineado a la Instrucción 108/2008 y 118/2008 DGCE; se instruyó a los directores generales de los HRAE expedir el nombramiento de un gestor de calidad dedicado exclusivamente a esta actividad; con apoyo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, del Consejo de Salubridad General, de los Institutos Nacionales de Salud y de los Hospitales Federales de Referencia, se capacitó a gestores y otros colaboradores en materia de calidad, seguridad del paciente y certificación hospitalaria. En segundo lugar, se instó a los directores generales a instituir el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) de acuerdo con la Instrucción 117/2008 y 171/2009 DGCE, así como a los estándares del Consejo de Salubridad

General, con el propósito de que este comité determinara las políticas y estrategias de mejora continua. En tercer lugar, se evaluó la integración del COCASEP por los principales tomadores de decisión del HRAE, lo que permitiría mayor eficacia en la resolución de las áreas de oportunidad.

Se encontró que el expediente clínico era diverso en su elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad. Los HRAE con esquema PPS (Proyectos para Prestación de Servicios) de financiamiento contaban con expediente clínico electrónico; sin embargo, algunos elementos se complementaban con formatos impresos. En los HRAE con financiamiento tradicional, el expediente clínico era impreso en su totalidad. Las áreas de oportunidad se concentraron principalmente en la historia clínica, lista de cirugía segura, nota preanestésica y hoja de enfermería (*Figura 4*).

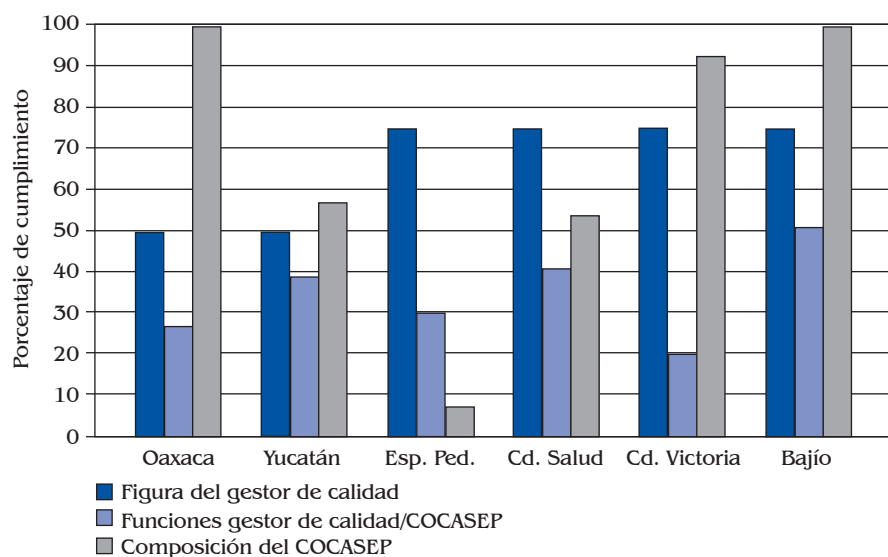
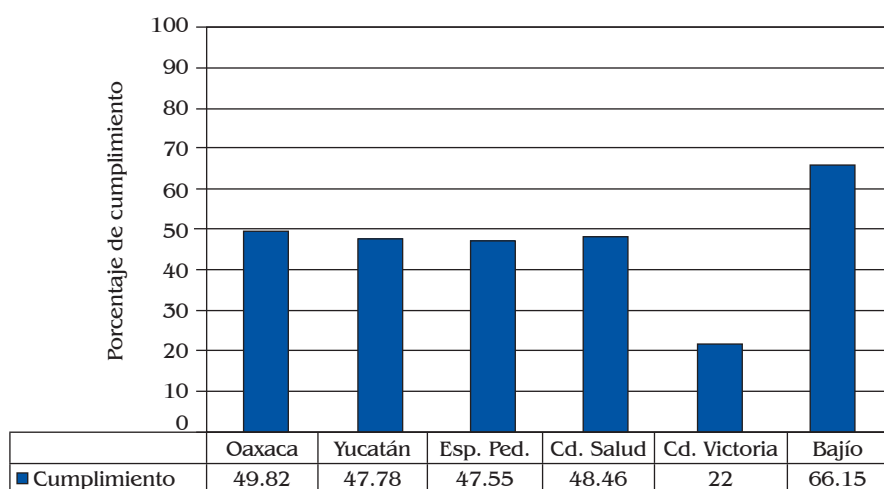


Figura 2.

Institución de la Calidad 2011, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.



Fuente: Evaluación del expediente clínico *in situ* en seis HRAE realizada del 13 de octubre al 16 de diciembre de 2010 con el *Manual del Proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica*. CSG. Versión 2011.

