

Estudio sobre los efectos de la acreditación en unidades hospitalarias con intervenciones de CAUSES

75
AÑOS
1943 - 2018

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional
de Salud Pública

Estudio sobre los efectos de la acreditación en unidades hospitalarias con intervenciones de CAUSES

Hortensia Reyes Morales
Coordinadora general

Pilar Torres Pereda
Investigadora cualitativa

Juan Pablo Gutiérrez
Investigador cuantitativo

Informe final

Juan Pablo Gutiérrez, Pilar Torres Pereda,
Hortensia Reyes Morales, Miguel Ángel Rodríguez Andrade,
Livia Roxana González Ángeles
Elaboración

Sandra Díaz Portillo, Karla Córdova González,
Karla Villaverde
Colaboradoras

Mónica Matilde Ramírez, Laura Ordaz de la O,
Rodrigo de Jesús García Cerde, Francisco Tomás Reséndiz González
Trabajo de campo

Primera edición, 2018

D.R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Reconocimientos

El **Estudio sobre los efectos de la acreditación en unidades hospitalarias con intervenciones de CAUSES** fue posible gracias a la iniciativa conjunta de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) y la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED). El estudio fue elaborado entre octubre de 2017 y junio de 2018 con fuentes de información públicas y registros administrativos de la DGCEs. El financiamiento y la coordinación del estudio, incluyendo la supervisión del trabajo de campo, estuvo a cargo de la DGED. Ambas direcciones generales participaron en la revisión de las versiones preliminares de los entregables del estudio.

Individualmente debe reconocerse la participación de Sebastián García Saisó, Leticia Angélica García Otamendi, Vanessa Vizcarra Munguía, Ricardo Cárdenas Orozco y Ana Luisa Guerra Briones. Por parte de la DGED participaron Adolfo Martínez Valle, Mirna Hebrero Martínez, Nadia López Ramírez, José Arturo Ruiz Larios, Adrián Solís Escobar y Marlen Arizaga Jiménez.

Contenido

Plan de trabajo	5
Introducción	7
Objetivos	11
Actividades específicas	12
Descripción detallada de actividades y procedimientos	15
Cronograma	22
Bibliografía	24

Análisis de los cambios en la regulación del proceso de acreditación entre los periodos 2008-2012 y 2013-2017	25
Introducción	26
Análisis de los cambios en la regulación del proceso de acreditación	27
Modelo de Evaluación para la Acreditación	43
Matrices de diferencias en la regulación por tipo de instrumento normativo (anexo)	48
Antecedentes de la acreditación de hospitales: perspectiva internacional y su correlación con México	49
Análisis comparativo entre instrumentos normativos locales y los hallazgos internacionales	58
Discusión	63
Recomendaciones	67
Anexos	70
Glosario*	71
Bibliografía	74

Determinar los incumplimientos más frecuentes en los criterios de acreditación de las unidades médicas	78
Antecedentes sobre el proceso de acreditación y los instrumentos utilizados	79
Marco de referencia para determinar incumplimientos en los criterios de acreditación	85
Metodología de análisis	87
Determinación de los incumplimientos más frecuentes en los criterios de acreditación	93
Análisis y determinación de los incumplimientos más frecuentes en unidades acreditadas y no acreditadas	104

Conclusiones	112
Bibliografía	114

Evaluación de indicadores de desempeño a nivel de unidad hospitalaria **121**

Marco conceptual	122
Metodología de análisis	128
Análisis de la suficiencia y calidad de las fuentes de información	139
Tendencias en indicadores de desempeño y de resultados	140
Cambios en los establecimientos acreditados y no acreditados	150
Estimación de la efectividad de la acreditación en indicadores de desempeño y resultados	157
Conclusiones y recomendaciones	252
Referencias	256

Análisis cualitativo según los objetivos planteados **258**

Antecedentes	259
Resumen de los métodos desarrollados para el componente cualitativo	262
Resultados	283
OB 1. Conocimiento y percepción de la acreditación	287
OB2. Incumplimientos y lecciones aprendidas	295
OB3. Participación, percepción del proceso de acreditación y buenas prácticas	300
OB4. Percepción de cambios	353
OB5. Recomendaciones	362
Discusión y conclusiones	373
Referencias	387

Análisis FODA **388**

Conclusiones generales y recomendaciones **392**

Plan de trabajo

Introducción

Las acciones dirigidas a evaluar y mejorar la calidad de atención de los hospitales tienen una larga historia de implementación y evolución. Desde principios de la segunda mitad del siglo XX, los sistemas de salud en el mundo han acumulado experiencia en los procesos de garantía de la calidad^{1,2} y, a finales de la década de los ochenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió los conceptos y criterios en los que se han basado los principales documentos para asegurar la calidad de la atención de los servicios de salud.³

Como parte de los programas de mejora de la calidad, la acreditación de los establecimientos de atención a la salud se conceptualiza como un proceso de evaluación externa, bajo las bases de voluntariedad, y que se establece con base en estándares y criterios seleccionados. Éstos deben reunir ciertas características: a) óptimos y alcanzables; b) diseñados para la mejora continua de la calidad; y c) factibles.⁴

En México, la acreditación se estableció a partir del proyecto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 1992 y se sustenta en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización del mismo año. En ella, se define la acreditación como “el acto por el cual una entidad de acreditación reconoce la competencia técnica y confiabilidad de los organismos de certificación, de los laboratorios de prueba, de los laboratorios de calibración y de las unidades de verificación para la evaluación de la conformidad”.⁵ Sin embargo, fue hasta 10 años después que este importante mecanismo se hizo vigente, a partir de la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

En México, el 15 de mayo de 2003 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto por el cual se reformó y adicionó la Ley General de Salud (LGS), para crear el SPSS, cuyo objetivo general fue dar cobertura en materia de servicios de salud al vasto sector de la población que por su condición socioeconómica no contaba con los recursos para acceder a dichos servicios. Con ello se fortaleció el derecho de la población a la protección de la salud, consagrado en el artículo 4º constitucional.⁶ Esta reforma consideró aspectos fundamentales del sector salud, para hacer frente a presiones financieras derivadas de las transiciones demográfica, epidemiológica, tecnológica, económica y política en nuestro país.

Como resultado de lo anterior, el actual Título Tercero Bis de la LGS regula al SPSS, conocido también como Seguro Popular, que contiene las disposiciones estructurales de financiamiento y prestación de los servicios de salud a la población del Sistema, a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCG), así como un Catálogo Único de Servicios en Salud (Causes), que incluye los medicamentos asociados con los tratamientos.⁷

Para efectos de asegurar que los establecimientos de salud que participan en el Sistema presten sus servicios con mínimos de capacidad, seguridad y calidad, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud estableció la figura de la acreditación como el procedimiento de evaluación de las condiciones bajo las cuales se ejerce la práctica médica en los establecimientos para la atención médica que otorgan los servicios relativos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, el Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Seguro Médico Siglo XXI.⁸

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) tiene facultades para emitir y operar los instrumentos y mecanismos necesarios para el desarrollo del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en los establecimientos de atención a la salud incorporados al SPSS, con fundamento en la fracción XVI del artículo 18 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.⁹

En ese sentido, y en alineación con el Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de Salud, del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND); en la Estrategia 2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, y en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Prosesa); en el Objetivo 2 Asegurar el acceso efectivo a servicios salud con calidad; en su Estrategia 2.2 Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud; en su Línea de Acción 2.2.4 Consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutoria, con los resultados del estudio, la DGCEs podrá implementar acciones para fortalecer la calidad en los establecimientos que prestan servicios de atención médica a los beneficiarios del SPSS.¹⁰

La definición oficial contenida en el *Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica*¹¹ estipula la acreditación como el “Proceso de evaluación externa para determinar el cumplimiento de los Criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad, en un establecimiento, fijo o móvil, necesarios para proporcionar los servicios del Sistema de Protección Social en Salud, previstos en el Causes y en el FPGC, así como las intervenciones del SMSXXI”.

La acreditación incluye tres dimensiones principales: capacidad, calidad y seguridad, con criterios de mínimos indispensables para el cumplimiento de los procesos exigibles en el proceso de atención.

- a) *Capacidad*: mínimos indispensables de recursos humanos, materiales y financieros considerados en las normas oficiales mexicanas y demás disposiciones jurídicas aplicables para la prestación de los servicios de atención médica que se le brindan al paciente.
- b) *Calidad*: condiciones que deben cumplir los servicios de atención médica, con la finalidad de incrementar la probabilidad de obtener los resultados deseados.
- c) *Seguridad*: requisitos en materia de reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, dentro de los cuales se incluyen los establecidos en el Programa de Hospital Seguro contra Desastres.

Los elementos anteriores representan los ejes de la evaluación realizada que se presenta en este informe, y se llevaron a cabo con un abordaje mixto que incluyó las siguientes etapas:

- 1) Análisis de gabinete, que con base en los documentos normativos documentó la evolución en la regulación del proceso de acreditación en dos periodos (2008-2012 y 2013-2017). Asimismo, a través del análisis de la información registrada en las cédulas se identificaron los incumplimientos más frecuentes en los criterios de acreditación de los hospitales, y a partir de indicadores seleccionados, el desempeño en eficiencia, productividad, recursos humanos y seguridad, así como en la atención para condiciones trazadoras, previa y posterior a la acreditación.
- 2) Análisis de fuentes primarias, que a partir de entrevistas a directivos de los ámbitos federal, estatal y Régimen Estatal de Protección Social en Salud, evaluadores del Programa de Acreditación, usuarios y prestadores de servicios permitió conocer las percepciones sobre los resultados de la acreditación, así como identificar propuestas de mejora de los procesos con base en su experiencia.

Los resultados de los análisis son los insumos de las recomendaciones que se presentan en la sección final del informe.

El modelo de evaluación propuesto parte de una visión integral, el cual se basa en un abordaje de evaluación basada en teoría, para proponer la relevancia de analizar como punto de partida el problema público que busca atender la intervención (la acreditación en este caso) y el diseño de la misma en términos de su capacidad potencial de modificar la realidad que ha motivado su formulación.

La integralidad en este abordaje evaluativo considera, de igual forma, el uso de diferentes herramientas metodológicas, cuantitativas y cualitativas, para responder a las preguntas de la evaluación, considerando tanto las magnitudes en los posibles cambios como el contexto y la percepción de los mismos por parte de las personas involucradas.

Desde esta perspectiva, se plantea como necesario discutir la teoría de cambio de la acreditación como intervención que busca contribuir a fortalecer la calidad de los servicios de salud mediante la estandarización en la provisión de servicios; y a partir de esta lógica, evaluar los resultados de la misma. Esto es, ante la ausencia de un contrafactual, el análisis no buscará estimar efectos, sino analizar tendencias en resultados, contrastando a su vez las tendencias entre establecimientos acreditados y establecimientos no acreditados.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar los efectos de la acreditación, con énfasis en el periodo 2014-2017, en hospitales con intervenciones de Causes, respecto de la capacidad, calidad y seguridad en la atención y prestación de servicios.

Objetivos específicos

1. Analizar los cambios en la regulación del proceso de acreditación entre los periodos 2008-2012 y 2013-2017, e indagar sobre el manejo y opiniones acerca de la normatividad por parte de los responsables federales, estatales de planeación, calidad y del Sistema de Protección Social en Salud.
2. Determinar los incumplimientos más frecuentes en los criterios de acreditación de las unidades médicas.
3. Identificar buenas prácticas implementadas antes, durante y después del proceso de acreditación, considerando las principales dificultades y formas de superarlas, así como las principales lecciones.
4. Evaluar el comportamiento de indicadores de eficiencia, productividad, recursos humanos y seguridad, desde un año antes de la acreditación hasta el año más reciente disponible.
5. Contrastar indicadores de desempeño para condiciones trazadoras de usuarios atendidos antes y después de la acreditación.
6. Conocer las percepciones de los usuarios y prestadores de servicios sobre los cambios a partir de la acreditación en los criterios de capacidad, calidad y seguridad.
7. Conocer las percepciones y propuestas de personal que ha formado parte de los equipos de acreditación para la mejora del proceso y sistematizar la cadena de resultados por la que se espera que este proceso incida en resultados de salud.
8. Proponer recomendaciones al proceso de acreditación, considerando las dimensiones de capacidad, calidad y seguridad de hospitales con intervenciones de Causes, a partir de los resultados y hallazgos del estudio.

Actividades específicas

Para cumplir con los objetivos del estudio, se llevó a cabo un estudio con abordaje metodológico múltiple, a partir de análisis de gabinete y obtención primaria de datos con análisis cuantitativo y cualitativo.

El universo de estudio en un primer momento fueron los establecimientos hospitalarios evaluados para obtener la acreditación en el periodo 2014-2017, mismo que se amplió en el análisis de indicadores a la totalidad de los hospitales de segundo nivel con información reportada en los sistemas de información en salud. De este universo, se obtuvo una submuestra de máxima variación en la que se buscó obtener la máxima variación de casos tomando en cuenta los dos grandes criterios de estatus de acreditación y tipo de unidad hospitalaria para la recolección de información cualitativa.

La submuestra

La muestra se constituyó de 18 unidades hospitalarias seleccionadas, en las que las unidades estuvieron ubicadas en 11 entidades federativas de distintas zonas geográficas del país y en las cuales se representó la diversidad de unidades hospitalarias de la siguiente manera: a) 3 hospitales generales con menos de 60 camas; b) 3 hospitales generales con más de 60 camas; c) 3 hospitales especializados; d) 3 hospitales comunitarios; e) 3 hospitales IMSS PROSPERA y, finalmente, f) 3 hospitales privados.

De igual forma, se entrevistó, tanto a nivel federal como estatal, a los actores clave designados por la DGED y pertenecientes a los puestos clave: 9 actores federales y 22 actores estatales con las siguientes actividades:

- a) Entrevistas semiestructuradas con actores clave a nivel federal y estatal.
- b) Entrevistas semiestructuradas a prestadores de servicios de salud: directivos y jefes de servicios.
- c) Entrevistas semiestructuradas a usuarios de los servicios con padecimientos crónicos.

Los componentes técnicos del estudio para cumplir los objetivos contemplaron las siguientes etapas:

Análisis de gabinete relacionado con el análisis de la regulación y la determinación de los incumplimientos más frecuentes en los criterios de acreditación

- a) Revisión de los documentos normativos relacionados con el proceso de acreditación en los periodos 2008-2012 y 2013-2017 y análisis comparativo de sus contenidos, tomando como referente la evidencia de la literatura.
- b) Medición de los incumplimientos en los criterios de acreditación analizando la información registrada en las cédulas señalando la frecuencia de incumplimientos en establecimientos acreditados y no acreditados por categorías de los mismos en el universo de establecimientos que buscaron la acreditación entre 2014 y 2017 evaluados con las cédulas para hospital general, hospital materno-infantil, hospital comunitario y hospital pediátrico.

Prueba piloto y trabajo de campo

- a) Se diseñaron los instrumentos de recolección de información (guías de entrevistas semiestructuradas por tipo de informante), realizándose una prueba piloto.
- b) Se realizaron entrevistas con los siguientes informantes de los ámbitos federal y estatal:
 - a. *Federal (estas entrevistas se consideraron como definitivas para el estudio):*
 - i. Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)
 - ii. Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación de la DGCES
 - iii. Dirección de Evaluación de la Calidad de la DGCES
 - iv. Subdirección de Acreditación de la DGCES
 - v. Evaluadores(as) con al menos tres años de experiencia
 - vi. Coordinador de asesores del programa IMSS Prospera
 - b. *Estatal*
 - i. Responsable Estatal de Calidad (REC)
 - ii. Responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
 - c. *Establecimientos*
 - i. Directores de hospitales
 - ii. Gestores o responsables de calidad de hospitales
 - iii. Prestadores de servicios (personal médico y de enfermería)
 - iv. Usuarios de consulta externa

Evaluación de indicadores de desempeño

Se calcularon los indicadores de desempeño en las dimensiones de capacidad, calidad y seguridad, comparando el periodo previo a la acreditación hasta 2017, con periodicidad anual y entre hospitales acreditados y no acreditados utilizando análisis de series de tiempo interrumpidas y pareamiento por puntaje de propensión utilizando la información disponible en las bases de datos de la Dirección General de Información en Salud.

Se realizó el mismo tipo de análisis (ASTI y PPP) en indicadores de desempeño en hospitales acreditados y no acreditados, para dos condiciones trazadoras (diabetes mellitus tipo II e infarto agudo al miocardio).

Hallazgos del trabajo de gabinete y campo

Se integró el presente informe final con los resultados del análisis (cuantitativo y cualitativo) en el que se incluyen recomendaciones derivadas del análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA).

Los resultados del análisis de los datos fueron insumos para la realización del FODA y la formulación de recomendaciones a los responsables del proceso de acreditación en términos de capacidad, calidad y seguridad.

Descripción detallada de actividades y procedimientos

OE1. Analizar los cambios en la regulación del proceso de acreditación entre los periodos 2008-2012 y 2013-2017, e indagar sobre el manejo y opiniones acerca de la normatividad por parte de los responsables federales, estatales de planeación, calidad y del Sistema de Protección Social en Salud

El análisis de los cambios en regulación consistió en la revisión documental de la normatividad en los dos periodos señalados, para identificar las modificaciones en las mismas realizadas entre ambos periodos. Para ello, se revisaron los documentos normativos existentes, considerando para esta revisión únicamente los documentos formales existentes y que sean identificados por la DGCES.

El análisis documental se llevó a cabo generando matrices de contrastación de los aspectos regulatorios de la acreditación entre ambos periodos, identificando si a partir de las recomendaciones internacionales los cambios realizados pueden considerarse positivos, neutros o negativos.

De forma complementaria y para contar con un marco de referencia sobre el proceso regulatorio, se realizó una revisión de la literatura internacional sobre el tema, estableciendo en un primer momento los descriptores básicos para la búsqueda, e implementando la búsqueda en bases de publicaciones en línea, incluyendo PubMed, EBSCO y BVS, entre otras.

Por otra parte, en el trabajo de campo se incluyeron en las guías de entrevistas aspectos relacionados con los cambios en el proceso de regulación, para indagar sobre la percepción de éstos por parte de los diferentes informantes relacionados con los mismos, considerando las variaciones en visiones de los diferentes órdenes de gobierno y las posibles diferencias entre entidades.

OE2. Determinar los incumplimientos más frecuentes en los criterios de acreditación de las unidades médicas

Para la revisión de los incumplimientos se analizó la información registrada en el proceso de acreditación, tanto para hospitales finalmente acreditados, como para los que no resultaron acreditados durante este proceso. Para ello, se integró una base de datos registrando la información de los diferentes criterios de acreditación para el conjunto de hospitales que buscaron acreditarse entre 2014 y 2017.

De este conjunto de hospitales se analizó la información contenida en las cédulas de evaluación de la acreditación incorporada en una base de datos. El análisis generó frecuencias del no cumplimiento de los criterios de acreditación, contrastando entre los establecimientos que logran la acreditación contra los que no la logran.

El análisis se realizó en Stata 15 generando estadísticas descriptivas por grupo de criterios y por criterio, e identificando el grupo de criterios que con mayor frecuencia se incumplen para cada tipo de hospital y por estatus de acreditación.

OE3. Identificar buenas prácticas implementadas antes, durante y después del proceso de acreditación, considerando las principales dificultades y formas de superarlas, así como sus principales lecciones

Para alcanzar este objetivo, se utilizó la información de las entrevistas realizadas con personal de los diferentes ámbitos y áreas de gobierno con los siguientes perfiles:

- a. *Federal:*
 - v. Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)
 - vi. Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación de la DGCES
 - vii. Dirección de Evaluación de la Calidad de la DGCES
 - viii. Subdirección de Acreditación de la DGCES
 - ix. Evaluadores(as) con al menos tres años de experiencia
 - x. Coordinador de asesores del programa IMSS Prospera
- b. *Estatat*
 - xi. Responsable estatal de calidad (REC)
 - xii. Responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- c. *Establecimientos*
 - xiii. Directores de hospitales
 - xiv. Gestores o responsables de calidad de unidades hospitalarias
 - xv. Prestadores de servicios (personal médico y de enfermería)
 - xvi. Usuarios de consulta externa con algún padecimiento crónico o bien que contaran con tiempo considerable atendiéndose en el establecimiento

El desarrollo de las guías de entrevista contempló la discusión de la teoría de cambio de la acreditación, a partir de la cual se revisó la cadena de resultados para alcanzar el logro de la misma.

En ese sentido, las entrevistas exploraron las barreras y facilitadores para el logro de los resultados intermedios, y la percepción del personal sobre cómo los hitos identificables en el logro de dichos resultados incentiva, o no, alcanzar los resultados.

A partir de las entrevistas se identificaron experiencias del personal con el proceso de acreditación, las mejores prácticas y principales barreras en el mismo, documentando asimismo los mecanismos implementados para superar las barreras y el éxito percibido de los mismos.

Las entrevistas exploraron asimismo, desde la mirada del personal involucrado, la contribución percibida por los mismos de la acreditación a la mejora en la provisión de los servicios de salud.