Figura 3.

Cumplimiento del expediente clínico 2011, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

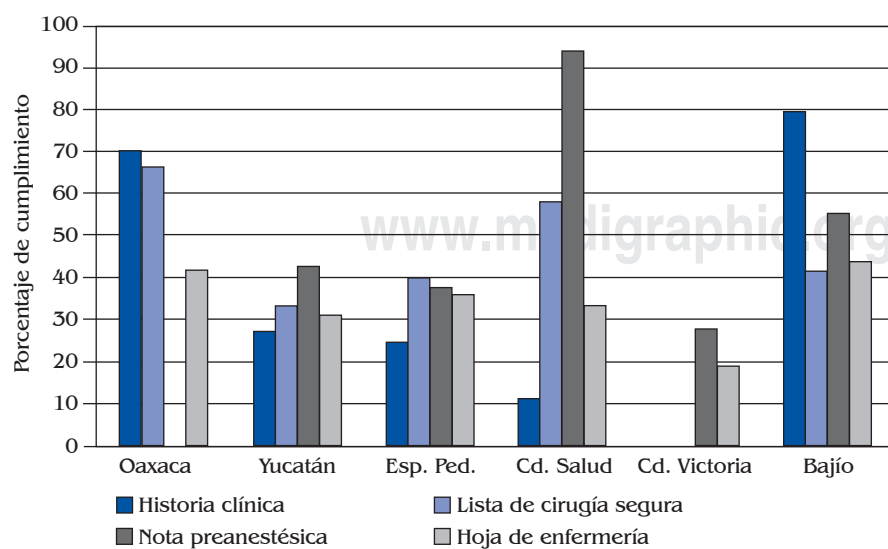


Figura 4.

Áreas críticas del expediente clínico 2011, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

El entonces director general del HRAE de la Península de Yucatán, con el reconocimiento total de las áreas de oportunidad, así como de la imperiosa necesidad de implementar acciones de mejora en materia de calidad y seguridad del paciente, tomó el liderazgo y presentó el proyecto a la Dirección General de Coordinación de los HRAE, así como a la Junta de Gobierno, con lo que emprendió las estrategias de implementación de los estándares para la Certificación Hospitalaria del Consejo de Salubridad General, versión 2011.

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HRAE 2012

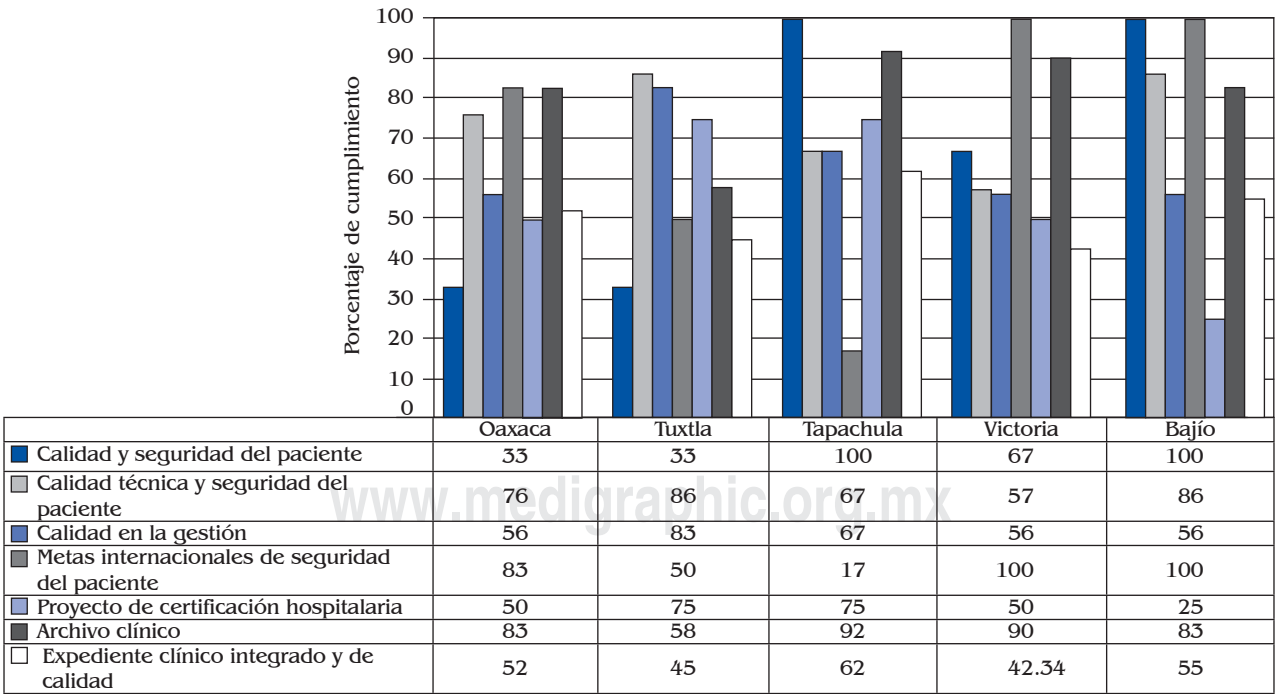
Para el año 2012, se dio continuidad al programa a fin de incidir en la cultura de la calidad y seguridad del paciente con las siguientes estrategias: presencia del director general de Coordinación en los siete HRAE (en ese año inició funciones el HRAE de Ixtapaluca) a fin de animar y comprometer al personal de los hospitales a prestar servicios de alta calidad y seguridad del paciente; con el apoyo del Consejo de Salubridad General se realizó el primer taller para el diseño, control y análisis del Plan de Mejora Continua de la Calidad y Seguridad del Paciente; se dio seguimiento a la implementación de los Estándares de Certifi-

cación del Consejo de Salubridad General —sin embargo, no se logró un avance importante—; con la publicación de los Estándares de Certificación versión 2012, se realizaron dos capacitaciones, una en abril en el HRAE de Yucatán y otra en junio en el HRAE de Ixtapaluca; se realizaron cuatro reuniones con gestores de calidad con el objetivo de determinar el plan de trabajo y dar seguimiento a los avances; en el Foro Nacional e Internacional de Calidad en Salud, el HRAE del Bajío obtuvo el primer reconocimiento al Premio Nacional a la Innovación en Calidad en Salud con el Programa Bacteriemia Cero.

En este año, el HRAE de la Península de Yucatán, con la firme convicción del nuevo director general, retomó el proyecto de Certificación Hospitalaria; con la publicación de los estándares versión 2012 reinició el proyecto para la implementación de estándares con la asesoría del Consejo de Salubridad General, pero sobre todo el liderazgo y entusiasmo de la alta dirección, así como de todos los colaboradores del hospital.

Ese año se evaluaron las acciones implementadas; los resultados se observan en la *figura 5*.

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, HRAE 2013



Fuente: Herramienta de revisión de la calidad y seguridad del paciente en los HRAE 2012, Herramienta MECIC/DGCES, aplicadas *in situ* del 12 de septiembre al 26 de octubre del año 2012.

Figura 5. Resultados del Programa de Revisiones 2012, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

En el año 2013 se dio seguimiento a la Mejora Continua de la Calidad y Seguridad del Paciente; las estrategias se determinaron a partir de los resultados de las revisiones HRAE 2012 con la intención de implementar un proyecto de mejora transversal a partir de la identificación de problemáticas lineales y priorizadas; las líneas de acción se encuentran en el *cuadro II*.

El arranque del programa comprendió un curso taller de actualización en materia de gestión de la calidad y seguridad del paciente, así como de la gestión de incidentes en salud, dirigido a gestores de calidad y coordinadores de calidad de enfermería, con la participación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, CONAMED, Instituto Nacional de Cardiología y Hospital General de México. En el mes de mayo, con el apoyo del Consejo de Salubridad General, se realizó el taller para promover el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente a través de la gestión de riesgos y el uso de herramientas de calidad en el HRAE del Bajío.

Después de un arduo trabajo que implicó la mejora de los procesos, la implementación de herramientas de mejora y el cambio de cultura a través de la adopción de los estándares de certificación, el HRAE de la Península de Yucatán logró su inscripción ante el Consejo de Salubridad General en abril de ese año. La evaluación tuvo lugar en el mes de julio; como resultado de ella se determinaron observaciones que deberían corregirse; para ello se les otorgó un tiempo perentorio de seis meses, posterior al cual serían revisadas dichas observaciones.

Con la asesoría de directivos del HRAE de Yucatán, en el mes de junio se realizó el Curso Taller Proyecto de Cer-

tificación Hospitalaria para la Alta Gerencia, con la participación de directores generales de los HRAE, donde se obtuvo como resultado la firma de un acuerdo donde los directores generales de los HRAE reconocían la importancia y trascendencia de la calidad y seguridad del paciente, con lo que se comprometían a implementar todas las acciones necesarias para consolidar esta cultura, así como los estándares del Consejo de Salubridad General, que concluiría en la obtención de la certificación hospitalaria.

Los resultados de las acciones emprendidas se evaluaron a través del Programa de Revisiones HRAE 2013; en ese año no se pudo evaluar el HRAE Ciudad Victoria. Los resultados generales se observan en la *figura 6*.