OE4. Evaluar el comportamiento de indicadores de eficiencia, productividad, recursos humanos y seguridad, desde un año antes de la acreditación hasta el año más reciente disponible

Este análisis se centró en el análisis de las tendencias en un conjunto de indicadores relevantes en los diferentes ámbitos, explorando los cambios en las mismas para documentar resultados de la acreditación. El abordaje seguido fue inicialmente con análisis de series de tiempo interrumpidas, método cuasiexperimental para identificar la efectividad de intervenciones, complementando con pareamiento por puntaje de propensión.

Para este análisis, se integraron fichas de indicadores a partir de establecido en guías y recomendaciones nacionales e internacionales, señalando la fuente de información y forma de cálculo.

Los indicadores analizados fueron:

Indicadores de capacidad

- Razón de enfermeras por médico de contacto
- Promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico (eficiencia y productividad)
- Promedio diario de egresos (productividad)

Indicadores de calidad

- Porcentaje de ocupación (eficiencia)
- Promedio de días de estancia (eficiencia)

Indicadores de seguridad

- Tasa de bacteremias

Se conformó una base de datos con información para cada establecimiento, de los valores de los indicadores seleccionados para el periodo de análisis, con la periodicidad particular de cada indicador. Se revisó la consistencia de la información, excluyendo valores extremos, y se generó el promedio ponderado para el grupo acreditado y el no acreditado explorando asimismo posibles comportamientos cíclicos.

Los análisis se realizaron en Stata 15, documentando el proceso en archivos de salida de la preparación de los datos y de las estimaciones realizadas.

OE5. Contrastar indicadores de desempeño para condiciones trazadoras de usuarios atendidos antes y después de la acreditación

Para considerar la incidencia de la acreditación en resultados de salud en población atendida, se analizaron la tasa de mortalidad general intrahospitalaria, la tasa de mortalidad por infarto agudo al miocardio y la tasa de mortalidad por diabetes, en todos los casos por hospital y por grupo de hospitales (acreditados y no acreditados). Asimismo, los días de estancia por IAM y por DM.

El análisis asume que los resultados en salud son el resultado final de la acreditación. Se realizó considerando la totalidad de hospitales de segundo nivel que reportaron información, y considerando el periodo 2001 a 2017.

OE6. Conocer las percepciones de los usuarios y prestadores de servicios sobre los cambios a partir de la acreditación en los criterios de capacidad, calidad y seguridad

Para este objetivo se identificaron los cambios esperables (y los no deseables), a partir de la teoría de cambio, diferenciando entre lo que se esperaba sea percibido por el personal y por los usuarios.

Este objetivo se abordó mediante las entrevistas realizadas. Para este objetivo, el énfasis estuvo en documentar la percepción de los cambios, considerando para ello en las guías la exploración de cambios desde la perspectiva de procesos, esto es, de los procedimientos que ocurren (o deben ocurrir) en la atención de los usuarios.

OE7. Conocer las percepciones y propuestas de personal que ha formado parte de los equipos de acreditación para la mejora del proceso y sistematizar la cadena de resultados por la que se espera que este proceso incida en resultados de salud

Detallando a partir de la teoría de cambio, reflejada en las temáticas a incluir en las guías de entrevista, para este objetivo se analizó la visión del personal que ha participado en la acreditación sobre los ajustes en la misma, para incidir de forma más clara en el logro esperado de este proceso.

En lo general, la guía validó inicialmente la lógica de la teoría de cambio, para posteriormente explorar los atributos de la misma (racionalidad, factibilidad, evaluabilidad), así como explorar áreas de mejora a partir de identificar el objetivo esperado del proceso.

Como se señaló previamente, las entrevistas en los establecimientos hospitalarios incluyen:

- i. Directores de hospitales
- ii. Gestores o responsables de calidad de unidades hospitalarias
- iii. Prestadores de servicios (personal médico y de enfermería)
- iv. Usuarios de consulta externa con algún padecimiento crónico o bien que contarán con tiempo considerable atendiendo en el establecimiento

OE8. Proponer recomendaciones al proceso de acreditación, considerando las dimensiones de capacidad, calidad y seguridad de hospitales con intervenciones de Causas, a partir de los resultados y hallazgos del estudio

Este objetivo se logró a partir de la integración de la información obtenida y generada para el cumplimiento de los objetivos previos del proyecto. Para ello, se desarrollaron sesiones de discusión entre el equipo de investigación del proyecto en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), refinando las recomendaciones.

Planeación detallada de la prueba piloto

Para la realización de la prueba piloto, se desarrollaron inicialmente los instrumentos de recolección de información, a partir del planteamiento de la teoría de cambio del programa, como guía para identificar los resultados intermedios de la acreditación y los procesos involucrados para el logro de los mismos.

Las guías de entrevista para el personal de salud se enfocaron en obtener por parte de los informantes la narrativa sobre la acreditación, su utilidad y logros. Esto es, el énfasis en la información que se requiere se encuentra en el rol del individuo de forma profesional.

Sobre esta lógica, se realizó inicialmente un taller entre el equipo de investigación del INSP para desarrollar una propuesta de la teoría de cambio de la acreditación, a partir de la normatividad y de la evidencia sobre esta temática en la literatura, informada por la experiencia del equipo.

A partir de este insumo, se propusieron las de guías para las entrevistas con el personal de salud, funcionarios, evaluadores y usuarios. Asimismo, se diseñaron los formatos de carta de consentimiento informado para la obtención de autorización de las entrevistas.

Como segunda fase se efectuó la prueba de guías de entrevistas en dos etapas; la primera los días 11 y 12 de enero de 2018 en las Oficinas Centrales de los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo y en el Hospital Regional Otomí Tepehua en la localidad de San Bartolo Tutotepec, perteneciente al mismo estado. La segunda se realizó los días 31 de enero y 1 de febrero con un actor clave a nivel federal vía telefónica y con pacientes del Hospital del Niño y el Adolescente Morelense ubicado en el municipio de Zapata en el estado de Morelos. Como resultado de esta fase las guías fueron modificadas, además de lograrse identificar aspectos necesarios a considerar para la realización del levantamiento formal de datos, tales como la necesidad de contar con citas establecidas a fin de cumplir en tiempo y forma con los requerimientos del estudio. El énfasis en el piloto fue validar operativamente la capacidad de las guías para propiciar entrevistas que generen información útil para el proyecto. Adicionalmente, se ajustaron aspectos de fraseo de las temáticas, de especificidades normativas relevantes para la mejor comprensión de las mismas, y definición de los temas factibles de abordarse en entrevistas de 60 a 90 minutos.

Un aspecto central previo al piloto fue la capacitación del personal que llevaría a cabo las entrevistas. La investigadora cualitativa integró un manual para la aplicación de las guías y el proceso de consentimiento informado. También capacitó a una persona para el piloto. En ese sentido, se validó al mismo tiempo el manual y el proceso de capacitación.

Trabajo de campo

El trabajo de campo se llevó a cabo de los días 4 a 21 de abril de 2018 en 11 entidades federativas y 18 unidades hospitalarias en concordancia con lo establecido por la muestra convenida.

El plan de trabajo inicial era el de visitar las entidades federativas y localidad de acuerdo a la ruta señalada arriba; sin embargo, a pesar de haberse cumplido las metas

de número de entrevistas a realizar se debieron efectuar ciertas modificaciones y adecuaciones sobre la marcha, que a continuación se especifican.

Fue necesario realizar dos entrevistas vía telefónica. La primera de ellas con la Directora del Hospital del Niño Morelense en Zapata, Morelos, quien no se encontraba en el hospital al momento de la visita. El REC estatal le solicitó al entrevistador que la realizara vía telefónica para ajustarse a los tiempos de la entrevistada dado que su agenda es muy complicada.

La segunda entrevista vía telefónica fue con la Responsable Estatal de Calidad del Estado de México. Desde el momento de establecer contacto con ella para coordinar la logística de la visita al estado, nos solicitó que la entrevista se le realizara vía telefónica el día 6 de abril y no el 9 como estaba programado dado que ella no se encontraría en el Estado de México en dicha fecha.

En ambos casos, se revisaron los audios y diarios de campo correspondientes a las entrevistas, llegando a la conclusión de que el hecho de haberse realizado vía telefónica no demerita la calidad de la información a través de ellas obtenida pues se obtuvieron respuestas claras para cada una de las preguntas de las guías.

Por otro lado, fue necesario sustituir dos unidades hospitalarias de la muestra por diferentes razones. En Chiapas se tenía planeado visitar el H.B.C. Ocosingo y el H.B.C. Santo Domingo; sin embargo, la Dra. Norma Esther Sánchez, Responsable Estatal de Calidad, nos comentó que el estado enfrenta diversas situaciones sociales que se traducen en bloqueos de carretera y dificultad para acceder a algunas de las localidades. Señaló que el H.B.C. de Santo Domingo se ubica en zona zapatista, siendo lo más probable que se nos prohibiera el acceso. Fue ella misma quien sugirió el reemplazo del hospital, lo que se hizo con apoyo de la DGED acordando que se visitaría el H.B.C. de San Juan Chamula ubicado en la misma entidad federativa.

El segundo reemplazo se realizó en el estado de Jalisco con el Hospital Vallarta S.A. de C.V. que, al momento de la visita, se encontraba cerrado, con lo que nos enteramos de que estaba en esas condiciones desde hace más de un mes. Dicha unidad fue sustituida por el Hospital San Javier ubicado en la misma localidad y de las mismas características.

Finalmente, en el estado de Nayarit fue imposible realizar entrevistas a usuarios. Dadas las circunstancias de reciente acreditación de la unidad visitada, aun no contaban con pacientes afiliados al Seguro Popular al momento de hacer la visita.

La información fue audio-grabada en medios digitales, y se realizaron diarios de campo, que incluyeron los comentarios centrales y la lectura de las entrevistas en el sentido de mensajes principales y aspectos del contexto de la realización de las mismas.

En forma paralela a la realización de las entrevistas, la información fue enviada para la transcripción de las entrevistas, así como la definición de los códigos de análisis finales.

Cronograma

Actividades/ entregables	Semanas																																		
	Octubre			Noviembre			Diciembre			Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
	16-20	23-27	30-31	6-10	13-17	20-24	27-30	1	4-8	11-15	18-22	1-5	8-12	15-19	22-26	29-31	1-2	5-9	12-16	19-23	26-30	1-4	7-11	14-18	21-25	28-31	1	4-8	11-15						
Reunión inicial: definición de fechas de entrega																																			
Reuniones de seguimiento del proveedor con el área técnica																																			
Entregable 1. Plan de trabajo																																			
Entregable 2. Análisis de los cambios en la regulación del proceso de acreditación entre los periodos 2008-2012 y 2013-2017																																			
Entregable 3. Determinar los incumplimientos más frecuentes en los criterios de acreditación de las unidades médicas																																			
Entregable 4. Diseño, pilotaje y versiones finales de instrumentos de recolección de información (guía de entrevistas y cédulas)																																			
Trabajo de campo																																			

(Continúa...)

(Continúa...)

Actividades/ entregables			Semanas																																									
			Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35							
Entregable 5. Resultados del trabajo de campo de entrevistas sistematizadas y análisis cualitativo preliminar			16-20	23-27	30-31	1-3	6-10	13-17	20-24	27-30	1	4-8	11-15	18-22	25-29	1-5	8-12	15-19	22-26	29-31	1-2	5-9	12-16	19-23	26-30	1-2	5-9	12-16	19-23	26-30	2-6	9-13	16-20	23-27	30	1-4	7-11	14-18	21-25	28-31	1	4-8	11-15	
Entregable 6. Evaluación de indicadores de eficiencia, productividad, recursos humanos y seguridad, así como de condiciones trazadoras de usuarios de servicios																																												
Entregable 7. Informe final de estudio con hallazgos del trabajo de gabinete y campo, así como recomendaciones de mejoras de mejora del proceso																																												

Referencias

1. Jesse WF. Garantía de la calidad en los Hospitales de Estados Unidos. *Salud Publica Mex* 1990;32(2):131-137.
2. De Moraes Novaes H. Implantación de programas de la garantía de la calidad en los hospitales América Latina y el Caribe. *Educ Med Salud* 1993;27(3).
3. The principles of quality assurance. WHO Working Group. *Qual Assur Health Care* 1989;1(2-3):79-95.
4. Ruelas E, Poblano O. (Eds). *Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica*. 2ª Ed., 2007. Instituto Nacional de Salud Pública, México.
5. Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de julio de 1992. Disponible en: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/130_181215.pdf
6. DOF: 15/05/2003. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003
7. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 22-06-2017. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_220617.pdf
8. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Última Reforma DOF 08-06-2011. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf
9. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ri190104.html>
10. Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018. Gobierno de la República. Programa Sectorial de Salud. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html
11. Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. DOF: 06/12/2016. Disponible en: http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dec-acr_00A.pdf

Análisis de los cambios en la regulación del proceso de acreditación entre los periodos 2008-2012 y 2013-2017

Introducción

La acreditación se inserta conceptualmente en una de las funciones fundamentales de los Sistemas de Salud, que es la Función Rectora. Forma parte de las seis dimensiones de la rectoría, de acuerdo con la OPS/OMS, como la “regulación y fiscalización del funcionamiento del sistema de atención a la salud” y es definida como “la fiscalización del cumplimiento de los códigos sanitarios y/o las normas dirigidas a [...] la acreditación y control de la calidad de los servicios médicos”.¹ La acreditación se enfoca en el proceso de atención al paciente, con un marco de referencia de criterios óptimos de eficiencia (máxima efectividad con los recursos disponibles). Se ha documentado que los programas de acreditación son procedimientos que permiten la mejora de la calidad del sector salud.² Uno de los insumos relevantes para evaluar los efectos de la acreditación de capacidad, seguridad y calidad de los establecimientos prestadores de servicios de atención médica del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es el análisis de las modificaciones en la regulación que se han realizado desde su origen hasta la fecha actual. La normatividad inicial fue establecida con base en las disposiciones previstas por la Ley General de Salud (LGS) vigente en 2004, fecha de su creación. Desde entonces y derivado de la dinámica poblacional en salud, del aumento de la cobertura del SPSS y de las políticas en salud dirigidas a avanzar en una mayor respuesta a las necesidades de atención de la población, se establecieron nuevas disposiciones y se actualizaron las existentes, con el propósito de hacer la normatividad acorde con los objetivos propuestos para la mejor atención en salud a los beneficiarios del SPSS. La revisión de la evolución en la regulación de los procedimientos e instrumentos para la acreditación a lo largo de dos periodos seleccionados (2008-2012 y 2013-2017) y el análisis comparativo de dicha regulación entre ambos periodos permitirán un sustento para una adecuada comprensión e interpretación de los efectos del proceso de acreditación.

Por otro lado y considerando el entorno internacional, la acreditación de hospitales se ha implementado progresivamente como elemento de la rectoría de los sistemas de salud en el mundo y cada país ha establecido el modelo que responde a su propio sistema de salud. Si bien el modelo de México ha evolucionado en un contexto específico, tanto de establecimientos como de población a atender, el análisis de otros modelos es relevante como referente de estrategias exitosas aplicables para mejorar el proceso.

Análisis de los cambios en la regulación del proceso de acreditación

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La regulación del proceso de acreditación debe contextualizarse desde un referente amplio, representado en primer término por el marco de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), que en el texto vigente* y en el Artículo 1º establece los derechos humanos como condición de todas las personas, así como la garantía para su protección, lo que no podrá restringirse ni suspenderse; el Artículo 2º (Fracción BIII) obliga a la Federación, entidades federativas y municipios a asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud. Asimismo, el Artículo 4º indica que “toda persona tiene el derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”. En dicho artículo, la tercera mención establece que “la autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país”.

Ley General de Salud

La LGS reglamenta el derecho a la protección social de la salud, que se fundamenta en el Artículo 4º de la CPEUM. En 2003 (DOF, Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, 15 mayo 2003), la LGS adiciona en el Artículo 3º, Fracción II bis, la Protección Social en Salud como materia de salubridad general. Asimismo, se adiciona el Título Tercero Bis De la Protección Social en Salud, que en sus Capítulos del I al X establece las disposiciones generales y de manera detallada todas las disposiciones relativas al mismo‡ y que permanecen vigentes.§

En el Título Tercero Bis De la Protección Social en Salud, Capítulo II De los beneficiarios de la Protección Social en Salud, Artículo 77 Bis 9, se establece que la Secretaría

* CPEUM, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF): 15-09-2017.

‡ DOF 15/05/2003. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud.

§ Ley General de Salud, texto vigente (última reforma en el DOF: 12-11-2015).

de Salud es quien determinará los requerimientos mínimos para brindar atención a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, y que “la acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:

- I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud;
- II. Aplicación de exámenes preventivos;
- III. Programación de citas para consultas;
- IV. Atención personalizada;
- V. Integración de expedientes clínicos;
- VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y
- VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica”.

Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012 incorporó dentro del eje “3. Igualdad de oportunidades”, el Objetivo 5, orientado a brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Así, la Estrategia 5.1 consistió en “Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos”, con acciones dirigidas a implementar un Sistema Integral de Calidad en Salud para la mejora de la calidad técnica y la calidad percibida de los servicios brindados.

El PND 2013-2018 incorporó en la Meta Nacional VI.2 México Incluyente, el Objetivo 2.3, que consiste en asegurar el acceso a los servicios de salud, y la Estrategia 2.3.4, que hace énfasis en asegurar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, con líneas de acción enfocadas a consolidar la regulación de los establecimientos de atención médica.

Entre ambos PND se evidencia una diferencia radical, ya que el PND 2007-2012 manifiesta el propósito de mejorar la calidad técnica e interpersonal, mientras que la relevancia del PND 2013-2018 se manifiesta en el avance hacia un modelo conceptual más amplio que el previo en términos de equidad, mediante una estrategia que busca el acceso a servicios con resultados en salud (acceso efectivo), para lo que destaca la “regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica”, especificando de manera clara “la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas” como una de sus líneas de acción.

Programa Sectorial de Salud

En el periodo 2007-2012 el Programa Sectorial de Salud (Prosesa) planteó cinco objetivos que buscaron dar respuesta a los retos del país en materia de salud. En el Ob-

jetivo 3 Prestar servicios de salud con calidad y seguridad, la Meta 3.1 estableció la acreditación del total de unidades de salud con provisión de servicios al SPSS. Para el periodo 2013-2018 del Prosesa, la referencia específica del proceso de acreditación se presenta en la Línea de Acción 2.2.4 Consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutive, la cual deriva de la Estrategia 2.2 que establece “Mejorar la calidad de los servicios de salud brindados por el Sistema Nacional de Salud”, que a su vez se inserta en el Objetivo 2, dirigido a “Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad”.

Si bien la acreditación se identifica como meta desde el periodo 2007-2012, el Prosesa actualmente vigente compromete la consolidación del proceso y le da la capacidad de ser un elemento para la respuesta efectiva de los servicios de salud.

Programas de Acción Específicos (PAE)

El PAE 2007-2012 Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad) propone como parte de la organización del Programa “Un sistema de calidad total: de la acreditación a la mejora continua, que garantice la continuidad de las iniciativas de calidad” y la incorpora como uno de sus proyectos dentro de la calidad en la gestión de los servicios de salud. Su objetivo general fue “Establecer los procedimientos para acreditar y supervisar los establecimientos de salud que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud, así como medir el impacto que supone el proceso de acreditación en dichos establecimientos”. El proyecto de Acreditación y Garantía de Calidad se dividió en tres grupos de acciones: a) Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad, b) Supervisión de Establecimientos Acreditados y c) Evaluación del Impacto de la Acreditación.* Para el periodo 2013-2018, y derivado del Prosesa, la DGCES estableció objetivos, estrategias y líneas de acción, para “Conducir y operar la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, considerando la formación y capacitación de los profesionales de la salud”. Así, en materia de acreditación, el Objetivo 4 considera “Direccionar las acciones de acreditación para consolidar la mejora de la calidad y el acceso efectivo a la salud”, estableciendo la siguiente estrategia y líneas de acción:

Estrategia 4.1 Alinear acciones intersectoriales e institucionales que permitan un acceso efectivo a los establecimientos y servicios de salud a través de la acreditación.

Líneas de acción

4.1.1 Ejecutar las medidas necesarias para dar cumplimiento a los planes de acreditación de las entidades federativas

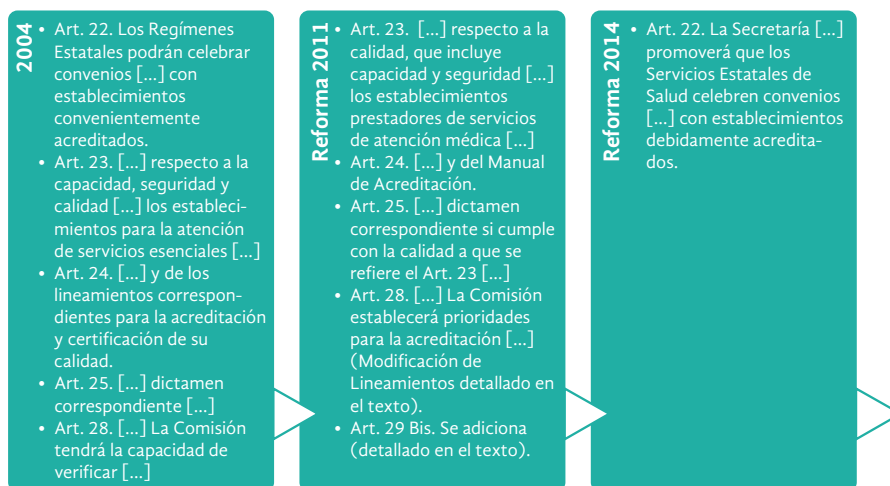
* Programa de Acción Específico 2007-2012. Sicalidad. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.

- 4.1.2 Retroalimentar los servicios de salud de las entidades federativas para la vinculación de necesidades con el proceso de acreditación
- 4.1.3 Establecer criterios para el acceso al financiamiento federal basados en las necesidades y el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad
- 4.1.4 Vincular las estrategias de acreditación de establecimientos de atención médica con otros esquemas de garantía de calidad de la atención
- 4.1.5 Contribuir a la formulación, implementación y seguimiento de los modelos de atención para optimizar el uso de recursos y alcanzar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad
- 4.1.6 Evaluar el funcionamiento de las instituciones de seguros especializadas en salud (ISES)

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud

En 2004 se publicó por primera vez el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (RLGSMPS), en el que se establece formalmente la acreditación para establecimientos que presten servicios para el SPSS; desde entonces se le han efectuado dos reformas, en 2011 y en 2014.

El Reglamento 2004 incorporó aspectos relacionados con el proceso de acreditación, contenidos en el Capítulo II de los Prestadores de los Servicios, Sección Primera (Generalidades, artículos 21 y 22) y Sección Segunda (De la Acreditación de Capacidad, Seguridad y Calidad, artículos 23 a 29). En el año 2011 (DOF 08-06-2011) se realizó una reforma al Reglamento, con modificaciones en los artículos 23, 24, 25, 28 y 29, como se presenta en el esquema siguiente.



El Artículo 28 del Reglamento 2004 establece que el *Manual para la Acreditación de Capacidad, Seguridad y Calidad* especificará (adicionalmente a lo estipulado en el Art. 77 Bis 9 de la Ley) en sus lineamientos al menos lo relacionado con prestación de servicios, operación y promoción de las Cartillas Nacionales de Salud, impulso progresivo a certificación de competencias del personal, condiciones de la permanencia en el Sistema de un prestador de servicios, requerimientos para los establecimientos que desarrollen procesos de formación y actualización médica y procedimiento en caso de resultados desfavorables. Para la Reforma 2011 se modifican los lineamientos mínimos para la acreditación lo relacionado con:

- El procedimiento para la obtención del dictamen de acreditación para establecimientos que brindan servicios esenciales y del FPGC.
- Se establecen los requisitos de mejora continua para las unidades que renueven la acreditación.
- El procedimiento en los casos de dictamen no favorable y de supervisión y suspensión, así como el contenido mínimo del Plan de Contingencia.
- Criterios mayores y características de las cédulas de evaluación. El perfil técnico del personal que realizará el proceso de acreditación y supervisión.
- Artículo 29 Bis. Adicionado, contiene lo referente a los procedimientos que realizará la Secretaría en caso de que un establecimiento ponga en riesgo la seguridad de los beneficiarios o trabajadores e incumpla los requerimientos de acreditación, estableciendo para esta última la suspensión de la acreditación.

Finalmente, en la reforma de 2014, el único artículo modificado en relación con el proceso de acreditación es el 22. Así, mientras que en 2004 los Regímenes Estatales podían celebrar convenios con establecimientos para la atención médica “convenientemente acreditados”, en 2014 el Reglamento establece que es la Secretaría quien promoverá que los Servicios Estatales de Salud (Sesa) celebren dichos convenios con establecimientos para la atención médica “debidamente acreditados”.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

En el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud actualmente vigente se establecen las facultades de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud; en el Capítulo X, Artículo 18, Numeral XVI, se encuentra la de regular y conducir el proceso de acreditación:

- Establecer, emitir, operar los instrumentos y mecanismos necesarios para el desarrollo del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en los establecimientos de atención a la salud, incorporados al Sistema de Protección Social en Salud.*

* Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Publicado en el DOF el 19 de enero de 2004. Última reforma en el DOF: 10-01-2011.

Manuales de acreditación

En 2004 la DGCES publicó el primer manual de acreditación, titulado *Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud*. El manual se consideró como un “método para incorporarse al proceso funcional para la Acreditación, sus requisitos, los instrumentos de evaluación, contenidos en el subcapítulo de Procedimientos, así como la estructura funcional responsable de éste”. Desde entonces, nuevas versiones han sido publicadas en 2011, 2013 y 2016.

Los manuales publicados en 2011 y 2013 se denominaron: *Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud*. En tanto, el de 2016 se publicó como *Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica*; fue el primero publicado en el DOF.

Las primeras tres versiones tuvieron componentes que, si bien cambiaron con el tiempo, mantuvieron una estructura común, mientras que la versión de 2016 cambió sustancialmente. Debido a ello, se presentarán en un primer apartado los cambios más importantes del manual 2004 para 2011 y 2013. El manual de 2016 será mencionado más adelante como documento independiente.

Los cambios más relevantes en 2011 consistieron en reemplazar el término “Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Atención Médica de la Secretaría de Salud”, por “Establecimientos de los Sesa, establecimientos privados y otras instancias públicas”. Lo relevante es la inclusión de los proveedores de salud privados como parte de la rectoría de la Secretaría de Salud en términos de regulación. Otro cambio importante fue la sustitución de la denominación evaluación/evaluadores por auditoría/auditores, con lo que se profesionaliza el perfil de los responsables del proceso de acreditación y supervisión, estableciendo auditores líderes para participar en las visitas a los establecimientos y dar seguimiento a las recomendaciones de la resolución de acreditación, como parte de la Red de Evaluadores y Acreditadores de la Calidad (Reacal).

En el año 2013 resalta el establecimiento de un Programa Anual de Acreditación como instrumento que las entidades federativas deberán elaborar para enumerar los establecimientos de atención médica con posibilidad de ser acreditados (si bien entre 2007 y 2011 ya se incluía este requerimiento en las *Instrucciones* emitidas en este periodo). A continuación, se describen los cambios más relevantes en apartados específicos de los manuales.

Objetivo general

- El “proceso de evaluación y acreditación”, como se menciona en 2004, cambia a “el procedimiento de evaluación inicial de las condiciones bajo las cuales se ejerce la práctica médica” en 2011. De la misma forma, mientras que en 2004 se refiere “a los establecimientos públicos que prestan servicios al SPSS”, el manual del 2011 sólo hace mención a “los establecimientos para la atención médica que otorgan servicios esenciales”. Para 2013 el objetivo del manual se centra “en establecer los lineamientos de evaluación”.

Objetivos específicos

- El principal cambio se observa en la incorporación en 2011 de los establecimientos privados y otras instancias públicas, además de los Sesa; el manual previo sólo contemplaba a los establecimientos públicos para la prestación de servicios. De la misma forma, se adicionaron objetivos relacionados con evaluar el esfuerzo que realizaban los establecimientos para acceder a la acreditación, la identificación del impacto del proceso de la acreditación y la supervisión de la acreditación.

Para 2013, se adiciona la definición de procedimientos para prestadores que brindan servicios cubiertos por el FPGC; asimismo, se establece la definición de criterios mayores y el diseño del perfil del personal evaluador (requiriéndose formación profesional de licenciatura o posgrado en las disciplinas de ciencias de la salud o administración). De la Secretaría de Salud:

- En este apartado, los principales cambios se observan en el sustento legal de la acreditación: en 2011 se sostiene sólo en la LGS y el RLGSMPSS, excluyendo el Art. 18 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud mencionado en el manual de 2004.
- En 2011, el manual establece los criterios mínimos indispensables para que un establecimiento o servicio sea considerado como candidato a ingresar al SPSS. Se agrega el criterio de objetividad, a ser tenido en cuenta en el proceso de acreditación. Se adiciona el término “supervisión”, para dar seguimiento a los resultados obtenidos en el proceso de acreditación por parte de la DGCES. Se establece que las entidades federativas deberán contar con un Plan Anual de Acreditación; asimismo, posterior a la acreditación se adiciona que las entidades y los Responsables Estatales del Seguro Popular (REPS) deberán desarrollar un programa que garantice servicios con un mínimo de calidad.
- Para 2013, se especifica que la DGCES es quien emite el dictamen de acreditación. Asimismo, el Plan Anual de Acreditación cambia y se denomina para este

año como Programa Anual de Acreditación. Se adicionan procesos para los establecimientos que deseen ser incorporados al Programa. Se establece la Red de Evaluadores de Acreditación de Calidad para apoyar el proceso de acreditación y supervisión en los estados.

De la estructura responsable de la acreditación

- El término “evaluadores” usado en 2004 es reemplazado por equipos de “auditores” en 2011. En este manual se menciona por primera vez el uso de cédulas para el cotejo de los elementos de los catálogos vigentes. Se agregan y especifican diversos aspectos relacionados con las cédulas: la actualización anual y su difusión; su elaboración a partir de los protocolos emitidos por el Consejo de Salubridad General y su validación por la CNPSS o la instancia rectora; y la incorporación de elementos relacionados con atención a personas indígenas. Se establece que el personal auditor federal se actualizará anualmente.
- El manual de 2013 establece dar respuesta a los requerimientos de las entidades, según el Programa Anual de Acreditación.

De los establecimientos públicos para la prestación de servicios de atención médica

- En el manual 2011 se elimina la frase de 2004 que mencionaba “garantizar la atención oportuna y el trato digno en los servicios a los pacientes y familiares en su caso”. En relación con los aspectos que deberán ofertar los establecimientos en prescripción y surtimiento de medicamentos, se agrega el “control” de los mismos. Se consideran importantes las competencias del personal médico y paramédico que labora en “establecimientos fijos, móviles y servicios”. Se adiciona la necesidad de capacitar al personal de salud en competencias de interculturalidad en establecimientos ubicados en localidades indígenas. Se adicionan diversos aspectos relacionados con los establecimientos médicos, como la acreditación como condición para que un establecimiento permanezca en el Sistema el proceso a seguir en los casos de dictamen no favorable, el ingreso de establecimientos con dictamen de acreditación al programa de supervisión y la necesidad de previo dictamen de acreditación para los que deseen incorporarse al SPSS.
- El dictamen de acreditación pasa de condición a requisito en 2013; también se adiciona lo estipulado en el Art. 29 bis, que determina que en los casos que se genere un dictamen no favorable el establecimiento será informado para que proceda a resolverlo. Finalmente, se agrega que los establecimientos acreditados ingresarán al Programa de Supervisión y Suspensión de la Acreditación.

De la estructura funcional

- El “Comité para la Acreditación” de 2004 cambia en 2011 a “Órgano para la Acreditación”. El “equipo de evaluación” de 2004 pasa a “equipo de auditoría” en 2011.
- En 2011 se especifica que la acreditación será concedida por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, propuesta de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Se precisan las funciones del auditor federal y se establece que el equipo de auditores dependerá del tipo o complejidad del establecimiento a auditar. Se adiciona la posible incorporación de auditores federales o estatales, que por el ámbito de competencia sea de interés involucrarse en la auditoría.
- El “Comité Técnico” de 2004 pasa a denominarse “Grupos de Consenso” en 2011.
- En el manual de 2013 se adicionan los procesos para emitir el dictamen. Y se especifican las funciones de la Jefatura de Departamento de Acreditación de Establecimientos y Servicios, el Coordinador Federal y el Personal Evaluador Federal, así como los procedimientos que debe llevar a cabo el equipo que acude a las entidades federativas e evaluar los establecimientos.

Del proceso de acreditación

- En la Fase 1 de autoevaluación cambian los siguientes aspectos:
En 2011:
 - Las cédulas, a diferencia de 2004, se ubican en el portal web de la DGCES. Asimismo, en el manual 2011 se adiciona que los Responsables Estatales de Calidad validarán los contenidos de las cédulas de autoevaluación. Las autoevaluaciones deberán enviarse a la DGCES vía electrónica y la Subdirección de Acreditación de Calidad utilizará la citada información para la elaboración de los planes de visita.
 - Para el CAUSES: con base en el desempeño histórico del estado y a decisión de la Federación, algunas autoevaluaciones con puntajes de acreditación, se les otorgará el dictamen de acreditación. Para Gastos Catastróficos, Caravanas de la Salud y Seguro Médico para una Nueva Generación, la autoevaluación es única y exclusivamente para fines de conocer las condiciones previas a la auditoría formal.
 - En el caso de la reacreditación, será otorgado el dictamen correspondiente cuando los establecimientos cumplan con los requisitos de mejora continua* establecidos por la DGCES.

* Los requisitos de mejora continua no se especifican en el manual de 2011. En el manual de 2016 se describen como: 1) contar con un modelo de gestión de calidad total; 2) fuentes de identificación de oportunidades de mejora; 3) análisis de las causas de los problemas de calidad a mejorar; 4) priorización de los procesos a intervenir; 5) proyectos de mejora que integrarán el programa; 6) programa de ejecución.

En el manual de 2013,

- La Fase 1 de autoevaluación se denomina “Programación”. Se establece que el proceso de acreditación podrá ser realizado por cualquiera de las dos modalidades: i) Acreditación de CAUSES en establecimiento fijo o móvil y ii) Acreditación y Servicios de Alta Especialidad en Gastos Catastróficos. De igual forma, se menciona el rol de los Responsables Estatales de Calidad en el proceso. Se hace mención al Programa Estatal de Acreditación, el cual debe incluir a todos los establecimientos autoevaluados que cumplen con el puntaje aprobatorio. Finalmente, se suprime lo relacionado con los procesos de reacreditación en este apartado y se determina que la DGCES establecerá un Programa Anual de Acreditación y Supervisión.

En la Fase 2 de Auditoría,

- En el manual 2011: Se detallan las principales actividades a cargo de la DG-CES: la determinación de visitas de auditoría a los establecimientos con autoevaluación de acreditados, así como para las actividades de supervisión. Se establecen los pasos que llevará a cabo el Coordinador Federal, el cual, entre otras funciones, entrega la cédula aplicada en la auditoría a la Subdirección de Acreditación de Calidad y anota las calificaciones en la plataforma informática (SINAES).
- La Subdirección de Acreditación de Calidad evalúa los resultados de la auditoría y prepara un dictamen preliminar, el cual es enviado a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; ésta es quien resuelve y comunica el dictamen a los Sesa. Finalmente, se detalla el proceso para los casos con dictamen no favorable y dictamen favorable.

En el manual de 2013:

- La Fase 2 es llamada “Evaluación”. Como primer paso se establece la planeación y logística. Se suprimen los numerales detallados referidos en el manual de 2011, simplificando el proceso. Se mantienen los procesos y funciones del Coordinador Federal. Se adiciona que los evaluadores no podrán emitir resultados preliminares. Finalmente, se enlistan las actividades y procesos relacionados con el dictamen, el cual se encuentra a cargo de la DGCES.

De la vigencia

- En 2004 la vigencia de la acreditación era de dos años, para 2011 se estableció en cinco años; en 2013 es indefinida, tanto para los establecimientos proveedores de servicios del CAUSES, como para los Servicios de Alta Especialidad dentro del FPGC.

En los manuales de 2011 y 2013 se efectuaron modificaciones en los siguientes apartados:

- El programa de supervisión de la DGCES al que ingresarán los establecimientos acreditados, para constatar la vigencia de las condiciones de acreditación.
- Evaluación de impacto para los establecimientos acreditados o en proceso. Esta evaluación es retirada del manual de 2013.
- La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, por medio de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, es quien mantendrá informada a la CNPSS sobre los establecimientos acreditados y no acreditados.
- Proceso para llevar a cabo la suspensión de la acreditación; éste se mantiene en 2013, pero se crea un marco legal para el procedimiento de supervisión o suspensión de la acreditación.
- Se especifica el perfil de auditor. En 2013 se hace mención del perfil técnico del personal para la acreditación y se detallan los requisitos en términos de la formación profesional, la experiencia laboral y las competencias.

En el manual de 2013 se adiciona y detalla el Plan de Contingencia que deberán elaborar los establecimientos de salud que no estén en condiciones de superar la cédula de autoevaluación y que atiendan a afiliados al Seguro Popular, con base en el RLGSMPS. Este Plan tiene el propósito de “identificar los problemas que impiden la acreditación de las unidades que operan servicios para el Seguro Popular y cuantificar sus necesidades”, para establecer alternativas de solución y plazos. El Plan debe contener: a) fecha de aplicación de la cédula de autoevaluación, b) descripción de las necesidades, c) validación del Plan y d) fecha para cumplir los requerimientos.

Criterios y ponderación 2004, 2011 y 2013

En 2004:

- Los establecimientos deben cumplir con “tres grandes temas para la acreditación”, que corresponden a capacidad, seguridad y calidad.
- La acreditación se otorga bajo la clasificación: obtención de la acreditación al cumplir de 85 a 100% de los requerimientos, acreditación condicionada con cumplimiento de 70 a 84% y no acreditado con puntuación menor a 70%. Se estableció una tabla de ponderación para cada una de las dimensiones de capacidad, seguridad y calidad.

En 2011:

- Los establecimientos deben cumplir satisfactoriamente con los tres capítulos para la acreditación: capacidad, seguridad y calidad.

- El otorgamiento de la acreditación se especificó por establecimiento: CAUSES de primer nivel de atención (unidades móviles de las caravanas para la salud, centros de salud, CAAPS, Unemes y hospitales integrales o sus equivalentes), CAUSES de segundo nivel de atención, servicios del FPGC y Seguro Médico de Nueva Generación. A diferencia de 2004, se utilizó el criterio de acreditado con un cumplimiento de 85 a 100% y no acreditado con cumplimiento menor a 85%. Este criterio aplicó también para los establecimientos del segundo nivel de atención en el CAUSES, los servicios del FPGC y el Seguro Médico de Nueva Generación.
- En los criterios de ponderación se agregan los criterios mayores; si estos no se cumplen, el establecimiento debe realizar un plan de contingencia. Los criterios mayores se establecen por tipo de servicio de la siguiente forma:
 - CAUSES primer nivel de atención y Caravanas de la Salud: recurso humano profesional
 - CAUSES segundo nivel: recurso humano y área quirúrgica
 - Gastos catastróficos: recurso humano profesional y área quirúrgica
 - Se mantiene la tabla de ponderación para cada uno de los criterios: capacidad, seguridad y calidad.

En 2013:

- Los establecimientos deben cumplir satisfactoriamente con los tres capítulos para la acreditación: capacidad, seguridad y calidad.
- El otorgamiento de la acreditación se mantuvo por establecimiento; así para CAUSES del primer nivel de atención (unidades móviles de las caravanas para la salud, centros de salud, CAAPS, Unemes y hospitales integrales o sus equivalentes), la acreditación se otorga con un cumplimiento de 85 a 100% y no acreditado cuando el cumplimiento es menor a 85%. Este criterio aplicó para los establecimientos del segundo nivel de atención en el CAUSES, los servicios del FPGC y el Seguro Médico de Nueva Generación.
- En los criterios de ponderación se mantienen los criterios mayores; si estos no se cumplen, el establecimiento debe realizar un plan de contingencia. Los criterios mayores se establecen por tipo de servicio de la siguiente forma:
 - CAUSES primer nivel de atención y Caravanas de la Salud: recurso humano profesional
 - CAUSES segundo nivel: recurso humano, planta de emergencia y área quirúrgica.
- Se mantiene la tabla de ponderación para cada uno de los criterios: capacidad, seguridad y calidad.

Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica 2016

El manual de 2016 estableció un precedente por ser el primero de los manuales para acreditación que contó con certeza jurídica, al ser publicado en el DOF (06/12/2012), con fundamento en la LGS, el RLGSMPS y el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Esto permitió contar con “lineamientos claros y precisos” para coadyuvar “a sistematizar y fortalecer la objetividad del proceso de Acreditación para asegurar el cumplimiento de los elementos de Capacidad, Seguridad y Calidad a través del tiempo de vigencia de la Acreditación”.* Asimismo, se estableció una modificación sustancial en el contenido del manual en varios de los procesos clave.

Esta versión presenta un gran avance al establecer en cada fase del proceso de acreditación los derechos y las obligaciones de las áreas o personas involucradas. Resalta, a su vez, la incorporación del decálogo del evaluador, que delinea las pautas a seguir para un comportamiento ético y transparente. Finalmente, en la sección de anexos se incluyen las actas de apertura y de cierre de las evaluaciones correspondientes.

A continuación, se presenta el contenido más relevante en términos de la innovación respecto de las versiones previas.

Estructura

- Se establece la identificación y priorización de establecimientos del PAA para su autoevaluación, con un periodo de vigencia de tres meses una vez remitida en formato de servicios subrogados para su validación por los responsables estatales de calidad. Se incluye el formato de servicios subrogados, que deberá acompañar las autoevaluaciones que remitan los establecimientos. Asimismo, se estipula la integración del expediente con motivo de la visita de evaluación que forma parte del proceso de acreditación.
- Se adicionan dos fases a las tres contenidas en el manual de 2013: a) la supervisión, que se incorpora como Fase IV, con mayor especificación del proceso para elaboración de visitas con emisión de resultados y sus implicaciones en ratificación o suspensión de la Acreditación; y b) la Fase V Reacreditación, que incluye la visita de evaluación y el dictamen correspondiente.
- La Fase III Dictamen se amplía respecto de la versión 2013, estableciendo con detalle los procedimientos y flujo de información.

* Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. DOF: 06/12/2016.

Vigencia

- El Dictamen de Acreditación establece una vigencia de cinco años, sustituyendo la vigencia indefinida de 2013.

Ponderación

- El manual de 2016 muestra un avance significativo en la precisión de los procedimientos para el cumplimiento de los Criterios Mayores, que son “requisitos esenciales que deberán ser cumplidos por los establecimientos a fin de obtener el dictamen de Acreditación aprobatorio”. Esto hace más estricta la evaluación, ya que exige el cumplimiento total de los mismos y un porcentaje igual o mayor a 85% de los Criterios de manera global; de no lograr ambos requisitos, se emite un dictamen no favorable. Dicho dictamen podrá ser solventado en caso de demostración por el establecimiento, con documentación suficiente para ello.
- Los criterios se encuentran delimitados por tipo:
 - Estructura, que evalúa capacidad y seguridad de la infraestructura física, equipamiento y recursos humanos. Proceso, que evalúa calidad mediante los procesos clínicos o administrativos correspondientes.
 - Evidencia documental, como ratificación de los procesos evaluados en registros, bitácoras, etc.

Instrucciones

La Estrategia 3.1 del Prosesa 2007-2012 estableció la implantación de un Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad), cuyo Programa de Acción Específico, dentro de sus proyectos incluye las Instrucciones Sicalidad, cuyo objetivo fue “Dictar, instruir e informar a los responsables y gestores de calidad y a la Red Sicalidad sobre los avances, medidas y estrategias, encaminadas a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud”.* Estas Instrucciones Sicalidad fueron emitidas por la DGCES durante el periodo 2007-2011 y consistieron en documentos breves, similares a oficios, con especificación de “asunto” y descripción de las “instrucciones”, generalmente en rubros numerados. Algunas instrucciones fueron emitidas con anexos (formatos, diagramas de flujo, etc.) o se incluyeron cuadros informativos de desglose estatal de metas, por ejemplo. En pocas de ellas se especificaron responsables, posiblemente por quedar implícito desde el PAE sus destinatarios, así como tampoco plazos de cumplimiento ya que en su mayoría fueron exclusivamente informativas. El anexo 3 describe de manera detallada las Instrucciones Sicalidad concernientes al proceso de acreditación por año de emisión.

* Programa de Acción Específico 2007-2012. Sicalidad. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.

De manera resumida, en 2007, las Instrucciones estuvieron dirigidas principalmente a la comunicación de acciones de integración del Sistema y de nueva documentación, como la conformación del manual y las cédulas de acreditación y autoevaluación, los planes estatales, etcétera. Para 2008, se continuó con la actualización y la vigencia de cédulas de auditoría para la acreditación en CAUSES y en Gastos Catastróficos, con vigencia en fecha de inicio, y se estableció como parte del proceso de acreditación la verificación de la existencia y el funcionamiento de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente estatales (Cocasep).

En este año se inició el establecimiento de acciones para lo que se denominó “Medición retrospectiva de impacto 2004-2007”, que fue incluido en la Instrucción 132/2008, en la que se instruye a los Responsables Estatales de Calidad que se concentre información que se recabe en anexo I (no se contó con el anexo referido para su análisis), con “fotografías y otros documentos que apoyen y muestren evidencias del antes y después de las unidades médicas tras el proceso de acreditación”, así como las encuestas aplicadas a profesionales o de satisfacción de usuarios “en los supuestos que esto se hubiera realizado” y “cualquier otra información que se considere relevante para documentar el impacto de la acreditación”. En esta Instrucción “se recomienda que por parte de los Responsables Estatales de Calidad pueda aplicarse en las unidades acreditadas en 2008, al menos una muestra significativa de ellas, una encuesta dirigida a conocer las mejoras en la percepción de los trabajadores de la salud que ha implicado el proceso de acreditación”.

Cabe mencionar que fue hasta 2011 que se emitió otra Instrucción respecto de este tema (Instrucción 278/2011), con el Asunto “Evaluación de impacto de acreditación en el Estado de Chihuahua y Sinaloa del periodo 2004-200”. En ella se repite el procedimiento indicado en la Instrucción de 2008 y se menciona que se incluyeron 12 componentes que se especifican como “evidencia suficiente en relación con el esfuerzo estatal y del Seguro Popular en materia de financiamiento para la mejora de infraestructura, equipamiento y capital humano en las unidades acreditadas. Anexo I Síntesis Ejecutiva” (no se cuenta con dicho anexo y no se encontró información disponible públicamente respecto de los resultados). Se agrega que “los resultados del estudio son concluyentes respecto a la mejora de los procesos de atención” y que “del estudio se desprende que los usuarios atendidos en las unidades acreditadas presentan un porcentaje entre el sesenta y setenta por ciento de mejora en la atención y remodelación de los centros de salud que puede atribuirse a la acreditación de las unidades”; y “Finalmente, el personal de salud, tanto directivos como profesionales refieren que el proceso de acreditación contribuye a la mejora en la atención y prestación de servicios, por los requerimientos que incluyen las cédulas”. La Instrucción concluye indicando que “El estudio muestra de manera inequívoca, que la acreditación de unidades de salud en la Secretaría de Salud (Servicios Estatales de Salud) ha significado una auténtica revolución en las condiciones en las que se ha

venido realizando la prestación de servicios” y que “los servicios de salud no habían contado nunca con un incentivo jurídico, financiero y de garantía de calidad como el que ha supuesto el desarrollo del SPSS y del proceso de acreditación de unidades médicas”.

Por lo anterior, y a pesar de la denominación de este trabajo, si bien puede considerarse un esfuerzo para acercarse a las condiciones de las unidades en el periodo mencionado, a pesar de no contar con los documentos completos referidos, lo contenido en las Instrucciones respectivas parece no cumplir con el rigor metodológico de una evaluación y mucho menos de medición del impacto mencionado.

Las instrucciones relevantes en 2009 fueron la asignación de un auditor titular por entidad federativa, el inicio de la acreditación de establecimientos de atención médica para el Seguro Médico de una Nueva Generación y la convocatoria para constituir la Red de Evaluación y Acreditación de la Calidad (Reacal). En 2010 se emitieron instrucciones para la actualización del manual de reacreditación y varias instrucciones para complementar la documentación de la Reacal, carta compromiso y de confidencialidad, cuestionarios, cédulas y procedimientos de evaluación para establecer el desempeño de los integrantes de la Reacal y el Código de Conducta.

Por último, en 2011 destacan las instrucciones que informan de la reforma al Reglamento de la Ley General de Salud, la actualización del *Manual de Acreditación*, las referentes a nuevas cédulas para acreditación en CAUSES de establecimientos de salud de primer nivel, Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual (CAPASITS) y de hospitales psiquiátricos. En todos los años de este periodo las instrucciones incluyeron los procedimientos para la elaboración de los planes nacional y estatal de acreditación y, en su caso, correcciones a los mismos.

Oficios del Programa Anual de Acreditación

De 2014 a 2016, la DGCES emitió tres oficios (uno por año) dirigidos a los secretarios de Salud estatales, con la solicitud para establecer la planeación conjunta entre los Servicios de Salud Estatales y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, para “priorizar los establecimientos de atención médica que serán incluidos en el Programa Anual de Acreditación” y que “dicho ejercicio deberá estar alineado a las necesidades de salud de la población y al diagnóstico integral de dichos establecimientos, lo que hace necesaria la participación de los responsables de calidad y planeación”. Estos oficios fueron firmados de manera conjunta por el Director de la DGCES y el Director de Gestión de Servicios de Salud de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Modelo de Evaluación para la Acreditación

El proceso de acreditación se realiza con base en un modelo de evaluación que ha evolucionado desde su implementación y es hasta la gestión actual que se establece formalmente el Modelo de Evaluación para la Acreditación de los establecimientos para la atención médica que brindan servicios a los beneficiarios del SPSS. Este modelo incluye seis elementos vinculados entre sí: a) el fundamento normativo que se basa en la LGSMPSS de 2004 y en términos programáticos, en el PND y el Prosesa 2013-2018; b) la Cobertura Financiera, referida al propio SPSS y sustento para la evaluación; c) alineación con los Protocolos Técnicos del Consejo de Salubridad General, lo que vincula el proceso de acreditación a las mejores prácticas basadas en evidencia; d) modelo de atención o programas sustantivos, que establece las prioridades en función de una apropiada calidad de atención en respuesta a las necesidades de salud de los usuarios; e) Modelo de Gestión de la Calidad Total, que permite la cultura de la calidad en todos los procesos de la organización de los servicios; f) sistemas de información, herramienta indispensable para la medición de los componentes de la atención y los resultados de la misma.

Cédulas de acreditación

En el manual de 2004 no aparece mención de cédula y el proceso de acreditación se realiza con instrumentos denominados “Cuaderno de Autoevaluación” y “Cuaderno de Evaluación”, que se califica con base a un “Catálogo de Servicios Esenciales” incluido en el propio manual.*

En la gestión 2007-2012 el PAE incorporó como función de la DGCES el establecimiento, emisión y operación de los instrumentos necesarios para el Sistema de Acreditación, en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 18 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; en este periodo, el Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad formó parte de uno de los proyectos Sicalidad y una de sus acciones

* Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud. Tercera edición, 2004. Sistema de Protección Social en Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad.

principales fue el “Análisis de la información obtenida en las cédulas”, aunque no se establece propiamente un modelo de evaluación.*

En este periodo se elaboran cédulas específicas por tipo de establecimiento que se difunden en instrucciones. La número 110 específicamente actualiza las cédulas para CAUSES en varios rubros, de los que se destacan, para el segundo nivel de atención, los siguientes:

1. Se enfatiza la gestión de los procesos y la estandarización por documentación de buenas prácticas médicas y de enfermería.
2. Se unifican formatos.
3. Se incrementa la ponderación de criterios relacionados con el expediente clínico.
4. Se refuerza el apartado de seguridad del paciente con nuevos criterios en la cédula (nueve criterios).
5. Se unifican criterios para carro rojo.
6. Se actualiza la base normativa de cada criterio a auditar.
7. Se promueve el uso de tecnología indispensable o superior, en algunos criterios.
8. Se verifica la existencia y funcionamiento regular de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (Cocasep).‡

Es en 2015 cuando se inicia el rediseño de las cédulas de evaluación. Se establece un esquema modular de acuerdo con el tipo y la complejidad de los establecimientos. La estructura de las cédulas tiene una base conceptual, que establece tres criterios: estructura, proceso y evidencia documental, con sus respectivos conceptos fundamentados en la normatividad aplicable. Todo ello para cada área física o servicio del establecimiento a evaluar.

El formato para su aplicación contiene cuatro columnas: normatividad, criterios de estructura, de proceso y de evidencia documental, que se corresponden con cada uno de los conceptos a evaluar, lo que proporciona mayor claridad para el evaluador y orientación específica a los responsables del establecimiento evaluado como guía específica para la mejora. En este esquema, para los establecimientos del segundo nivel se considera una “estructura básica”, con áreas físicas para hospital general, hospital pediátrico y hospital materno-infantil y los servicios propios de estos establecimientos.§

Este nuevo concepto de las cédulas de evaluación ofrece al proceso de acreditación una mayor sistematización para una calificación precisa y fundamentada para el resultado final en términos del cumplimiento y ponderación de los criterios de evaluación.

A continuación se describen algunos aspectos específicos que permiten comparar el avance de las cédulas de evaluación, tanto en su estructura como en las dimensiones a medir en el periodo 2008-2017.

* Programa de Acción Específico 2007-2012. Sicalidad. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Secretaría de Salud.

‡ Instrucción 110/2008. Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

§ Cédulas de Evaluación para la Acreditación. Cédulas de Atención Hospitalaria Básica. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Normatividad

En relación con el sustento normativo, la cédula de 2008 presenta un apartado con los lineamientos normativos, a diferencia de la cédula de 2012 que no lo contiene. Por su parte, la cédula de 2017 presenta un avance importante, especifica para cada concepto* la normatividad que la sustenta. El esquema siguiente presenta un ejemplo:

Consulta externa HG	
Normatividad aplicable	Concepto
NOM-003-SEGOB-2011, Numeral 5, Obligaciones del patrón, 5.8 y Capítulo 11, 11.1 al 11.5 de la NOM-002-STPS-2010.	Señalización del área
Apéndice Normativo "A" 1.3.2, 1.3.3, 1.3.4, 1.3.5, 1.3.6, 1.3.7, 1.3.8, 1.3.9, 1.3.10, 1.3.11, 1.3.12 de la NOM-005-SSA3-2010.	Instrumental

Estructura

En su estructura, las cédulas han mostrado el avance más significativo. En 2008 y 2012 los servicios a evaluar se etiquetan como "áreas de verificación", con los elementos a considerar en la evaluación y sus respectivos criterios. En la cédula de 2017 el término "áreas de verificación" se modifica por "conceptos"; cada concepto contiene criterios de las dimensiones de estructura y proceso con evidencia observacional y criterios documentales con evidencia documental que cada evaluador deberá calificar. Cabe señalar, que las cédulas de 2008 y 2012 contienen información de los servicios de manera general, sin distinción por tipo de establecimiento hospitalario; la cédula del 2017 tiene en este aspecto un avance considerable, especifica los servicios a evaluar por tipo de establecimiento hospitalario, distinguiendo así a los hospitales generales, materno-infantil y pediátricos.

Criterios mayores

Las cédulas de los tres periodos presentan criterios mayores a acreditar. La cédula de 2008 incluye nueve criterios, agrupados en los rubros: personal, personal médico y planta eléctrica. Para 2012 los criterios aumentan a 10, agrupados en: área quirúrgica, personal médico y técnico, y circuito eléctrico. La cédula de 2017 contiene los criterios mayores por tipo de establecimiento; para cada uno de ellos considera: unidad quirúrgica, médico, enfermera, personal técnico y circuito electrónico. El número de criterios varía por establecimiento. Así, el Hospital General presenta 11 criterios, el

* Concepto en las cédulas 2017 reemplaza el término "áreas de verificación" usado en las cédulas 2008 y 2012.

Hospital Materno-Infantil 8, mientras que Hospital Pediátrico 9. Es importante mencionar que el principal cambio en este rubro fue la inclusión por primera vez del personal de enfermería con nivel de licenciatura como uno de los criterios mayores a acreditar para servicios seleccionados.

Finalmente, la cédula de 2017 incorpora en su estructura un apartado de gobierno, que incluye conceptos de nueva inclusión, como: autorizaciones sanitarias, diagnóstico situacional, registro de sistema de información, Sistema Unificado de Gestión (SUG), Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas), códigos éticos conductuales y seguridad del paciente, entre otros. Asimismo, la cédula presentó un apartado no contenido en las cédulas que le precedieron, que consiste en relacionar los criterios de acreditación con el Modelo de Gestión de Calidad en Salud; este modelo de gestión presenta, a su vez, criterios y subcriterios que se relacionan con el proceso de acreditación. De igual forma, otro rubro agregado en la cédula de 2017 fue el relacionado con enseñanza, no incluido en las cédulas 2008 y 2012.

El proceso de supervisión

La incorporación de la supervisión por parte de la DGCES se incluye en el Manual 2011 de manera general, como visita de auditoría para ratificar o suspender la vigencia de la acreditación. Este proceso se fue perfeccionando en las versiones posteriores de los manuales, incorporando en 2013 nuevos componentes. En el Manual 2016 la supervisión se incluye como Fase IV, con base en prioridades nacionales y el Programa Anual de Supervisión. El proceso de supervisión adquiere la formalidad de una visita de evaluación y tiene efectos de ratificación o suspensión de la acreditación, de acuerdo con los resultados con los mismos criterios y ponderación.

El esquema siguiente muestra la comparación entre los manuales que de acuerdo con fecha (2011, 2013 y 2016) incluyeron el proceso de supervisión en sus contenidos.

Manual 2011	Manual 2013	Manual 2016
Supervisión: <ul style="list-style-type: none"> • Como atribución SSa. • En establecimientos con acreditación. • Como visita de auditoría por DGCES para vigencia de acreditación. 	Supervisión: <ul style="list-style-type: none"> • Como atribución SSa, con participación de la REACAL. • En establecimientos con acreditación para el programa de supervisión y suspensión. • Grupos de consenso para actualización y emisión de cédulas para la supervisión. • Programa anual de acreditación y supervisión. • Como acciones de la DGCES para vigencia de acreditación. • Proceso y procedimiento de supervisión. 	Supervisión: <ul style="list-style-type: none"> • Se integra como Fase IV del Manual. • Conformación del Programa Anual de Supervisión. • Especifica el perfil técnico del personal supervisor (descripción en el texto).

Reacreditación

Un aspecto relevante para la reacreditación de los establecimientos acreditados de 2004 a 2012, en cuyo lapso se dispuso la vigencia indefinida de la acreditación, es el Artículo Cuarto Transitorio del *Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica* (2016), que establece dicha reacreditación “conforme a criterios y requisitos que determine la DGCES”. En este sentido, desde diciembre de 2016 se encuentran disponibles públicamente dichos criterios y requisitos para los establecimientos acreditados en el periodo 2004-2012. El proceso de la reacreditación incluye tres fases: autoevaluación, visita de evaluación aleatoria y emisión del dictamen, similares a las de una evaluación para acreditación y la visita de evaluación. La vigencia del dictamen de reacreditación es diferenciada de acuerdo con la fecha de la acreditación original, siendo entre 3 a 5 años.*

Un avance significativo que facilita la identificación de los establecimientos y su estatus de acreditación está representado por la base de datos de los acreditados en el periodo 2004-2017, integrada por la DGCES y que está verificada por la Dirección General de Información en Salud mediante la Clave Única de Establecimientos de Salud (Clues) vigente el catálogo de Clues y disponible en el Sistema Nacional de Información Básica en Salud (Sinba).

* Criterios y requisitos para la reacreditación de los establecimientos y servicios de atención médica acreditados en el periodo 2004 a 2012. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaría de Salud.

Matrices de diferencias en la regulación por tipo de instrumento normativo (anexo)

Se anexan las matrices que señalan las diferencias en los documentos normativos del periodo estudiado (se incluye información complementaria de la CPEUM y de la Ley General de Salud vigente):

- 1) Plan Nacional de Desarrollo de los periodos 2007-2012 y 2013-2018.
- 2) Programa Sectorial de Salud de los periodos comprendidos entre 2013-2012 y 2013-2018.
- 3) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud con las reformas realizadas en el periodo 2004-2014.
- 4) Manuales de acreditación publicados por la DGCES en 2004, 2011 y 2013, y manual de 2016 publicado en el DOF.

Antecedentes de la acreditación de hospitales: perspectiva internacional y su correlación con México

Las acciones dirigidas a evaluar y mejorar la calidad de atención de los hospitales tienen una larga historia de implementación y evolución. El término “acreditación”, como la medición sistemática del desempeño de los servicios comparándose con estándares aceptados, fue desarrollado inicialmente para hospitales. El proceso de acreditación tiene su origen en Estados Unidos de América (EUA), donde en 1917 fue instituido por el Colegio Americano de Cirujanos (*American College of Surgeons*) para definir hospitales con estándares adecuados; en la segunda mitad del siglo XX, con un programa multidisciplinario de estandarización, se creó la Comisión Conjunta Independiente de Acreditación de Hospitales, que actualmente es la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), de la que derivan los programas nacionales en la materia.³ Los sistemas de salud en el mundo han acumulado experiencia en los procesos de garantía de la calidad^{4,5} y a finales de la década de los ochenta la OMS emitió los conceptos y criterios en los que se han basado los principales documentos para asegurar la calidad de la atención de los servicios de salud.⁶ Si bien existe variabilidad en los modelos de acreditación, de acuerdo con cada país o incluso al interior de un mismo país, los componentes básicos son similares: existencia de un organismo acreditador, criterios y estándares válidos, voluntariedad y promoción de cambios hacia la mejora de la calidad.

Los procesos de acreditación en los países desarrollados

La consolidación de los programas de mejora de calidad hospitalaria se expandió a finales de los noventa en Europa. Con el enfoque de mejora continua, la evaluación externa es un componente indispensable. Las metodologías destacadas para la evaluación de los sistemas de gestión de calidad a lo largo de este proceso de consolidación han sido tres:

- a) La acreditación dirigida a los procesos clave.
- b) Las normas de la International Office of Standardization (ISO), que enfatiza en los procesos de soporte.