La evaluación del expediente clínico obtuvo mejoras importantes como resultado de las áreas de oportunidad identificadas en los años anteriores, así como la determinación de acciones de mejora a través del COCASEP, el Subcomité del Expediente Clínico y su inclusión en los acuerdos de seguimiento del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI). Las mejoras y el comparativo con años anteriores se pueden observar en la *figura 7*.

PROGRAMA DE CALIDAD EFECTIVA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, HRAE 2014

Este programa tuvo como objetivo contribuir al aseguramiento del acceso efectivo a servicios de salud de alta especialidad de calidad y seguridad centrados en el usuario y su familia a través de la generación de políticas, normas y lineamientos dirigidos al aseguramiento a través de procesos de acreditación y certificación

Cuadro II. Líneas de acción de calidad y seguridad del paciente 2013, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

1. Acciones para mejorar la calidad percibida

- 1.1 Construir ciudadanía en salud: aval ciudadano
- 1.2 Modelo de gestión para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones

2. Acciones para mejorar la calidad técnica y seguridad del paciente

- 2.1 Seguridad del paciente
- 2.2 Modelo de implantación de Guías de Práctica Clínica
- 2.3 Modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad
- 2.4 Modelo para la prevención y reducción de la infección nosocomial

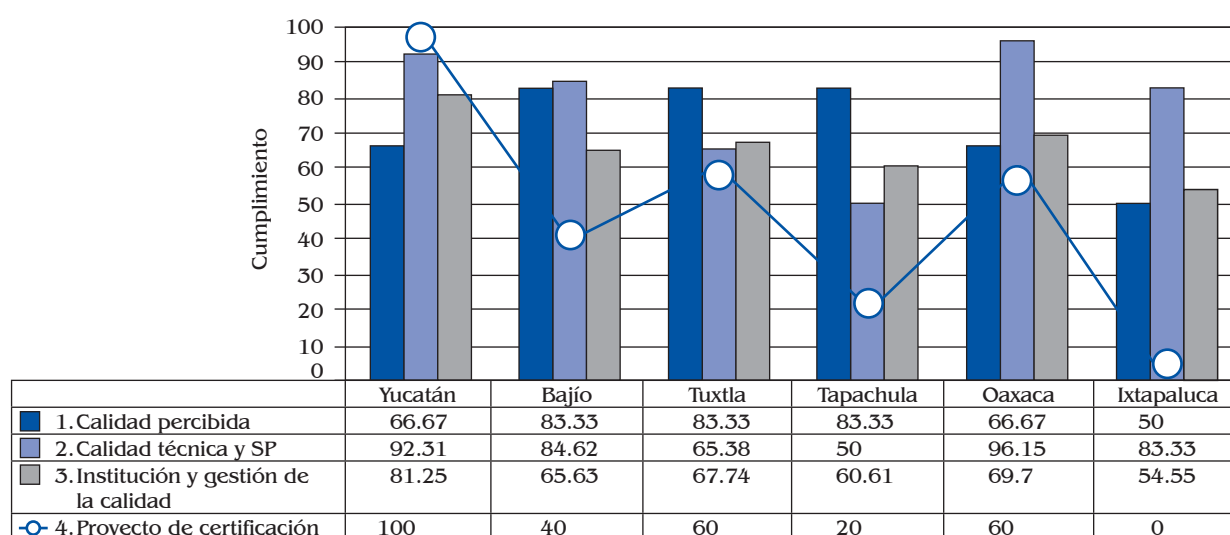
3. Acciones para impulsar la institucionalización y gestión de la calidad

- 3.1 Plan de mejora continua de la calidad y seguridad del paciente
- 3.2 Acreditación de establecimientos y servicios de salud
- 3.3 Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, INDICAS
- 3.4 Capacitación e investigación en calidad
- 3.5 Calidad de los servicios de enfermería
- 3.6 Incentivos para la mejora continua: premios de calidad y compromisos de calidad mediante acuerdos de gestión
- 3.7 Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)
- 3.8 Funciones del gestor de calidad