- c) En Europa, el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) que se enfoca en los procesos estratégicos.⁷

A nivel internacional, los programas de acreditación han sido cada vez más reconocidos en su relevancia. En 1999 se creó el *International Accreditation Programme* (IAP), como una organización para la calidad de la atención sin fines de lucro, independiente y con miembros y contactos en aproximadamente 100 países. Su objetivo es fungir como un evaluador externo para acreditación y para apoyar la mejora del desempeño y la práctica de los estándares en salud y los grupos de evaluación. El proceso es similar al usado para acreditación en otros programas e incluye autoevaluación, evaluación por pares, reporte escrito con recomendaciones, constancia de acreditación y seguimiento. La evaluación es voluntaria y es elaborada con evaluadores internacionales.⁸ A mediados de los años 2000 ya existían más de 10 programas en diferentes países de Europa. Una encuesta a nivel mundial realizada por la OMS que inició en 2000 y fue publicada en 2003 con el objetivo de identificar programas nacionales de acreditación identificó 36 de ellos, así como numerosas políticas y legislaciones, muchas de ellas ligadas a reformas generales de los sistemas de salud. Esto generaba variabilidad de abordajes que fueron sujetos a crítica y favorecieron propuestas para homogeneizar estándares y evaluaciones externas, principalmente desde el Reino Unido, a través de mecanismos colegiados para dar claridad de los procesos de acreditación.⁹

La propia OMS, desde años previos, había iniciado trabajo técnico en el área de calidad en hospitales, con la conformación de diferentes grupos de expertos que colaboraron con agencias financiadores y no gubernamentales (*International Society for Quality in Health Care*, *European Society for Quality Healthcare*, entre otras), ejecutoras de acciones para iniciativas como aseguramiento de la calidad internacional en varias regiones del mundo, que continuaron a lo largo de la década siguiente.¹⁰ Iniciativas relevantes en este mismo periodo fueron la fundación en EUA de la *Joint Commission International Accreditation* (JCI), con estándares de acreditación basados en consenso de expertos internacionales, incluyendo médicos, enfermeras, administradores y expertos en políticas públicas. La más reciente edición incluyó 16 países que elaboraron estándares agrupados en funciones relacionadas con la atención hospitalaria, para lograr una adecuada organización, seguridad y efectividad aplicables para servicios, departamentos y para el hospital en su conjunto. La evaluación del cumplimiento global de los estándares a partir de la información obtenida define la decisión de acreditación.¹¹ El Cuadro 1 presenta las principales características de los programas de acreditación en países desarrollados seleccionados por funcionar como modelos diferentes. En Francia, la acreditación es obligatoria para establecimientos públicos y privados y se realiza bajo un modelo único, por una instancia intermedia independiente gubernamental (*Haute Autorité de Santé*). La evaluación se realiza con base en estándares requeridos por ley en cuatro secciones: políticas gerenciales

Cuadro 1
Características de programas de acreditación en países desarrollados seleccionados¹⁰

Característica	Francia ¹⁵	Canadá ¹⁶	España ^{17,18}	Reino Unido ¹³	EUA ¹⁴
Nombre del programa	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)	Accreditation Canada	Acreditación Internacional Joint Commission-Foundation Avedis Donabedian (JCI-FAD)	King's Fund Audit (KFA), Hospital Accreditation Programme (HAP), y Health Quality Service (HQS)	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) y the National Committee for Quality Assurance (NCQA)
Requerido por ley en el país	Sí	No (voluntario) Sí en Quebec	Sí	No	No
Año de implementación	1996	1958	1996	1986	1951/1990
Acredita establecimientos públicos y privados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Duración de la visita de evaluación (días)	3 a 12 (promedio 4)	1.5 a 8	3 a 5	1.5 días	2 a 5 días
Número de evaluadores por grupo	3 a 6 (promedio 4)	3	3 a 4	2 o 3	3 a 7
Periodicidad	4 años	3 años	Máximo 5 años	2 años	3 años
Estándares* (número)	82, prioritarios	Aprox. 100	16 indicadores en 6 dimensiones (recomendados), se pueden adicionar otros de acuerdo con el tipo de servicio	Variables	16 individuales y 3 condiciones de resumen
Escala de medición	Porcentaje de cumplimiento	No disponible	Porcentaje de cumplimiento	No disponible	Porcentaje de cumplimiento
Calificación	A, B, C, D (descendente)	Recomendaciones clave, recomendaciones, buenas prácticas	Resolución de acreditación o no acreditación	KFA: recomendaciones HAP: acreditación en varios niveles	Alto desempeño = 90% o más
Autoevaluación por el hospital	Sí	Sí	Sí	N/D	Sí
Evaluación externa mediante visita estructurada	Sí, 5 meses posteriores a la autoevaluación	Sí	Sí	Sí	Sí
Instancia evaluadora	Comité de Acreditación Externo Gubernamental (Haute Autorité de Santé [HAS])	Consortio de Asociaciones Profesionales no Gubernamentales	Organización independiente, con un representante del Ministerio de Salud en el Comité de Acreditación	Organización independiente no gubernamental	Organización independiente no gubernamental
Información de la decisión de acreditación	Publicado y entregado a las agencias regulatorias por la HAS	Resultados no disponibles públicamente	El Comité de Designación entrega la resolución al Ministerio de Sanidad y Consumo	Informe a autoridades del establecimiento	Los reportes no están disponibles públicamente; se publican resúmenes en página web

*Estándar: "un deseable y medible nivel de desempeño contra el cual el desempeño actual se mide".¹⁹

y calidad de la gerencia, temas transversales, atención al paciente, y evaluaciones y medios para mejora. Como particularidad, este modelo permite a los evaluadores identificar y reportar riesgos en la seguridad del paciente durante la visita de acreditación, que son reportados de inmediato para su atención. En contraste, Canadá realiza la acreditación por un consorcio de asociaciones profesionales no gubernamentales bajo criterios determinados por consenso y con bases en voluntariedad (excepto en la provincia de Quebec, donde es obligatoria). En las visitas de evaluación el reporte es estrictamente confidencial, aunque los evaluadores fungen también como asesores de calidad y los resultados de acreditación nacional son públicos en la página web de la instancia acreditadora (*Accreditation Canada*).¹² En España existe una mayor flexibilidad para la definición de un modelo de acreditación que puede variar de acuerdo con cada comunidad autónoma, aunque en términos generales se ajusta a criterios definidos por los organismos evaluadores. El proceso de evaluación se realiza en dos etapas: la autoevaluación y la evaluación externa, guiada por el manual de acreditación como marco de referencia, con base en las directrices del proceso de evaluación que incluyen tres grupos de criterios para el hospital (funciones centradas en el paciente, la organización y la docencia). La evaluación final incluye las verificaciones de cada criterio del manual, recomendaciones para cada área evaluada y globales para el hospital, así como un informe de encuesta de satisfacción de usuarios y la evaluación ponderada cuantitativa correspondiente. Con esta información, el Comité de Acreditación elabora una propuesta para su ratificación por el Ministerio de Sanidad y Consumo.⁷

En el Reino Unido existen varios programas de acreditación que funcionan independientemente, de los cuales los más importantes son tres: *Hospital Accreditation Programme* (HAP), *King's Fund Audit* (KFA) y *Health Quality Service* (HQS). No existe una política nacional para estos procesos y la acreditación es voluntaria. El proceso de acreditación es largo (9 a 12 meses) y el resultado varía de acuerdo con el programa: en el KFA se otorga un reporte con recomendaciones de mejora sin otorgar un certificado y en el HAP se otorga una acreditación en cuatro niveles (acreditación completa, temporal, temporal adaptada a un control y aceptada). Los resultados no afectan la operación de los servicios, por lo que su impacto es limitado.¹³

EUA tiene la más larga historia de acreditación, que desde 1951 ha sido responsabilidad de la JCAHO, que actualmente evalúa más de 80% de los hospitales en el país; y en menor medida por el *National Committee for Quality Assurance* (NCQA). A partir de 2002, la *Joint Commission* ha generado estándares de calidad que se utilizan para lograr la acreditación con 16 indicadores hospitalarios de procesos recomendados con base en evidencia y que incluyen: siete indicadores de atención a infarto agudo de miocardio, cuatro de insuficiencia cardíaca y cinco de atención a neumonía; adicionalmente, se mide de manera global el desempeño hospitalario con escalas de resumen en tres áreas clínicas para la atención de los mismos padecimientos.¹⁴

La acreditación en países en desarrollo

En concordancia con el impulso a la acreditación a nivel internacional, cada vez más países en vías de desarrollo se han incorporado a los procesos de evaluación externa bajo criterios internacionales. En Latinoamérica, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló, en la década de los noventa, un modelo de acreditación, con el propósito de disminuir la variabilidad en la calidad de atención hospitalaria mediante una estrategia accesible y adaptable al contexto. Con base en este trabajo, se elaboró un *Manual de Acreditación de Hospitales*, como una guía para facilitar la evaluación de la calidad de la atención, mediante 37 estándares aplicables a los servicios hospitalarios, incluyendo atención ambulatoria y con un equipo de tres evaluadores (médico, enfermera y administrador).²⁰ A partir de este documento presentado en la III Conferencia Regional de Acreditación de Hospitales en 1992, cada país desarrolló la implementación de sus propios procesos de acreditación, de acuerdo con el sistema de salud correspondiente. Al final de los noventa, 12 países de la región habían iniciado sus procesos de acreditación y muchos tenían un manual de estándares desarrollado y comisiones nacionales establecidas, aunque solo una minoría había implementado el modelo de manera completa.²¹ La experiencia desarrollada en Latinoamérica a partir de esos primeros años ha sido relevante y si bien países en desarrollo de otras regiones del mundo (Asia, Europa Oriental o África) también han incorporado modelos propios, el contexto más afín al de México sustenta la selección de los países que se presenta en la tabla 2 y que permite utilizarlos como referente para comparar sus sistemas de acreditación con el mexicano de forma más cercana respecto de los problemas de salud de la población, aunque con sistemas de salud diferentes.

En México, el inicio formal del proceso de acreditación se inició como regulación en 2004, bajo la normatividad del RLGSMPS, en la que se estableció como requerimiento la acreditación correspondiente en los términos del Artículo 77 Bis 9 de la Ley General de Salud. La DGCES tiene la atribución de “establecer, emitir y operar los instrumentos y mecanismos necesarios para el desarrollo del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad”; el sistema puede acreditar a establecimientos públicos y privados; previo a la evaluación externa las autoridades del establecimiento deben efectuar una autoevaluación para comprobar que se reúnen los criterios para la acreditación. Para los hospitales de segundo nivel, se incluyen de 8 a 11 criterios mayores (requisitos esenciales) con sus correspondientes subcriterios en las dimensiones de: a) estructura que miden capacidad y seguridad (infraestructura física, equipamiento o recursos humanos); b) proceso, que miden los procesos clínicos o administrativos relacionados con la calidad de la atención médica; y c) evidencia documental, que ratifican los procesos evaluados.

La evaluación externa se realiza por equipos de evaluadores federales, servidores públicos encabezados por un coordinador, especialmente capacitados y con experien-

cia en el proceso. Posterior a la visita, se realiza un informe de la evaluación y dictamen que deberá ser validado por la DGCES y comunicado a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Los establecimientos que reciben un dictamen no favorable, pueden solicitar una nueva evaluación, mediante la elaboración de un “Plan de Contingencia” por el propio establecimiento, que establecerá las estrategias para resolver las deficiencias, describiendo las necesidades de infraestructura, recursos humanos e insumos para la adecuada operación. Los establecimientos acreditados están sujetos a un seguimiento mediante visitas de supervisión, definidas por la DG-CES, en las que se ratifica o suspende la acreditación.*

Argentina tiene un sistema de acreditación²² que realiza desde 1993 el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), una asociación civil sin fines de lucro y cuyo proceso de evaluación incluye la revisión de instalaciones y su funcionamiento, con un equipo de médicos, enfermeras, psicólogos, ingenieros, administradores y otros profesionales de la salud, quienes verifican el cumplimiento de estándares establecidos por el propio ITAES. Su procedimiento incluye entrevistas a usuarios y personal de los establecimientos, revisión documental e inspección ocular posterior a una autoevaluación. El proceso está organizado con manuales de acreditación para establecimientos de atención a agudos, ambulatorios y especializados, como salud mental y odontológicos.²³

Brasil cuenta con una gran red de hospitales que exceden los 6,000 con más de 400,000 camas en total. La Organización Nacional de Acreditación (ONA), perteneciente al Ministerio de Salud, tiene representantes de hospitales públicos y privados, de compañías de aseguramiento en salud y del sector público de salud en los ámbitos nacional, estatal y municipal.²¹ La acreditación se efectúa bajo los estándares de IS-Qua, a través de varias instituciones autorizadas para realizarlo con la metodología de la ONA; los equipos de acreditación están constituidos por médicos, enfermeros, gestores de calidad y otros profesionales.²⁴

El Sistema de Salud de Chile inició su proceso de acreditación de manera voluntaria para prestadores de salud institucionales con autorización sanitaria del Ministerio de Salud. Para su realización se tienen conformadas Entidades Acreditadoras, independientes del Ministerio de Salud, autorizadas por la Superintendencia de Salud para dichas funciones.²⁵ Aunque desde 1998 se reportó a Chile como un país con progresos en la acreditación de hospitales, en términos de haber iniciado sus procesos en establecimientos públicos de salud con manuales de estándares establecidos,²¹ fue hasta 2007 que se publicó el *Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud*. En dicho documento se establecen las bases para regular las funciones de las Entidades Acreditadoras, para garantizar su competencia y transparencia. La acreditación se obtiene con el cumplimiento de 50% de las características del estándar correspondiente (106 totales y 30 obligatorias) y se puede obtener acredi-

* Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. DOF: 06/12/2016.

tación con observaciones que deben solventarse en un plazo hasta de seis meses.²⁶ En Colombia, el Programa de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud pertenece al Ministerio de Salud. La entidad acreditadora en el ámbito nacional es el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec), organización no gubernamental, sin ánimo de lucro, que se constituye como el Organismo Único de Acreditación en Salud de Colombia. La acreditación se efectúa bajo el Sistema Único de Acreditación, que se define como el “conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ocupacional, utilizados voluntariamente para demostrar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud y operación de las entidades inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud”.²⁷ Mediante una ruta crítica reglamentada, previa solicitud voluntaria de acreditación, se efectúa una autoevaluación y posteriormente la visita de campo por dos evaluadores (mínimo dos profesionales de la salud o un profesional de salud y uno del área administrativa). Las reglas de decisión para la acreditación se basan en una escala de 500 posibles puntos, de acuerdo con el cumplimiento de los estándares, y tiene cuatro categorías: a) acreditado con excelencia (400 o más puntos); b) acreditado (entre 280 y 399 puntos); c) acreditación condicionada (entre 200 y 279 puntos); y d) no acreditado.²⁸ La evaluación se realiza mediante el cumplimiento de 158 estándares contenidos en los siguientes grupos: proceso de atención, direccionamiento, gerencia, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de tecnología, gerencia de la información y mejoramiento de la calidad.²⁹ En Perú, la responsabilidad del proceso está a cargo del Ministerio de Salud y se realiza por evaluadores previamente certificados y supervisados por la propia autoridad sanitaria. Para su operación, se aplican estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y establecidos en un Listado de Estándares de Acreditación en las dimensiones de estructura, procesos y resultados. El equipo evaluador incluye profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos del sector salud, públicos y privados. Para lograr la acreditación, los establecimientos de salud deberán cumplir 85% o más de los estándares. Éstos están agrupados en 22 macroprocesos, con 67 estándares y 361 criterios de evaluación.³⁰ En este sistema se establecen incentivos para la acreditación, como la publicación para conocimiento público de los establecimientos acreditados, tarifas escalonadas de seguros con incentivos por las financiadoras de prestaciones de salud e intercambio de servicios.

El análisis de los diferentes sistemas de acreditación en los países seleccionados permite identificar fortalezas relevantes del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad de México, en comparación con otros sistemas. La primera es la obligatoriedad del proceso, que aun en países con larga historia de acreditación de

Cuadro 2
Características de programas de acreditación en países en desarrollo seleccionados

Característica	México ¹	Argentina ^{10, 31}	Brasil ^{10,24}	Chile ²⁶	Colombia ^{10,27,28}	Perú ³⁰
Nombre del programa	Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad	Sistema Nacional de Evaluación Externa	Consórcio Brasileiro de Acreditação	Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud	Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
Requerido por ley en el país	Sí	No	No	Sí	Sí	No
Año de implementación	2004	2007	1994	2007	2003, 2014	1996
Acredita establecimientos públicos y privados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Duración de la visita de evaluación (días)	Hasta 4 días	1 a 3	3	No disponible	Variable de acuerdo con la complejidad y tamaño de la institución evaluada	No disponible
Número de evaluadores por grupo	3 a 5	2 a 4	3 a 4	No disponible	2	Mínimo 5
Periodicidad	5 años	3 años	3 años	3 a 5 años	4 años	No disponible
Estándares/criterios* (número)	8-11 criterios mayores	11 y 58 subestándares	38 (ISQua)	8 de estructura y 7 de proceso	158	67
Escala de medición	Porcentaje de cumplimiento	0 -1 000 puntos	Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento	0 a 500 puntos	Porcentaje de cumplimiento
Calificación	Acreditado ≥85%	Acreditado 100%	Acreditado >80%	Acreditado, acreditado con observaciones, no acreditado	Acreditado, condicionado y no acreditado	Acreditado >85%
Autoevaluación por el hospital	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Evaluación externa mediante visita estructurada	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Instancia evaluadora	DGCES (dependencia federal)	Comité de Decisión del ITAES, no gubernamental	Instituciones acreditadoras con metodología de la ONA	Entidades acreditadoras independientes no gubernamentales	Icontec (institución no gubernamental)	Comisión Nacional o Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud
Información de la decisión de acreditación	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	Ministerio de Salud	Organización Nacional de Acreditación	Inscripción en Registro de Prestadores Acreditados	A la institución evaluada	Publicación por el Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales

*Estándar: “un deseable y medible nivel de desempeño contra el cual el desempeño actual se mide”.²²

hospitales (como EUA, Reino Unido y Canadá) se mantiene como voluntario. En contraste, en Latinoamérica, sistemas más recientes como el de Chile y Colombia lo han incorporado como un requerimiento por ley. La fundamentación jurídica de la acreditación obligatoria de establecimientos de salud es un elemento que permite la rectoría de la autoridad sanitaria en un país en términos de garantizar condiciones mínimas indispensables de infraestructura y calidad de la atención para la provisión de los servicios.

Otra diferencia que resalta es la responsabilidad del proceso de acreditación, ya que en todos los países analizados, tanto en los desarrollados como en Latinoamérica, es realizado por instancias no gubernamentales. En EUA y Canadá el predominio de las asociaciones médicas en la organización y aprobación de los modelos de acreditación ha sido resultado de que estas asociaciones fueron desde su inicio las que fundaron el sistema que permanece hasta la fecha. En los países europeos, Reino Unido establece la libertad de los prestadores de servicios para la contratación de la agencia de acreditación para su evaluación. El modelo de Francia es más concordante con el mexicano, ya que se basa en regulación por la autoridad sanitaria y cuenta con instrumentos normativos disponibles públicamente, su organización es completamente gubernamental y se destaca por sus claros lineamientos y transparencia.

En México, desde su inicio, se ha establecido en la ley la responsabilidad de la Secretaría de Salud, a través de la DGCES, que cuenta con las atribuciones correspondientes para la evaluación externa de los establecimientos de salud. Será motivo de un análisis mayor la consideración de esta atribución como área de oportunidad para hacer más eficiente el proceso.

En cuanto a los criterios y estándares, la variabilidad de cada sistema de acreditación hace difícil la comparación entre ellos, si bien el porcentaje de cumplimiento que exige en proceso en México para obtener la acreditación es sólo más bajo que en EUA y Argentina. El resto de los aspectos analizados muestra concordancia al compararlos con los de México.

Por último, es pertinente mencionar que la relevancia de los procesos de acreditación para la promoción de mejora en la calidad radica en la inclusión de mejora en la estructura o procesos organizacionales, en el desempeño de los proveedores de servicios y en los resultados de los pacientes. Este supuesto se basa en la evaluación externa como detonador de dicha mejora, aunque análisis recientes han propuesto que cada sistema de salud dentro de su propio contexto debe evaluar la efectividad y el costo-efectividad de sus propios modelos.³² Asimismo, se ha demostrado que un número bien seleccionado y reducido de criterios puede dar suficiente información acerca del nivel de calidad hospitalaria, con un nivel de predicción adecuado para las decisiones en acreditación,³³ lo que puede simplificar la evaluación.

Análisis comparativo entre instrumentos normativos locales y los hallazgos internacionales

El análisis comparativo entre los modelos e instrumentos normativos relevantes de México con sistemas de evaluación en países seleccionados se realizó en tres aspectos: marco jurídico principal, manuales de evaluación y cédulas de evaluación. A continuación se presenta la descripción por país de cada aspecto (Cuadro 3).

Marco jurídico principal

La acreditación de establecimientos y servicios de atención médica en México está fundamentada en un marco jurídico amplio, que tiene su base en la Constitución, leyes, reglamentos, normas, lineamientos y manuales en materia de salud y de protección social en salud. En contraste, el sistema de acreditación en EUA está dirigido por asociaciones médicas, como un cuerpo acreditador independiente reconocido como el estándar de organización, reconocida por las instituciones aseguradoras para la validación de la calidad de los servicios de salud. Francia tiene regulado su sistema de acreditación desde 1996 por ley (Ordenanza No. 96-346) de la reforma hospitalaria, que establece el procedimiento de acreditación independiente para la calidad de las prestaciones de un establecimiento de salud, a través de la Comisión de Certificación de Establecimientos de Salud (el término actual en ese país es “certificación”, ya que acreditación se restringe al campo de la educación).³⁴ Canadá no cuenta con un marco jurídico que oficialice la acreditación de hospitales, ya que ésta es voluntaria y dirigida por un consorcio de asociaciones profesionales, a excepción de la provincia de Quebec, que en 2002 la introdujo como obligatoria en un acta publicada por la Asamblea Nacional.³⁵ España tiene un sustento jurídico claro para la acreditación de sus establecimientos de salud, con referencias legislativas en 2003 (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud) y en 2006, cuando se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR). En el Reino Unido, la Reforma de Salud de 1991 estableció la auditoría organizacional y cada hospital decide la organización acreditadora; aunque no existe una regulación de obligatoriedad, para obtener un contrato con el Sistema Nacional de Salud se requiere obtener la acreditación.¹³

Cuadro 3
Modelos e instrumentos normativos de acreditación de hospitales.
Comparación de México con países seleccionados

País	Marco jurídico/legal	Manual de acreditación	Cédulas de acreditación
México ⁴⁸	Reglamento LGSMPS	Manual normalizado con funciones y requisitos del proceso	Normalizadas para autoevaluación y evaluación de los criterios
Canadá ³⁵	Asociación Nacional independiente	No disponible públicamente	No disponibles públicamente
España ^{17,18}	Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud	Manual que integra todos los servicios, con estándares e indicadores incluidos	Cuestionario de auditoría de CSUR
Estados Unidos ⁴¹	Asociaciones médicas	Guía de acreditación de hospitales con dos tipos de funciones	Encuesta con criterios establecidos (no disponible públicamente)
Francia ^{42,46}	Ordenanza de Reforma en Salud	Manual con indicadores, procedimientos y criterios de calificación	Cédula con 10 dominios en calidad y seguridad del paciente e indicadores de hospital
Reino Unido ¹³	Reforma de Salud (1991)	1991, basado en manuales de otros países	Varios modelos con base en indicadores de <i>Joint Commission</i>
Argentina ³¹	Resolución Ministerial 1189/2007	Manual con 11 estándares, que incluyen ítems de estructura, proceso y resultado	No disponibles
Brasil ⁴⁴	Legislación 1989-1999	4 manuales por tipo de establecimiento	No disponibles
Chile ^{45,47}	Reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de salud	Manual por tipo de establecimiento con 9 ámbitos de evaluación	Pautas de cotejo por cada manual
Colombia ³⁰	Ley 100 (1993), Decreto 903 (2014)	Manual con 8 grupos de estándares	No disponibles
Perú ³⁰	Norma Técnica emitida en Resolución Ministerial (2007)	No disponible	No disponibles

En Latinoamérica, en 2007 Argentina estableció por resolución ministerial el Sistema Nacional de Evaluación Externa en Servicios de Salud, que implementó el Registro Nacional de Entidades Evaluadoras externas en Servicios de Salud y el Registro Nacional de Servicios de Salud con Evaluación Externa, regulándose los requisitos para la inscripción.³⁶ En Brasil, su sistema de acreditación tiene antecedentes en las Leyes que en 1998-1999 establecieron la regulación de las operadoras privadas de salud, la creación de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria – Regulación de HMO's; la creación de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria – ANVISA y la regulación de todo el complejo industrial y de servicios de Salud – “FDA ampliada”.³⁷

El Sistema de Salud de Chile cuenta con una legislación bien establecida, con el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, publicado en el *Diario Oficial* como Decreto Supremo No. 15 de 2007, del Ministerio de Salud, con actualizaciones en 2012 y 2013.³⁸ Por su parte, en Colombia, la Ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227, establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud y el Ministerio de la Protección Social a través de la Resolución 003557 del 19 de noviembre de 2003, adjudicó el concurso de Méritos MPS-03-2003, que designa al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec), como entidad acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA);³⁹ en el Decreto 903 de 2014 se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.⁴⁰ Perú respalda su sistema de acreditación con la Resolución Ministerial de 2007, que aprobó la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.³⁰

Manuales de evaluación

México cuenta con un manual normalizado y publicado en el DOF en 2016, que establece el proceso para la acreditación de establecimientos del Sistema Nacional de Salud en la provisión de servicios para el SPSS, mediante la definición de funciones y requisitos para el proceso. En EUA, la *Joint Commission* publica una *Guía de Acreditación para Hospitales*, que contiene requisitos de elegibilidad, así como procedimientos para solicitar la acreditación y preparar el proceso, y un manual de estándares que incluye dos tipos de funciones: a) enfocadas en el paciente en las áreas de control de infecciones, manejo de medicamentos, provisión de la atención y derechos y responsabilidades; y b) funciones organizacionales como manejo del ambiente de la atención, de emergencias, recursos humanos, manejo de la información, liderazgo, seguridad del paciente, recursos humanos (médicos y enfermeras), mejora del desempeño y expediente clínico.⁴¹ En Francia, el manual para acreditación incluye todos los indicadores de los procedimientos por dominio y niveles de calificación, que se encuentran publicados y actualizados en la página web de la *Haute Autorité de Santé*.⁴² En Canadá, los documentos de evaluación no están públicamente disponibles. En España, se identifica el *Manual para acreditación de hospitales* de la Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial, que cubre todos los servicios prestados por el hospital, incluidas las consultas de atención ambulatoria y los laboratorios hospitalarios, siendo válido para hospitales públicos y privados; incluye un conjunto de indicadores para el *benchmarking* entre hospitales, con estándares centrados en el paciente y en la organización, de los que cada hospital puede seleccionar los que más le convengan.⁴³ El sistema de acreditación del Reino Unido, que cuenta con varias agencias acreditadoras, tiene diferentes instrumentos y guías de evaluación, dependiendo de la agencia y el tipo de establecimiento; además, existe un manual elaborado

en 1992 basado en manuales de EUA, Canadá y Australia.¹⁴ En Latinoamérica, en Argentina el *Manual de Acreditación del ITAES* contiene 11 estándares y 58 subestándares que incluyen, entre otros, estructura y procesos de los diferentes servicios, gobierno y administración, así como continuidad de atención, derechos del paciente y su familia, seguridad del paciente, planificación estratégica y estándares de resultados como control de infecciones hospitalarias.³¹ El *Manual Brasileiro de Acreditação* tiene cuatro versiones de acuerdo con tipo de establecimiento, con requisitos explícitos, formalmente aprobados, revisados y actualizados periódicamente.⁴⁴

La Superintendencia de Salud de Chile publica en su página web los manuales actualizados para los distintos tipos de establecimientos. Para los hospitales se establecen nueve ámbitos de evaluación, que incluyen sus respectivos componentes y características: dignidad del paciente, gestión de la calidad, gestión clínica, acceso-oportunidad-continuidad de la atención, competencias del recurso humano, registros, seguridad del equipamiento, seguridad de las instalaciones y servicios de apoyo.⁴⁵ Por su parte, el *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia* contiene su modelo evaluativo y los estándares de evaluación en ocho grupos: proceso de atención al cliente asistencial, direccionamiento, gerencia, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de tecnología, gerencia de la información y mejoramiento de la calidad.³⁰ Para Perú no se identificó un manual actualizado.

Cédulas de acreditación

En México las cédulas están diseñadas para cada tipo de establecimiento. Para el segundo nivel de atención (hospitales general, pediátrico y materno-infantil), las cédulas incluyen las dimensiones de estructura y proceso como evidencia observacional y se agregan criterios de evidencia documental para áreas de gobierno, consulta externa, hospitalización, unidad quirúrgica, unidades de cuidados intensivos, tocología, tococirugía y farmacia como los principales, cada uno de ellos con el puntaje correspondiente. Cada criterio de la cédula contiene la normatividad aplicable para el mismo, así como la relación del criterio de acreditación con el modelo de gestión de calidad en salud. En la misma cédula se incluye un apartado para los resultados de la evaluación, con el puntaje esperado y el alcanzado por servicio y tipo de establecimiento.

En EUA, la *Joint Commission* aplica una encuesta de acuerdo con sus criterios, aunque la cédula no está disponible públicamente. Lo mismo ocurre en Canadá. Francia cuenta con una cédula de evaluación con 10 dominios: manejo de calidad y riesgos, derechos de los pacientes, trayectoria del paciente, expediente clínico, urgencias, identificación del paciente en toda su trayectoria, laboratorio, gabinete, medicamentos, gestión de sistemas de información. La cédula se publica en la página web de la autoridad sanitaria.⁴⁶ Los cuestionarios de auditoría de CSUR del Sistema de Salud en

España incorporan datos sobre la infraestructura, la actividad asistencial, docente y de investigación, la estructura organizativa para la gestión de la asistencia y el Plan de Calidad del CSUR, con énfasis en seguridad del paciente.¹⁸ Para el Reino Unido, los instrumentos de evaluación dependen del tipo de instalación y del nivel solicitado de acreditación bajo criterios equivalentes a la *Joint Commission*.

No se obtuvo disponibilidad de cédulas o cuestionarios de acreditación para los modelos de acreditación de Argentina, Brasil, Colombia y Perú. En contraste, en Chile los instrumentos llamados Pautas de Cotejo están disponibles en línea para su consulta y que contienen los apartados de: a) elementos medibles y puntos de verificación; b) requisitos para el cumplimiento de los elementos medibles; y c) condiciones de cumplimiento de las características. Lo anterior, en cada uno de los nueve ámbitos de evaluación.⁴⁷

Discusión

México puede considerarse pionero en la acreditación en Latinoamérica, ya que participó desde inicios de la década de los noventa en iniciativas impulsadas por la OPS para incorporar en los sistemas de salud de la región los procesos de acreditación. Estas iniciativas incluyeron conferencias de donde surgió el primer modelo de acreditación hospitalaria enfocado en las características de los contextos latinoamericanos y un modelo de *Manual de Acreditación para América Latina y el Caribe* para hospitales generales en la atención de padecimientos agudos.⁵ Sin embargo, fue hasta la creación del SPSS que se incorporó la acreditación como un modelo con los requerimientos técnicos y de gestión para los establecimientos de salud en la provisión de servicios a los beneficiarios del Seguro Popular, lo que quedó establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud de 2004.

A partir de esta fecha, el proceso de acreditación ha permanecido bajo la responsabilidad de la DGCE y ha evolucionado hasta su consolidación, que queda de manifiesto en los avances de los últimos cinco años que lo han fortalecido en diferentes áreas, como lo demuestran las reformas normativas en el RLGSMPSS, principalmente en 2011 respecto de la inclusión del manual de acreditación y los criterios mayores de evaluación, de mayor participación de la CNPSS en la priorización de la acreditación y la inclusión de la supervisión como mecanismo adicional de evaluación permanente.

De particular relevancia puede considerarse la innovación lograda por la publicación del *Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica* de 2016, el primero en ser publicado en el DOF, que sistematiza el proceso, incluyendo además de las fases propias de la evaluación en términos de la programación, la evaluación propiamente dicha y el dictamen, dos fases fundamentales que son: a) la supervisión para ejecución de visitas posteriores en los establecimientos acreditados con la atribución de ratificar o suspender la acreditación y b) la reacreditación que había quedado sin efecto en periodos previos. Ambas fases significan un hito que consolida el Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad. Por su parte, la supervisión obliga a los establecimientos a mantener cuidadosamente el buen funcionamiento de la estructura, mediante revisión permanente de las condiciones de la misma, así como los criterios de calidad, que implican estrategias para el desempeño adecuado de los

procesos de atención clínicos y administrativos, lo que no tiene precedente en otros modelos. En cuanto a la reacreditación, su reinicio significa un avance que hace comparable a México con otros países, que establecen plazos claros de vigencia.

En congruencia con el desarrollo del Manual 2016, la cédula de acreditación recientemente elaborada (2017) es innovadora. La incorporación de su fundamento normativo para cada concepto y dimensiones, el establecimiento de las dimensiones de estructura y proceso con evidencia observacional y la evidencia documental fortalecen la medición para un dictamen más preciso. Un aspecto que amerita mención es la disponibilidad que se tiene para el acceso público a las cédulas en la página web de la DGCES (la cédula 2017 aún no se encuentra disponible, ya que entrará en vigor en 2018). De los países analizados para su comparación con México, sólo Francia pone a disposición pública sus instrumentos de evaluación. Y en países como EUA o Canadá se manifiesta de manera explícita la privacidad de dichos instrumentos.

La comparación del proceso de acreditación de México con los de países desarrollados, con los ejemplos de EUA y Canadá en América, permite identificar diferencias sustanciales en la responsabilidad de la realización directa del proceso de acreditación, que en el Sistema de Salud de México es realizado por la instancia normativa de la propia Secretaría de Salud (la DGCES) y en los otros dos países por el predominio de las asociaciones médicas en la organización y aprobación de los modelos de acreditación. En Europa, Reino Unido establece la libertad de los prestadores de servicios para la contratación de la agencia de acreditación para su evaluación. El modelo de Francia es más concordante con el mexicano, se basa en la regulación por la autoridad sanitaria y cuenta con instrumentos normativos disponibles públicamente, lo mismo que en España. Resalta que en todos los países de Latinoamérica estudiados, a excepción de Perú, la evaluación es realizada por instituciones no gubernamentales autorizadas por la dependencia normativa responsable de la acreditación, con estándares y criterios validados por ésta.

En este sentido, pueden considerarse ventajas de delegar las funciones para la acreditación, por varias razones, entre ellas, la complejidad del proceso en términos del requerimiento de mantener de manera permanente una estructura suficiente, tanto en recursos humanos con las competencias necesarias para la evaluación, así como de la organización y logística para responder a las solicitudes de acreditación y reacreditación que suponen una elevada demanda hacia el nivel federal.

Contar con una o más entidades acreditadoras que reúnan los mejores estándares de calidad en el proceso podría ser una alternativa que mejore la eficiencia de las funciones de rectoría y abone a la transparencia del proceso, al contar con dictámenes totalmente independientes de la propia Secretaría de Salud. Por otro lado, existen desventajas y posiblemente la principal de ellas sería el costo de dichos servicios para los establecimientos que soliciten su acreditación. Un estudio reciente realizado en Australia, donde el proceso lo realiza una compañía no gubernamental sin fines de lucro (*Australian Council on Healthcare Standards*) y en el que la cuota a cubrir por

un hospital de 100 camas es equivalente a \$2,800 USD (en Reino Unido varía entre \$7,500 y \$28,000 USD),¹⁰ reportó que los costos de acreditación variaron entre 0.03% a 0.60% del total del costo de operación anual, para una vigencia de cuatro años. En el ámbito nacional, el costo se tradujo en el 0.1% del gasto total de un año fiscal asignado a hospitales públicos.⁴⁹ En Europa, la última década ha sido de gran desarrollo en los sistemas de acreditación en los países de esa región, aunque éstos han evolucionado de manera heterogénea por razones políticas, económicas o técnicas. Para 2009, se documentó la existencia de 18 organizaciones nacionales de acreditación activas, la mayoría conformadas por organizaciones de profesionales clínicos, financiadas principalmente con fondos gubernamentales y apoyo internacional (Banco Mundial o Comisión Europea). En términos de la normatividad, aunque la mayoría de los países incorporan regulación nacional, existe poca correspondencia entre los requisitos de acreditación con su legislación y sus estándares son variables (sólo 20% tuvieron acreditación con estándares de ISQua, con disponibilidad pública de información).⁵⁰

Por su parte, en la Región de América Latina todos los países analizados cuentan con un marco legal que les ha permitido evolucionar para la implementación de sus sistemas de acreditación, aunque no con el mismo desarrollo. Chile es un ejemplo de organización que ha establecido un modelo completo en términos de sus instrumentos normativos, que hace disponibles públicamente y mantiene actualizados, lo que permite compararlo con México. Si bien Argentina, Brasil y Colombia tienen manuales que especifican sus estándares e indicadores, no cuentan con una sistematización que permita analizar con más detalle sus procesos a través de cédulas de evaluación, mientras que Perú carece de difusión actualizada de su modelo e instrumentos.

La revisión de diferentes sistemas de acreditación y la contrastación con el modelo de México es relevante, ya que señala los elementos estratégicos para la evaluación externa en los que el Sistema de Salud mexicano ha consolidado la rectoría en salud, tanto en la conducción de los procesos de autogestión de los establecimientos médicos como en su regulación. Los instrumentos normativos actualizados que incluyen manuales y cédulas de acreditación, son valiosas herramientas de gestión para favorecer el mejor desempeño de los hospitales desde la base de su infraestructura, así como en la competencia de su personal de salud. De igual forma, el modelo de evaluación integrador que recientemente se ha incorporado, facilitará los procesos ante la complejidad del ámbito hospitalario que caracteriza al Sistema de Salud mexicano. Al igual que se sugirió en un análisis del sistema de acreditación chileno, la dificultad para que los hospitales alcancen los estándares requeridos es en gran parte ocasionada por insuficiencias organizacionales aún presentes y con obstáculos que requieren liderazgos efectivo, así como posibles incentivos para la mejora de la calidad de la atención. Tal es el caso de incentivos financieros a hospitales acreditados, en términos de un presupuesto apropiado para la operación, cubriendo los mejores estándares y de manera sostenible (equilibrio financiero, recursos humanos, tecnología e infraes-

estructura adecuada).⁵¹ En Europa, se han identificado cuatro tipos de incentivos para participar en la acreditación por parte de las organizaciones: ser requerido legalmente, por mercadotecnia y publicidad para el establecimiento, para ser consistente con la política gubernamental o para mejorar voluntariamente su desarrollo organizacional. Sin embargo, los incentivos financieros aún son un reto a resolver, ya que este aspecto no ha sido totalmente desarrollado y, por ejemplo, la *Joint Comission International*, activa en muchos países de Europa, no considera en su agenda temas relacionados con la gestión sanitaria de los países como política, legislación e incentivos.⁵¹

Recomendaciones

La madurez lograda en los últimos años en el proceso de acreditación, facilitada por el avance en la normatividad y la integración de la base conceptual del modelo de evaluación con la metodología de los procedimientos y criterios, ha sido notable. Ante los nuevos retos para la mejora de la calidad en todas sus dimensiones, es recomendable dar mayor énfasis a los derechos de la población beneficiaria y de los usuarios, con indicadores objetivos que midan necesidades y expectativas. La calidad interpersonal en términos de garantizar los principios éticos esenciales como trato digno, justifica incorporar criterios tanto en la cédula de evaluación como mediante encuestas, para evaluar derechos mínimos como no discriminación, respeto a la privacidad y confidencialidad, acompañamiento a los pacientes e información al usuario y a su familia. El ejemplo del modelo de acreditación de Chile puede ser aplicable, con la apropiada adaptación a nuestro contexto. Por ejemplo, en la Pauta de Cotejo (equivalente a la Cédula de Acreditación) se incorporan dimensiones relacionadas con dignidad del paciente con componentes de trato digno, consentimiento informado de procedimientos y riesgos potenciales y confidencialidad, así como criterios específicos para participación en investigación o como parte de las actividades docentes principalmente de pregrado.*

La consolidación actual del proceso de acreditación justifica considerar la inclusión de criterios de efectividad como resultado de la atención, tal como ha sido recomendado recientemente por un análisis de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).⁵² Los resultados en salud son indicadores valiosos para estimar la respuesta de los servicios a las necesidades de salud de la población que así lo demanda. En el nivel hospitalario que atiende condiciones incluidas en el CAUSES, la estimación del estado de salud en padecimientos prioritarios, producto de la provisión de los servicios, representaría un avance para la evaluación del desempeño de los establecimientos. Ejemplos de posibles indicadores de efectividad para hospitales generales son las

* Pauta de Cotejo. Manual del Estándar General de Acreditación para prestadores Institucionales de Atención Cerrada. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.

hospitalizaciones evitables, la tasa de infecciones intrahospitalarias, las complicaciones quirúrgicas, la tasa de reingresos o ingresos por complicaciones de diabetes, la letalidad hospitalaria en padecimientos seleccionados como infarto del miocardio, entre otros. Este tipo de indicadores además de ser mediciones de efectividad de la atención hospitalaria son útiles para la comparabilidad con otros sistemas de salud, ya que un número cada vez mayor de países los utilizan para regulación y acreditación.⁵³ La elaboración de proyectos de investigación que analizan los procesos o los resultados de la atención en la operación cotidiana de los servicios de salud ha sido incorporada gradualmente, principalmente en los establecimientos públicos del sector y representa un avance en las estrategias y acciones, con el propósito de generar la evidencia científica que sea aplicable al contexto del Sistema de Salud de México. Lo anterior hará conveniente en el corto plazo la incorporación de indicadores para la medición de la dimensión de investigación, como se tiene en otros países.

La experiencia en la mayoría de los países analizados, desarrollados o en desarrollo, respecto de la incorporación de instituciones acreditadoras independientes de las áreas normativas del Sistema de Salud, sugiere considerar la pertinencia y factibilidad de separar la responsabilidad del proceso de acreditación para su realización por un organismo independiente de la Secretaría de Salud, como se realiza en la mayor parte de los sistemas de salud para hacer eficientes sus funciones de rectoría. La OCDE ha recomendado “la planeación de una nueva autoridad para el monitoreo y mejora de la calidad” y que esta nueva autoridad sea una “agencia nacional independiente de la Secretaría de Salud y de los Institutos de Seguridad Social, que debería ser responsable de establecer los estándares requeridos para la atención segura y efectiva de todos los proveedores de servicios de salud, incluyendo los privados”. Asimismo, enfatiza en que “esta agencia independiente de calidad debería también tener los poderes regulatorios necesarios para coleccionar, analizar y publicar datos de calidad y resultados”.⁵² Para responder a esta recomendación, tendrá que efectuarse un análisis de la eficiencia potencial de nuevas alternativas que permitan mantener la rectoría en términos de regulación y conducción y delegar la operación a instancias externas para cumplir con los objetivos del Sistema.