4. Proyecto de certificación

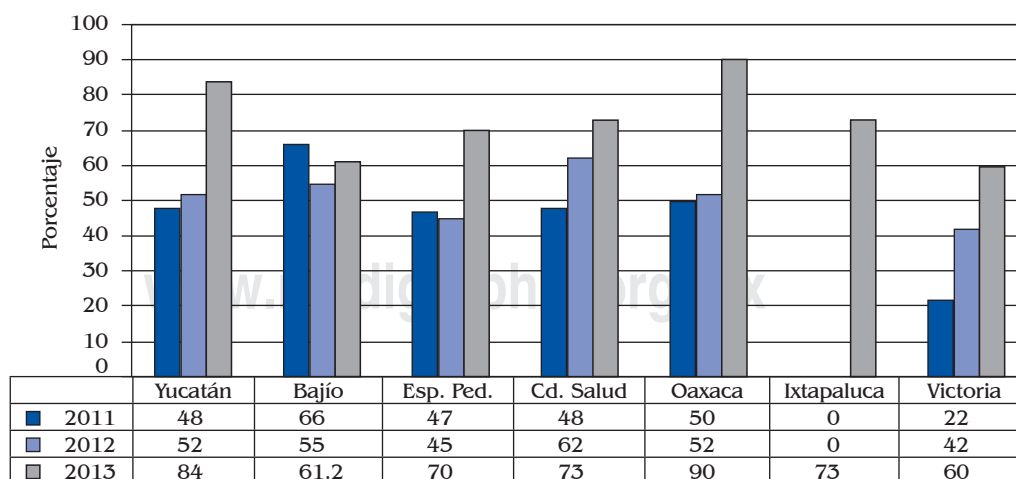
hospitalaria en los HRAE. Las estrategias comprendieron consolidar acciones para mejorar la calidad percibida, fortalecer acciones para la mejora de la calidad técnica y seguridad del paciente, garantizar acciones para impulsar la institucionalización y gestión de la calidad, asegurar la certificación hospitalaria como garantía de calidad y seguridad del paciente, atender las consultas en materia de calidad y seguridad del paciente que presentaran los HRAE, mejorar la atención centrada en el usuario y su familia en los HRAE.

En febrero de ese año, concluido el tiempo perentorio, el Consejo de Salubridad General evaluó las observaciones realizadas al HRAE de la Península de Yucatán para la dictaminación del resultado para la obtención de la certificación hospitalaria, misma que resultó favorable, con vigencia del 31 marzo de 2014 al 31 de marzo del 2017. Este resultado representa el fortalecimiento de la garantía de calidad y seguridad del paciente; inspirados en esto, el resto de los HRAE se encuentran trabajando para desplegar las estrategias que faciliten la



Fuente: Herramienta de revisión HRAE 2013, aplicada *in situ* de octubre a diciembre del año 2013.

Figura 6. Resultados del Programa de Revisiones 2013, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.



Fuente: Resultados presentados por el Subcomité del Expediente Clínico tanto en electrónico como en impreso, revisión HRAE 2013 *in situ* con la herramienta MECIC/DGCES, octubre a diciembre del año 2013.

Figura 7. Evolución del expediente clínico 2011, 2012 y 2013, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

adopción de estos estándares, así como de las acciones que permitan la consolidación de esta garantía.

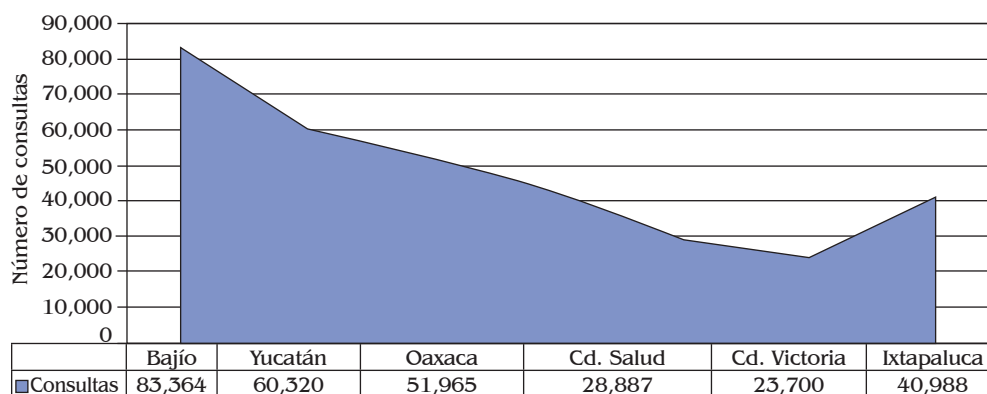
Los resultados se evaluaron a través del Programa de Revisión de Procesos Hospitalarios 2014, que tuvo el objetivo de verificar en sitio los procesos de atención hospitalaria que garantizan la atención continua e integral del paciente, la operación de comités de apoyo técnico, así como los resultados de las estrategias y acciones encaminadas a garantizar servicios de salud de calidad y seguridad centrados en el usuario y su familia en los HRAE, lo que a su vez contribuye a la política nacional de asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Los servicios involucrados son admisión continua, referencia y contrarreferencia, trabajo social, imagenología (TAC, USG, Rx, RM), laboratorio, banco de sangre, consulta externa, unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria, hospitalización, terapia intensiva y quirófanos, así como la operación del COCASEP, COFAT y CODECIN. La productividad más importante de los HRAE, correspondiente al año 2014, se presenta en las *figuras 8 a 12 y el cuadro III*.