Ampliar la acreditación a todos los hospitales públicos y privados, independientemente de su provisión de servicios al SPSS, es un aspecto que deberá ser considerado para responder con mayor integralidad a las políticas de mejora de la calidad en salud, tal como el mismo documento de la OCDE enfatiza.⁵² La factibilidad de su implementación será posible solo con la definición de la instancia independiente de acreditación mencionada en el párrafo previo, ya que los recursos humanos y la organización requerida para ampliar el espectro a todo el Sistema de Salud de México exceden la capacidad de la propia Secretaría de Salud. Para ello, sería necesaria la modificación de la LGS en dos aspectos principales: a) La ampliación de la acreditación como requerimiento por ley, ya que actualmente su obligatoriedad solo está vinculada con el

financiamiento del SPSS y para establecimientos que otorgan provisión de servicios a su población beneficiaria; y b) la modificación de la atribución exclusiva actual por la Secretaría de Salud a través de la DGCES para realizar la evaluación y el dictamen.

Por último y para garantizar el mantenimiento de los estándares y criterios de calidad, capacidad y seguridad, es indispensable consolidar la supervisión como una estrategia permanente y la reacreditación obligatoria en los plazos establecidos.

Anexos

- **Anexo I.** Matriz comparativa de documentos normativos revisados
- **Anexo II.** Documentos normativos revisados (leyes, reglamentos, manuales, lineamientos, cédulas, acuerdos, circulares, oficios u otros documentos oficiales)
- **Anexo III.** Literatura nacional e internacional revisadaAnexo I. Matriz de Instrucciones 2007-2011

Glosario*

Autoevaluación. Proceso a cargo de las autoridades responsables de los establecimientos que tiene por objeto evaluar el cumplimiento de los criterios de capacidad, seguridad y calidad incluidos en las Cédulas de Evaluación para la Acreditación.

Acreditación. Proceso de evaluación externa para determinar el cumplimiento de los criterios de capacidad, seguridad y calidad, en un establecimiento, fijo o móvil, necesarios para proporcionar los servicios de Protección Social en Salud, previstos en el CAUSES y en el FPGC, así como las intervenciones del SMSXXI.

Caravanas de la Salud. Programa de acción federal que busca acercar la red de Servicios de Salud a la población que habita en los municipios de menor índice de desarrollo humano, localidades de alta y muy alta marginación y localidades marginadas con alta dispersión y difícil acceso a servicios de salud de manera permanente y de forma integral, que presta servicios bajo una cartera de servicios de prevención y promoción que cubre los padecimientos identificados en el CAUSES.

Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES). Documento de referencia para la operación del Sistema de Protección Social en Salud, en el que se definen y describen las patologías y servicios de salud de primero y segundo nivel de atención a los que tienen derecho los afiliados al Sistema.

Criterios. Requisitos establecidos en las Cédulas de Evaluación para la Acreditación cuya ponderación determinará el resultado para la emisión del dictamen de acreditación.

Criterios mayores. Son aquellos ítems que se convierten en requisitos y que al no cumplirse impiden la auditoría del resto (criterios menores). Afectan a la seguridad del paciente.

* Términos con base en el glosario establecido en el Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica.
DOF: 06/12/2016.

Criterios menores. Aquellos ítems que no son considerados como requisitos, y cuya sumatoria, junto con los criterios mayores, determinan el resultado de acreditado o no acreditado.

Dictamen de acreditación. Documento que se entrega al establecimiento como resultado de la auditoría practicada (se envía al titular de los Sesa).

DGCES. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Establecimiento. Toda entidad para la atención médica del sector público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.

RLGSMPS. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Cédulas de Evaluación para la Acreditación. Instrumentos normalizados utilizados para la autoevaluación y evaluación de los criterios de capacidad, seguridad y calidad en los establecimientos sujetos al proceso de acreditación.

Criterios de calidad. Condiciones que deben cumplir los servicios de atención médica con la finalidad de incrementar la probabilidad de obtener los resultados deseados.

Criterios de capacidad. Mínimos indispensables de recursos humanos, materiales y financieros considerados en las normas oficiales mexicanas y demás disposiciones jurídicas aplicables para la prestación de los servicios de atención médica que se le brindan al paciente.

Criterios de seguridad. Requisitos en materia de reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, dentro de los cuales se incluyen los establecidos en el Programa de Hospital Seguro contra Desastres.

Evaluador. El servidor público designado por la unidad administrativa para intervenir en el proceso de acreditación.

Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Fondo de reserva constituido y administrado por la Federación, sin límite de anualidad presupuestal, que apoya el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos.

Plan de Contingencia. Documento en el que se describen las acciones que realizará el establecimiento que no haya obtenido el dictamen aprobatorio derivado de la visita de acreditación, el cual deberá considerar los incumplimientos enunciados en el informe de hallazgos emitido por la unidad administrativa.

Programa Anual de Acreditación. Documento elaborado por la unidad administrativa, que integra los ejercicios de planeación y priorización de establecimientos susceptibles de ser incluidos en el proceso de acreditación y reacreditación durante un año determinado, considerando las necesidades de su población usuaria.

Programa Anual de Supervisión. Documento elaborado por la unidad administrativa, en el que se incluyen los establecimientos sujetos al proceso de supervisión para el cumplimiento de los criterios de capacidad, seguridad y calidad en un año determinado.

Responsable Estatal de Calidad. Servidor público designado por el titular de los Servicios Estatales de Salud que tiene a su cargo la gestión de los programas de calidad en su ámbito de competencia.

Servicios Estatales de Salud (Sesa). Estructuras administrativas de los gobiernos de las entidades federativas, independientemente de la forma jurídica que adopten, que tengan por objeto la prestación de servicios de salud.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: lecciones aprendidas en conducción y regulación. Washington, D.C: OPS, 2007. Disponible en: new.paho.org/hq/.../Rectoria_ASN_Lecciones_Aprendidas_Rectoria_Conduccion.pdf.
2. Erbault M, Glikman J, Ravineau MJ, Lajzerowicz N, Terra JL. Promoting quality improvement in French healthcare organisations: design and impact of a compendium of models and tools. *Quality and Safety in Health Care*. 2003 Oct 1;12(5):372-6.
3. Jovanovic B. Hospital accreditation as method for assessing quality in health care. *Archive of Oncology*. 2005;13(3/4):156-157.
4. Jessee WF. Garantía de la calidad en los Hospitales de Estados Unidos. *Salud Publica Mex* 1990; 32(2):131-137.
5. De Moraes Novacs H. Implantación de programas de la garantía de la calidad en los hospitales América Latina y el Caribe. *Educ Med Salud* 1993;27(3).
6. The principles of quality assurance. WHO Working Group. *Qual Assur Health Care* 1989;1(2-3):79-95.
7. Zancajo JL. El proceso de evaluación externa de los hospitales para la acreditación de la formación sanitaria especializada. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19:243-249.
8. ISQua Accreditation International Accreditation Programme (IAP). Guidelines and Standards for Surveyor Training Programmes, 3rd edition, v1.0., 2016. Disponible en: <https://isqua.org/accreditation-iap/our-programmes>.
9. Shaw C. External assessment of health care. *BMJ*. 2001;322(7290):851-854.
10. World Health Organization. Quality and accreditation in health care services: a global review. 2003. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68410/1/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf.
11. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 5th Ed. 2013. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>.
12. Touati N, Pomey MP. Accreditation at a crossroads: are we on the right track? *Health policy*. 2009;90(2):156-165.
13. Fortes MT, de Mattos RA, de Faria Baptista TW. Accreditation or accreditations? A comparative study about accreditation in France, United Kingdom and Cataluna. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(2):234-241.
14. Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, Loeb JM, Wachter RM. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. *J Hosp Med*. 2011;6(8):454-461.
15. Giraud A. Accreditation and the quality movement in France. *Qual Safety Health Care*. 2001;10(2):111-6.

16. Pomey MP, Lemieux-Charles L, Champagne F, et al. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*. 2010;5(1):31.
17. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2010. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>.
18. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Proceso de acreditación de centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. España, 2006. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuestionario/Manual_Acreditacion_Centros_Servicios_Unidades.pdf.
19. ISQua Accreditation International Accreditation Programme (IAP). Guidelines and Standards for Surveyor Training Programmes, 3rd edition, v1.0., September 2016. Disponible en: <https://isqua.org/docs/default-source/guidelines---4th-edition/guidelines-and-standards-for-surveyor-training-programmes-3rd-edition.pdf>.
20. Gilmore CM, de Moraes Novaés H. Manual de gerencia de la calidad. Volumen III. Serie HSP UNI/Manuales Operativos PALTEX. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellogg, 1996.
21. Novaes HM, Neuhauser D. Hospital accreditation in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;7(6):425-430.
22. Arce HE. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health. *International Journal for Quality in Health Care*. 1998;10(6):469-472.
23. Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud. Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/Inicio.aspx>.
24. Organização Nacional de Acreditação. Disponible en: <https://www.ona.org.br/Pagina/303/Credenciamento>.
25. Chile Mejor. Portal de la Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-search.html>.
26. Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8981_guia_practica_acreditacion.pdf.
27. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC / Dirección de Acreditación en Salud. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua>.
28. Proceso para la acreditación en Salud. Ruta Crítica. Ministerio de Salud y Protección Social/Icontec Internacional. 2014. Disponible en: [http://www.acreditacionensalud.org.co/rc/Documents/Ruta%20cr%C3%ADtica%20V6\(1\).pdf](http://www.acreditacionensalud.org.co/rc/Documents/Ruta%20cr%C3%ADtica%20V6(1).pdf).
29. Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario. Colombia. Versión 03. Ministerio de la Protección Social, Bogotá, Colombia, 2011. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/Documents/Manual%20AcreditSalud%20AmbulyHosp2012.pdf>.
30. Norma técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. Lima, Perú 2007. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2015/000_normaacreditacion.pdf.
31. Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud. Manual para la acreditación de establecimientos de atención de agudos. 2ª. Ed. Electrónica. Buenos Aires, 2015. Disponible en: www.itaes.org.ar.
32. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Pomey MP. External inspection of compliance with standards for improved healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 12. Art. No.: CD008992. DOI: 10.1002/14651858.CD008992.pub3.

33. Guérin S, Le Pogam M-A, Robillard B, et al. Can we simplify the hospital accreditation process? Predicting accreditation decisions from a reduced dataset of focus priority standards and quality indicators: results of predictive modelling. *BMJ Open* 2013;3:e003289.
34. Commission de Certification des Établissements de Santé (CCES). Haute Autorité de Santé. France. Disponible en: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_419569/fr/commission-de-certification-des-etablissements-de-sante-cces.
35. Bill 113 (2002, chapter 71). An Act to amend the Act respecting health services and social services as regards the safe provision of health services and social services. National Assembly. Québec Official Publisher, 2002. Disponible en: <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71A.PDF>.
36. Di Napoli S, Mesa S. La acreditación en la Argentina ¿Realidad, intención o utopía? 2015. Disponible en: <http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Acreditacion%20en%20Argentina.%20Mesa%20Di%20Napoli.pdf>.
37. Monteiro de Castro M. Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud en Brasil. Seminario Internacional Soluciones de Corto Plazo para Sistemas Universales de Salud. Disponible en: www.parsalud.gob.pe/phocadownload/plan/plan22.pdf.
38. Reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de salud, Decreto Supremo No. 15 de 2007, Ministerio de Salud. Disponible en: www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-4788_recurso_1.pdf.
39. Marco Legal Colombiano. INFOTEC Internacion/MINISALUD. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/Sua/Paginas/MarLegCol.aspx>.
40. Decreto Número 903, 2014. Disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Decreto%200903%20de%202014.pdf>.
41. The Joint Commission Accreditation Hospital. Accreditation Guide for Hospitals. Disponible en: www.jointcommission.org/assets/1/6/accreditation_guide_hospitals_2011.pdf.
42. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Haute Autorité de Santé. France. Disponible en: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1732464/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-edition-janvier-2014.
43. Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial. Acreditación de Hospitales. Disponible en: <http://www.acreditacionfada.org/index.php?page=acreditacion-hospitales>.
44. Manual Brasileiro de Acreditação. Caderno Institucional. Disponible en: <https://www.ona.org.br/Pagina/342/Caderno-Institucional>.
45. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_Manual_AC_pdf.pdf.
46. Tables de correspondance des indicateurs - Thématiques V2014. Haute Autorité de Santé. France. Disponible en: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028885/fr/table-de-correspondance-des-indicateurs-thematiques-v2014#toc_2_1.
47. Pauta de Cotejo. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_pauta_AC_pdf.pdf.
48. Modelo de evaluación para la acreditación, en: Cédula de Evaluación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: Síndrome Turner y tumor ovárico germinal y epitelial. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. 2017.
49. Mumford V, Greenfield D, Hogden A, Forde K, Westbrook J, Braithwaite J. Counting the costs of accreditation in acute care: an activity-based costing approach. *BMJ Open* 2015;5: e008850. doi:10.1136/bmjopen-2015-008850.

50. Shaw CD, Kutryba B, Braithwaite J, Bedlicki M, Warunek A. Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(5):341-350.
51. Artaza O. Los desafíos de la autogestión hospitalaria. *Rev Chil Pediatr*. 2008;79(2):127-130.
52. OECD. OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016, OECD Publishing, Paris. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>.
53. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

**Determinar los incumplimientos
más frecuentes en los criterios
de acreditación de las
unidades médicas**

Antecedentes sobre el proceso de acreditación y los instrumentos utilizados

El proceso de acreditación se inscribe en el marco de acción, con el cual la Secretaría de Salud busca incidir de forma positiva en la calidad de la atención a la salud de la población. A través de este proceso, se busca garantizar que los establecimientos que proporcionan atención a la salud, en particular la financiada con recursos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuenten con las condiciones mínimas para que la misma sea resolutive y se proporcione con trato digno. En ese sentido, el análisis que se presenta en este documento se enfoca en identificar los atributos esperados de los establecimientos para la prestación de servicios de salud que no se alcanzan, de acuerdo con la información que se genera durante el proceso de acreditación.

Para ello, se enfocó el análisis en el conjunto de establecimientos hospitalarios con prestación de servicios del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que establece el conjunto de prestación que son sujetas de financiamiento a través del SPSS, para el periodo 2014-2017. En particular, se considera a los establecimientos que fueron evaluados con las cédulas para hospital general, hospital materno-infantil, hospital comunitario y hospital pediátrico. El universo de análisis se conforma por el conjunto de cédulas de estos cuatro tipos aplicadas en el periodo señalado, independientemente del resultado de la evaluación.

Las herramientas que se utilizan para la acreditación, las cédulas mencionadas, son elaboradas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE), unidad administrativa de la Secretaría de Salud federal que, de acuerdo con el Reglamento Interior de dicha entidad, cuenta con la atribución normativa para ello. Es importante señalar que en este documento no se analizan las cédulas como herramientas, sino que se centra en el análisis de la información generada por las mismas.

Proceso de acreditación

La acreditación se sustenta en el derecho a la protección de la salud que establece el Artículo 4 de la Constitución. Para su concreción, la Ley General de Salud (LGS) señala en su Artículo 6º, Inciso I, que entre los objetivos del Sistema Nacional de Salud está “Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los

mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas”. Asimismo, el Artículo 51 de la misma LGS establece que “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”.

Por otra parte, en la reforma de 2003 de la LGS, a través de la cual se crea el SPSS, se identifican las competencias y atributos generales de la acreditación. El Inciso XV del Artículo 77 bis 5 señala que es competencia del Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud, “Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los establecimientos de salud prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud”, identificando en el Artículo 77 bis 9 que la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos para la atención de la población cubierta por el SPSS para incrementar la calidad de los servicios. Este mismo artículo identifica los aspectos mínimos que debe considerar la acreditación: a) prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud; b) aplicación de exámenes preventivos; c) programación de citas para consultas; d) atención personalizada; e) integración de expedientes clínicos; f) continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contra referencia; g) prescripción y surtimiento de medicamentos y h) información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.

De acuerdo con la información contenida en el Catálogo Clues de la Secretaría de Salud (disponible en http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html), del total de 37 562 establecimientos de salud en el país, 29.8% (11 182) cuentan con acreditación para CAUSES. Sobre el subconjunto de establecimientos de segundo nivel de atención, el mismo catálogo identifica 4 720 establecimientos, de los cuales 570 (12.08%) cuentan con acreditación para CAUSES.

El proceso de acreditación se detalla en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, publicado en el DOF el 6 de diciembre de 2016. Establece los criterios en materia de capacidad, seguridad y calidad para los establecimientos y servicios de atención médica, así como el proceso de acreditación. También describe las siguientes fases mencionadas en el numeral 6 del documento:

Fase I. Programación. Se identifican y priorizan los establecimientos sujetos al proceso de acreditación, mismos que se incluirán en el Programa Estatal de Acreditación, y se integra y difunde del Programa Anual de Acreditación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). Los establecimientos a ser incluidos en dicho programa anual deben contar con Clues actualizada, autorizaciones sanitarias, reporte estadístico vigente, y Programa de Mejora Continua de la Calidad (PMCC).

Los establecimientos que cumplan con estos requisitos y busquen la acreditación, deben solicitar los formatos respectivos (las cédulas) a la DGCES, y a través de

las mismas realizar la autoevaluación para verificar que cumplen con los criterios de las Cédulas. Esta actividad se realiza en coordinación con el Responsable Estatal de Calidad (REC) en el caso de los establecimientos de los Servicios Estatales de Salud (Sesa) o del sector privado. Para los hospitales federales, la coordinación de la autoevaluación es con la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

Los hospitales con autoevaluaciones favorables se incluyen entonces en el Programa Estatal de Acreditación, priorizándolos de acuerdo con el diagnóstico estatal de salud. Con la información remitida por las entidades, y considerando la disponibilidad de recursos, la DGCES formula el Programa Anual de Acreditación.

Fase II. Evaluación. Es la implementación del proceso de evaluación de acuerdo con lo incluido en el Programa Anual de Acreditación, confirmando la programación de visitas, las visitas de acreditación. Para las visitas de evaluación se utilizan las cédulas emitidas por la DGCES. Para resultar acreditados, se establece que debe cumplirse con 85% de los criterios que se establezcan en la cédula respectiva, así como con la totalidad de los criterios mayores. Se establece que la información que se registre en las cédulas debe ser consistente con los sistemas de información en salud (SINERHIAS, SICAM, SAEH, entre otros).

El RCE debe enviar el itinerario para las visitas de evaluación en su estado, así como las autoevaluaciones a la DGCES y los comprobantes de pago de las cuotas de acreditación. Por su parte, la DGCES identificará a los evaluadores necesarios en cada entidad y designará a un Coordinador del Equipo Evaluador.

Para el desarrollo de la visita de evaluación, se desarrolla una sesión de apertura, identificando las contrapartes y actividades a realizar. Durante el desarrollo de la visita se recorren las instalaciones y se revisa la información necesaria para verificar cada criterio de la cédula correspondiente, debiéndose recopilar evidencia sobre los mismos.

Al finalizar la visita, se genera un acta de cierre, señalando en la misma los hallazgos más relevantes durante la visita.

Fase III. Dictamen. Considera la elaboración del reporte de hallazgos de la visita de evaluación, integración del expediente, y el análisis de la información para la elaboración y emisión del dictamen respectivo. El dictamen debe considerar la evidencia obtenida en la visita, y en caso de resultar en acreditación, tiene una vigencia de cinco años.

El Informe de Hallazgos debe caracterizar el establecimiento evaluado, el tipo de evaluación y el resultado de la misma. Por su parte, el dictamen incluye el marco legal que lo sustenta, el tipo de acreditación y su vigencia. Adicionalmente, se acompaña de un acta que considera también el sustento legal, las fechas de la visita de evaluación y el tipo de acreditación y vigencia de la misma.

En los casos que no se alcance el puntaje, o no se cumplan los criterios mayores, se elabora un dictamen no favorable, identificando los criterios no cumplidos. En estos casos, puede solicitarse una nueva evaluación a partir de establecer un plan de

contingencia para identificar las acciones a realizar para cumplir con los criterios en los que se identificó incumplimiento.

Fase IV. Supervisión. Se define por la DGCES a partir de las prioridades nacionales, para verificar que los establecimientos acreditados siguen cumpliendo con los criterios establecidos en las cédulas respectivas. Las visitas de supervisión se realizan empleando las mismas cédulas y criterios de cumplimiento. De presentarse un cumplimiento menor de los criterios, el establecimiento pierde la acreditación.

Fase V. Reacreditación. Considera la visita de reacreditación, y la emisión del dictamen respectivo. Los criterios a los que se sujeta son los mismos que la evaluación para la acreditación, y se aplica para establecimientos con fecha de vigencia de acreditación por concluir.

De acuerdo con la información señalada a partir del Manual, se identifica que para obtener un dictamen favorable se requieren dos condiciones necesarias (que de forma independiente son insuficientes): a) alcanzar 85% de la calificación total de los criterios que se incluyen en la cédula respectiva y b) cumplir con la totalidad de los criterios mayores. Por criterio mayor el Manual identifica a aquellos esenciales, sin incluir mayor detalle al respecto. Los criterios que se incluyen consideran aspectos de estructura, procesos y de evidencia documental.