El total de pacientes atendidos en los servicios de Admisión Continua/Urgencias fue de 29,223; en seis de los HRAE se cuenta con Servicio de Admisión Continua; en el

HRAE de Ixtapaluca, por instrucción presidencial, el servicio se transformó en Urgencias. Sólo en el caso del HRAE del Bajío, el 99% de los pacientes ingresa por referencia de otras unidades de salud. En el Hospital de Especialidades Pediátricas, el Servicio de Admisión Continua se encuentra continuamente en el 90% de ocupación, especialmente con enfermos en estado crítico.

SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD EFECTIVA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, HRAE 2015

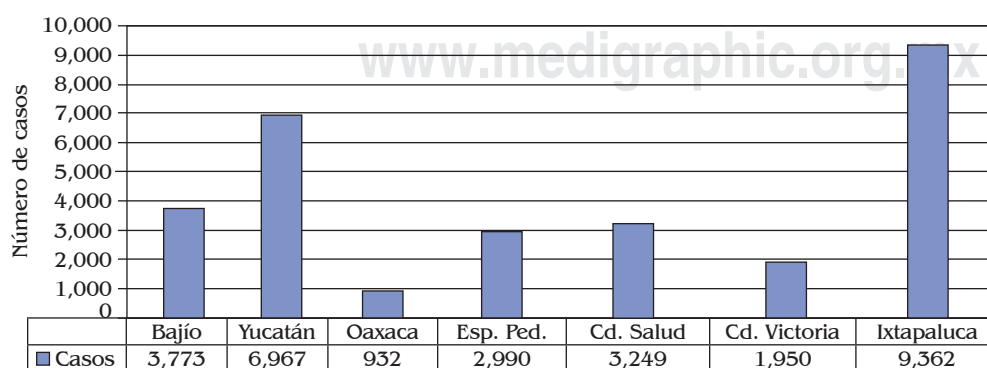
Para el presente año 2015, el seguimiento de la Calidad Efectiva y Seguridad del Paciente se incluyó dentro de la estrategia para contribuir con el establecimiento de un sistema de gestión entre hospitales regionales de alta especialidad con el objetivo de contribuir con el establecimiento de un sistema de gestión entre los HRAE mediante estrategias administrativas para mejorar el desarrollo de la gestión corporativa, el cumplimiento de objetivos institucionales y favorecer el aseguramiento del acceso efectivo a servicios de salud de alta especialidad con calidad y seguridad para el paciente. Las líneas de acción principales son coordinar la instrumentación



Fuente: Informe de Autoevaluación de los Directores Generales de la 1.a Junta de Gobierno de 2015.

Figura 8.

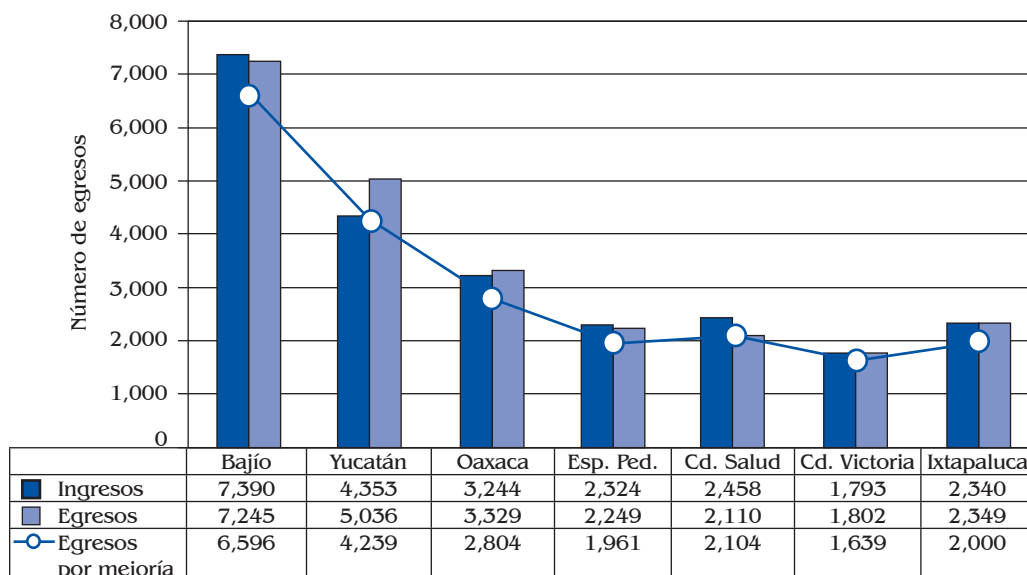
Número de consultas otorgadas en 2014, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.



Fuente: Informe de Autoevaluación de los Directores Generales de la 1.a Junta de Gobierno de 2015.

Figura 9.

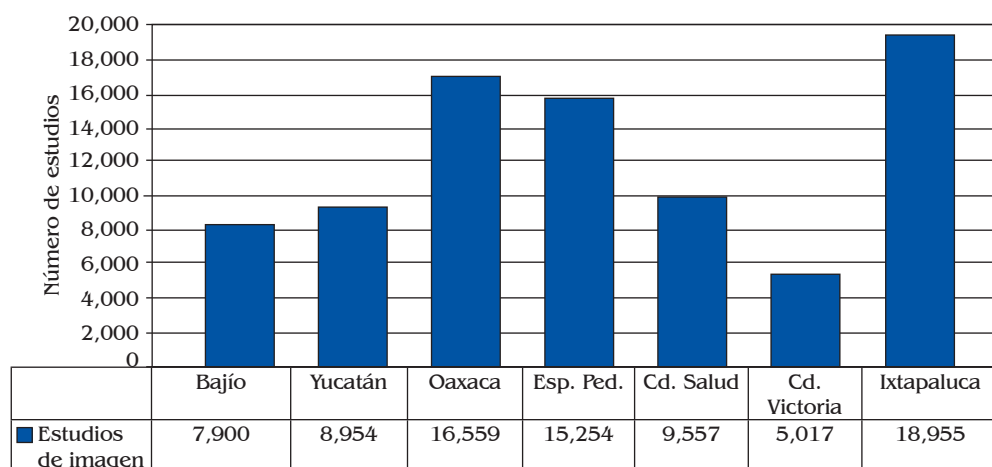
Número de casos atendidos en Admisión Continua en 2014, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.



Fuente: Informe de Autoevaluación de los Directores Generales de la 1.a Junta de Gobierno de 2015.

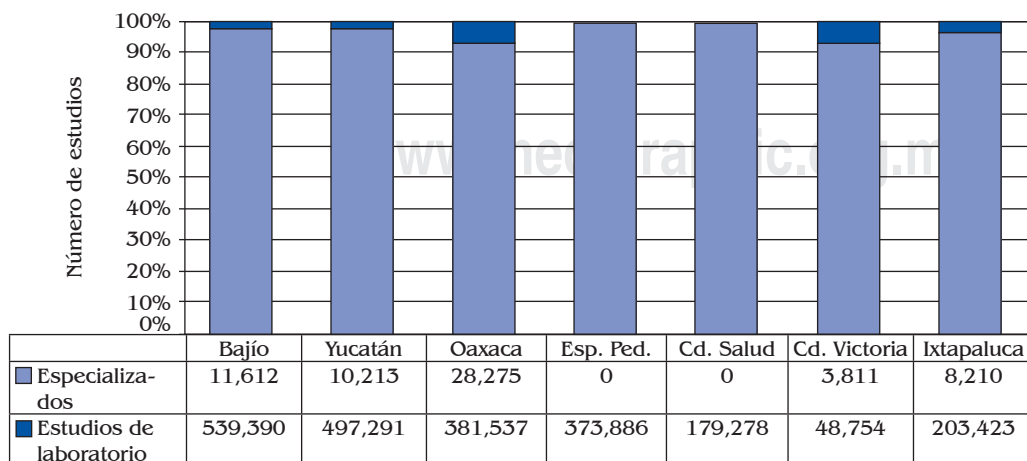
Figura 10.

Número de ingresos, egresos y egresos por mejoría en 2014, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.



Fuente: Informe de Autoevaluación de los Directores Generales de la 1.a Junta de Gobierno de 2015. Los estudios considerados fueron rayos X, ultrasonido, tomografía y resonancia magnética.

Figura 11. Producción de servicios de imagenología en 2014, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.



Fuente: Informe de Autoevaluación de los Directores Generales de la 1.a Junta de Gobierno de 2015. El Hospital de Especialidades Pediátricas y el HRAE Ciudad Salud no reportaron en este informe los estudios especializados.

Figura 12.

Producción de servicios de laboratorio en 2014, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

de procesos de gestión de calidad, evaluar su efectividad y dar seguimiento a las acciones con tendencia a la mejora continua a través de las reuniones con gestores de calidad, así como del COCASEP, COFAT y CODECIN, e intervenir en revisiones que permitan evaluar en sitio los procesos de atención hospitalaria que garantizan la atención continua e integral del paciente; en esta ocasión se centró especialmente en los procesos de acreditación de servicios, incorporándose al Programa Anual de Acreditación que coordinó la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La acreditación de servicios cubiertos por el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en los HRAE ha tenido el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud de alta especialidad de calidad, para lo cual han venido trabajando arduamente; las acreditaciones programadas para el año 2015 se pueden observar en el *cuadro IV* y el total de acreditaciones en la *figura 13*.

Finalmente, los HRAE han contribuido al acceso de los servicios de salud de alta especialidad, pero sobre todo, se ha apostado a que esta atención se preste en un escena-

Cuadro III. Producción hospitalaria 2014, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

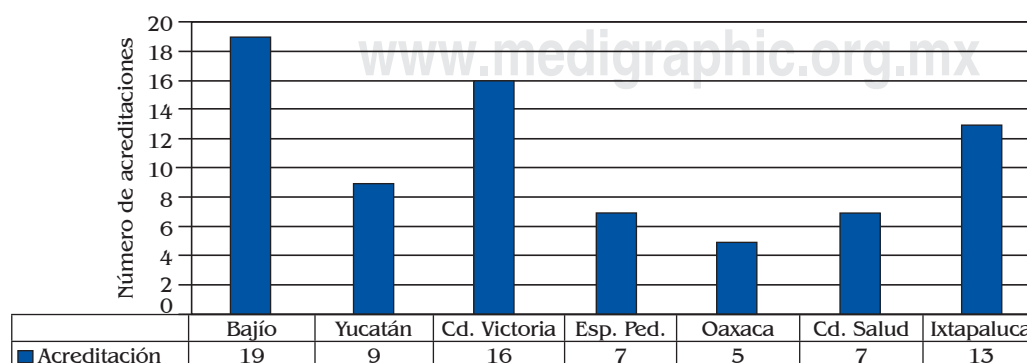
<i>Producción</i>	<i>Bajío</i>	<i>Yucatán</i>	<i>Oaxaca</i>	<i>Esp. Ped.</i>	<i>Cd. Salud</i>	<i>Cd. Victoria</i>	<i>Ixtapaluca</i>	<i>Total</i>
Camas censables	150	106	66	63	70	45	85	585
Camas no censables	68	100	65	57	90	43	52	475
Promedio de ocupación	58.97	53.2	96	99.8	76.8	76.3	92	
Promedio de días de estancia	6.4	7.1	5.88	9	6.7	6.6	5.9	
Cirugías	4,873	3,260	1,859	2,210	2,200	1,705	2,270	18,377
Tasa de infecciones	6.67	5	7.1	5.8	5.4	4.5	8.4	

Fuente: Informe de Autoevaluación de los Directores Generales de la 1.^a Junta de Gobierno de 2015.

Cuadro IV. Programa Anual de Acreditación 2015, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

<i>HRAE</i>	<i>Recursos Humanos</i>
Cd. Victoria	Trastornos quirúrgicos, congénitos y adquiridos cardiovasculares
Cd. Salud	Trastornos quirúrgicos, congénitos y adquiridos del aparato digestivo
Esp. Ped.	Oftalmológica en CAUSES, cirugía de corta estancia y CAUSES hospitalares
Bajío	Hemofilia, trastornos congénitos y adquiridos-cardiovasculares y CAUSES hospitalares pediátricos
Ixtapaluca	Trasplante renal en paciente pediátrico, trasplante de córnea y CAUSES hospitalares
	Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos cardiovasculares, infarto agudo al miocardio, hemofilia, hepatitis "C", emergencia obstétrica y CAUSES

Fuente: Programa Anual de Acreditación, Hospitales Regionales de Alta Especialidad 2015.



Fuente: Tablero de control de acreditaciones HRAE de la Dirección de Procesos, 2015.

Figura 13.

Acreditaciones por el SPSS en 2014, Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

rio que garantice la calidad y seguridad de la atención. A su vez, los esfuerzos que implica por parte de los establecimientos de atención médica la acreditación de servicios cubiertos por el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, así como por el CAUSES, coadyuvan a garantizar aun más este acceso, con lo que también se impacta en la disminución del gasto de bolsillo de los usuarios y, por otro lado, se incrementan los recursos propios que genera el HRAE, lo que permite la atención a un mayor número de usuarios. La Dirección General de Coordinación de los

Hospitales Regionales de Alta Especialidad está convencida de que la garantía de la calidad y seguridad de la atención es el camino para asegurar los mejores resultados en nuestros usuarios en todos los momentos de la atención.

El reto que enfrentan los HRAE en materia de calidad es consolidar la cultura de calidad y seguridad del paciente, que deberá reflejarse en mejores resultados y la satisfacción de los usuarios, así como en las ventajas competitivas que les permitan posicionarse como líderes de la medicina de alta especialidad.