Las cédulas presentan un listado extenso de criterios a los que se les asignaron puntajes de 1, 3, 5, 7, 10 o 20, y que se califican de forma dicotómica, esto es, se si cumplen o no. En caso de no cumplirse el puntaje, se modifica a cero. En la información disponible no es posible identificar el mecanismo a través del cual se decidió el puntaje específico asignado a cada criterio. En las cédulas es posible observar que los puntajes mayores son para criterios que podrían considerarse como compuestos, es decir, que incluyen diversos aspectos. Por ejemplo, el puntaje de 20 se utiliza para el carro rojo (en los diferentes servicios), considerando que cuente con la totalidad de los insumos definidos para el mismo. Aspectos de infraestructura y personal completo están en los criterios con puntaje de 10.

Se establece asimismo la categoría de no aplica (NA), para la cual se señala que es necesaria una explicación amplia y detallada de las razones para emplearla.

Instrumentos de acreditación utilizados en el estudio

Como se señaló previamente, para este estudio se consideraron cuatro Cédulas Evaluación con fines de acreditación, mismas que se describen brevemente a continuación. Para el detalle de las cédulas, éstas se encuentran disponibles en el sitio web de la DGCES: http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/cédulas_acreditacion.html.

a) Hospital general

Instrumento utilizado: Establecimientos de segundo nivel. Hospitales.

F/C/A/CAUSES/2NIV_12-13E.

Conformada por 470 criterios, dentro de los cuales se encuentran 10 criterios mayores:

1. Área quirúrgica con apego a NOM 016 SSA3-2012 (Numeral completo 6.3.1).
2. Personal médico de anestesiología.
3. Personal médico de urgencias.
4. Personal médico de medicina interna (terapia intensiva).
5. Personal médico de pediatría (terapia intensiva pediátrica).
6. Personal médico de cirugía.
7. Personal médico y paramédico de gineco-obstetricia.
8. Personal técnico para el laboratorio de análisis clínicos.
9. Personal para imagenología.
10. Circuito eléctrico conectado a planta de emergencia con arranque máximo de 15 segundos.

Además, cuenta con dos secciones específicas en donde se evalúan medicamentos y el contenido del carro rojo.

Con un puntaje total de 1 767 puntos.

b) Hospital materno-infantil

Instrumento utilizado: Hospital materno-infantil

F/C/A/CAUSES/MAT.INF._2012-13E

Conformada por 417 criterios, dentro de los cuales se encuentran 10 criterios mayores:

1. Área quirúrgica con apego a NOM-197-SSA1-2000 (Numeral completo 6.3.1)
2. Personal médico de anestesiología.
3. Personal médico de urgencias.
4. Personal médico de medicina interna (terapia intensiva).
5. Personal médico de pediatría (terapia intensiva pediátrica).
6. Personal médico de cirugía.
7. Personal médico de gineco-obstetricia.
8. Personal para el laboratorio de análisis clínicos.
9. Personal para rayos X.
10. Circuito eléctrico conectado a planta de emergencia con arranque máximo de 15 segundos.

Además, cuenta con dos secciones específicas en donde se evalúan medicamentos y el contenido del carro rojo.

Con un puntaje total de 1 362 puntos.

c) Hospital comunitario

Instrumento utilizado: Hospitales comunitarios o equivalentes.

F/C/A/CAUSES/HC_12-13E

Conformada por 300 criterios, con la particularidad de que no especifica criterios mayores.

Además, cuenta con dos secciones específicas en donde se evalúan medicamentos y el contenido del carro rojo.

Con un puntaje total de 828 puntos.

d) Hospital pediátrico

Instrumento utilizado: Hospitales pediátricos

F/C/A/CAUSES/HOSP.PED._12-13E

Conformada por 366 criterios, con la particularidad de que no especifica criterios mayores.

Además, cuenta con dos secciones específicas en donde se evalúan medicamentos y el contenido del carro rojo.

Con un puntaje total de 1 177 puntos.

Marco de referencia para determinar incumplimientos en los criterios de acreditación

El abordaje para analizar los incumplimientos (esto es, los criterios que no se cumplen) considera al proceso de acreditación como un mecanismo para incidir positivamente en la calidad de la atención que proporcionan los proveedores de servicios de salud que atienden a la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud. En este sentido, analizar los incumplimientos de los criterios de acreditación permite identificar las áreas de mejora que enfrentan los establecimientos de salud, para fortalecer su capacidad resolutive y contribuir de esa forma al acceso efectivo a la salud.¹

En tanto que cada criterio identifica un aspecto de la calidad esperada en los establecimientos (sea estructural o de procesos), se entienden como condiciones mínimas para proporcionar atención a la salud de forma adecuada. Como se establece normativamente, la acreditación busca verificar que los establecimientos “cumplen satisfactoriamente con criterios de capacidad, calidad y seguridad para el paciente, necesarios para proporcionar los servicios definidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)”.

El análisis agregado de los incumplimientos permite identificar las deficiencias principales que se presentan en un determinado universo de servicios, que pueden ser los ubicados en un territorio o en un horizonte temporal definido, como se ha realizado en estudios similares.² Couto-Ribeiro y colaboradores describen el análisis de los incumplimientos como una medida enfocada a la mejor de la calidad de atención, a partir de un estudio transversal en Brasil, utilizando como referencia el manual de acreditación.²

Para el análisis de incumplimientos, se sigue un abordaje en el cual se realizan análisis descriptivos que ordenen los criterios a partir de los que con mayor frecuencia se incumplen. En primera instancia, este procedimiento busca identificar la frecuencia de los incumplimientos considerando como referencia el total de establecimientos analizados.

Un abordaje potencial adicional es identificar si un conjunto acotado de criterios son los relevantes porque son los que concentran los problemas, es decir, los incumplimientos. Un abordaje para mostrar esto son los diagramas de Pareto, en los que se contrasta la frecuencia simple de los problemas (incumplimientos en este caso), con la frecuencia acumulada.

Para esta identificación, el abordaje utilizado se centra en determinar los incumplimientos que se presentan con mayor frecuencia en el conjunto de análisis de establecimientos, a la vez que buscar identificar un cierto patrón en los incumplimientos, esto es, el subconjunto de los mismos que representan un porcentaje importante del total, lo que se ha realizado previamente para estudios similares.²⁻⁵ Ello puede llevarse a cabo, ya sea a partir de la categorización de los criterios (problemas), o con abordajes como el seguido para el proceso de acreditación en México, es decir, la definición de criterios mayores.

Un abordaje de este tipo se plantea en el análisis realizado para el proceso de acreditación en el estado de Aguascalientes (no se identificaron estudios similares para otras entidades), en donde se parte de mostrar las frecuencias de incumplimientos (llamados en ese estudio no conformidades), y la identificación de las principales categorías de las mismas como un mecanismo para informar el diseño de estrategias para atender las deficiencias señaladas.³ En este análisis, un elemento que se aborda es la importancia de definir categorías que agrupen a los criterios de acreditación, considerando el elevado número de los mismos, que dificulta la identificación de los elementos de mayor relevancia para la toma de decisiones.

Para el análisis que se presenta en este documento, se explora con diagramas de Pareto la potencial presencia de criterios que concentren los incumplimientos, de forma que puedan priorizarse, así como las diferencias entre incumplimientos entre tipo de establecimientos y las diferencias que pudieran resultar relevantes entre establecimientos acreditados y no acreditados, más allá de que por definición entre los no acreditados se presenta un número mayor de incumplimientos. Asimismo, se ordenan los incumplimientos de acuerdo con el número de hospitales en los que se presentaron.

Metodología de análisis

Este documento presenta un estudio transversal cuantitativo, a partir de la revisión y análisis de 140 cédulas de evaluación con fines de acreditación para hospitales en México, realizadas entre 2014 y 2017. Este conjunto de cédulas abarca la totalidad de las realizadas en este periodo para establecimientos hospitalarios evaluados con cédula de hospital general, comunitario, materno-infantil o pediátrico, e incluye cédulas con resultados favorables y no favorables en relación con la acreditación.

La información considerada para el análisis es el conjunto de criterios para la acreditación que se registra en las cédulas. Este análisis no revisa la pertinencia de los mismos, sino que se centra en identificar cuáles de estos criterios son los que con mayor frecuencia se incumplieron de acuerdo con la información contenida en las cédulas.

El análisis descriptivo inicialmente presenta los incumplimientos más frecuentes de forma general y para los conjuntos de establecimientos acreditados y no acreditados. Adicionalmente, se presenta el análisis por tipo de cédula y considerando aspectos de los establecimientos.

Integración de la base de datos

La información contenida en las 140 cédulas de evaluación con fines de acreditación en unidades hospitalarias con intervenciones de CAUSES revisadas se registró en una base de datos, a partir de la revisión de los expedientes originalmente impresos, mismos que fueron escaneados, esto es, la información no se encuentra registrada en algún sistema de información.

La transcripción de la información contenida en los formatos impresos introduce una potencial fuente de error para la información. Para minimizarlo, los expedientes fueron revisados por personas con formación médica y experiencia en procesos de acreditación. No obstante, es necesario señalar que, al tratarse de registros elaborados por un grupo diverso de personas evaluadoras, no necesariamente la información se registró en los documentos revisados de forma homogénea. Adicionalmente, el formato de las cédulas se modificó en el periodo revisado, por lo que se introduce una fuente de variación exógena adicional.

La base de datos en formato de Excel considera cada uno de los criterios incluidos en las cuatro cédulas revisadas, por lo que consta de 580 variables, distribuidas de la siguiente manera:

Columnas

- A-R son 18 variables de aspectos generales de los establecimientos acreditados y no acreditados.
- S-VH son 561 variables que corresponden a los criterios incluidos en los cuatro tipos de cédulas (hospital general, hospital materno-infantil, hospital comunitario y hospital pediátrico).

Se generaron bases para cada tipo de cédula y una integrada, en la cual a partir de los criterios para hospital general se agregaron los adicionales en las cédulas de hospital materno-infantil, pediátrico y comunitario.

Es importante señalar que existen conceptos que en una cédula se encuentran en un solo criterio y en otra(s) en dos o más criterios. Para fines de captura, se consideró la información en el informe de visita de evaluación para realizar la captura de manera más específica en el criterio correcto.

Fuentes de información

Como se señaló previamente, la información proviene de los expedientes para los 140 ejercicios de acreditación realizados en el tipo de establecimientos hospitalarios seleccionados (general, comunitario, pediátrico y materno-infantil) en el periodo 2014-2017. En particular, la información contenida en los informes de visita de evaluación, los cuales se conforman de cuatro apartados:

Datos de visita: se especifica entidad visitada, fecha de la visita y responsable de la auditoria.

Datos del establecimiento: nombre y Clues del establecimiento evaluado, calificación obtenida, tipo de visita, tipo de evaluación, estatus y si cumple criterios mayores, y en caso de incumplimiento con estos últimos, cuál o cuáles.

Descripción por área evaluada: en la mayoría de los casos están descritos de manera ordenada y contiene el numeral del criterio correspondiente de acuerdo con la cédula aplicada. No obstante, en un conjunto de cédulas, no se explicitaba el numeral del criterio ni se encontraban en orden en relación con la cédula evaluada. En estos casos, se tuvo que realizar una revisión exhaustiva para identificar el criterio correspondiente en la base de datos.

Observaciones: aclaraciones o especificaciones sobre la información descrita en el apartado anterior. En algunos casos aportan información cuando para algunos de los criterios se anotó “No aplica”.

Registro de la información

El supuesto central es que los criterios que no se mencionan en los informes de evaluación son aquellos que sí se cumplen. Esto es, los informes identifican explícitamente los incumplimientos, por lo que se tiene que asumir que lo no mencionado son criterios cumplidos.

En la base integrada con el conjunto de criterios se registró “No” cuando en el informe se señala que no se cumple con el mismo, y “NA” cuando en el informe se señala que no aplica dicho criterio. En los criterios no mencionados en el informe se registró “Sí”.

En el apartado de medicamentos la información no es consistente entre informes, registrándose en algunos casos el número de medicamentos faltante. En otros, únicamente el puntaje obtenido respecto de los medicamentos, e incluso en algunos más no se mencionan, por lo que se asumió como cumplimiento al 100%. En la base global y en la base de medicamentos se capturaron sólo en caso de que se mencionaran.

En el apartado de carro rojo fueron pocas las observaciones encontradas en los informes de visita de evaluación, por lo que no se generó una base específica para esta categoría.

En particular, se observó que los informes de 2014 en su mayoría no registran el numeral del criterio que se incumple, y cuando se anota un número, el mismo no coincide con la cédula. Para subsanar esta deficiencia, se revisó el criterio en relación con la cédula, para asignar el numeral correspondiente.

En el anexo 1 se detallan las incidencias en el momento de la captura por expediente y cómo se resolvió en cada caso.

Análisis de la información

Para la identificación de los principales incumplimientos en los criterios de acreditación, se consideró el análisis sobre el universo de las cédulas revisadas, que se consideran como la totalidad de procesos de acreditación realizados en el periodo 2014-2017. Este universo está conformado por 140 cédulas, que corresponden a un total de 112 establecimientos diferentes, de las cuales 91 cédulas presentan un resultado favorable de acreditación y 49 cédulas resultado de no acreditación. Entre las cédulas revisadas, se contó con las de 23 hospitales que pasaron en dos ocasiones por el proceso en el periodo señalado y tres establecimientos que se evaluaron tres veces.

En la figura I se muestra la distribución de las cédulas por tipo de cédula revisada y resultado de acreditación. Como se observa, la proporción de establecimientos acreditados en relación con los no acreditados es similar para las cédulas de materno-infantil, comunitarios y pediátricos ($5/2=2.5$, $39/15=2.6$, y $7/3=2.33$, respectivamente, establecimientos acreditados por cada no acreditado), y menos para los generales ($40/29=1.4$ hospitales acreditados por cada hospital no acreditado).

Esta distribución resulta en principio consistente con el enfoque de la acreditación, como proceso para verificar el cumplimiento de condiciones mínimas en los establecimientos, para lo que se esperaría en principio que la totalidad de los establecimientos cumplieran con los mismos. En el periodo analizado, 65% de los resultados son favorables a la acreditación.

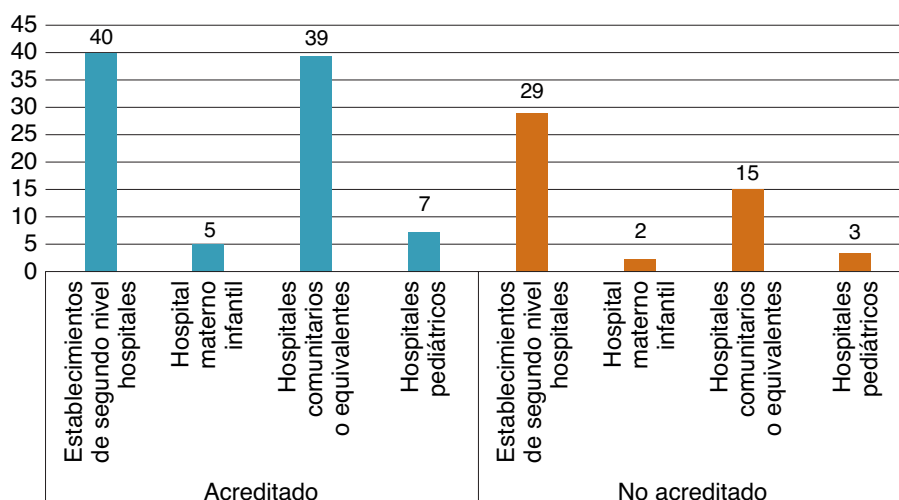


Figura I. Distribución de cédulas analizadas por resultado de acreditación y tipo de cédula

Al considerar a la institución, se observan diferencias en el porcentaje de cédulas del total que cuentan con dictamen favorable. El porcentaje de dictámenes favorables es mayor entre las cédulas realizadas a hospitales de IMSS-Prospera (72%), seguido de las correspondientes a la Secretaría de Salud (65%), las aplicadas a establecimientos privados (54%), y finalmente en hospitales universitarios (40%), como se muestra en la figura II.

Acerca de las tendencias en el periodo de análisis (2014-2017), en cuanto a la cobertura de las visitas de evaluación y el porcentaje de establecimientos con resultado favorable, en la figura III se observa un decremento en el tiempo en el número de cédulas aplicadas: en tanto que en 2014 y 2015 se realizaron el mismo número de cédulas (48 cédulas cada año). Este número decrece para 2016 y en 2017 es menos de la tercera parte que en los años iniciales (sólo 14 cédulas para este año). Por otra parte, el porcentaje de cédulas con resultado favorable se mantiene relativamente constante, si bien sería necesario un periodo mayor para identificar posibles tendencias. En el periodo analizado, el porcentaje menor se observa en 2014 (60%), se incrementa para 2015 a 69% (el punto más alto en el periodo) y decrece para 2016 y 2017 (figura III).

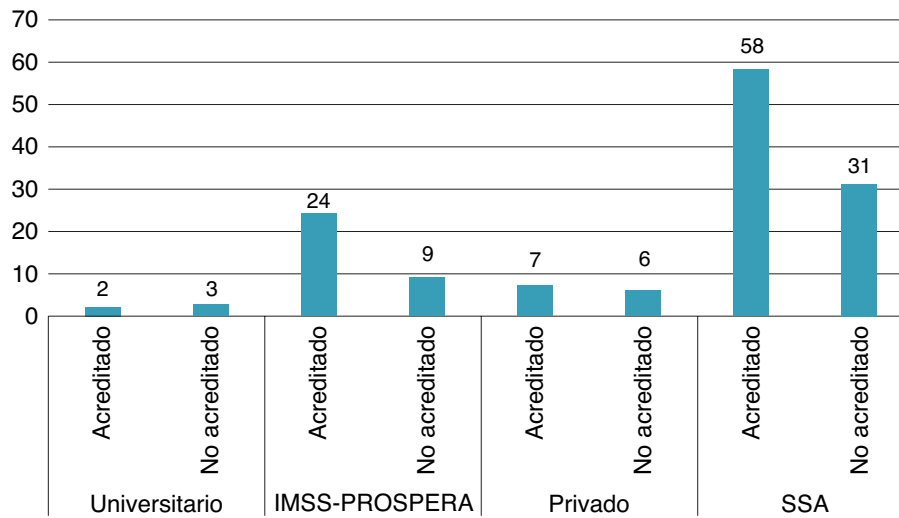


Figura II. Distribución de cédulas analizadas por institución del establecimiento en el cual se aplicó y resultado

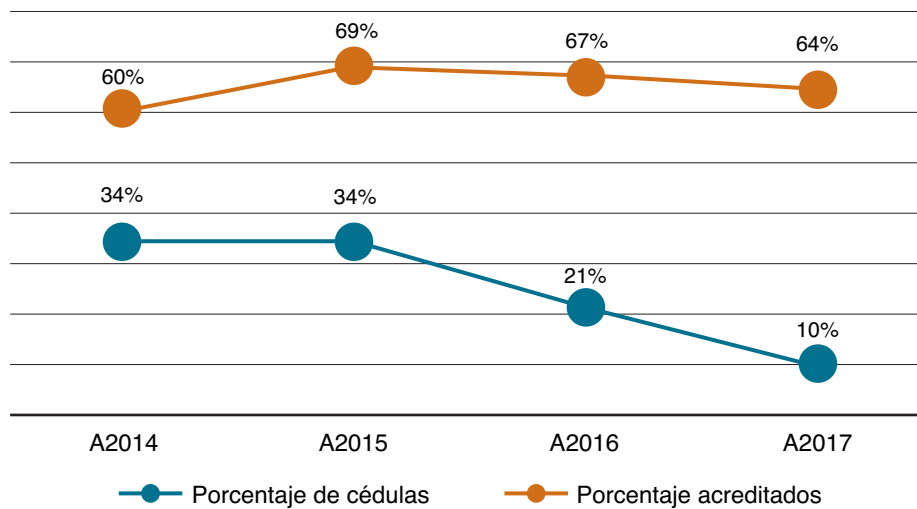


Figura III. Cédulas realizadas por año como porcentaje del total para el periodo 2014-2017 y porcentaje anual de cédulas con resultado favorable de acreditación

La calificación promedio en el total de cédulas es de 86.32, en tanto que al clasificar por resultado, entre las acreditadas el promedio es de 91.62, y entre las no acreditadas de 76.50 (recuérdese que para obtener un resultado favorable un requisito necesario es obtener al menos 85.00). No se encontraron diferencias relevantes en los promedios al comparar entre años, ni al contrastar entre los diferentes tipos de cédulas analizados.

Por distribución geográfica, las cédulas analizadas reportan información de establecimientos en 28 de las 32 entidades en el país, si bien 52.8% de las cédulas corresponden a cinco entidades: Chiapas, Guanajuato, Michoacán, Puebla, Tamaulipas y Veracruz (ver en el anexo I el listado ordenado por entidad de las cédulas realizadas). Entre las entidades hay casos con únicamente cédulas con dictamen favorable y casos con únicamente cédulas con dictamen no favorable.

Sobre el universo de cédulas, adicional a contar con la información para cada criterio incluido en las cédulas, se identificaron aquellos señalados como mayores, esto es, los que la DGCES considera esenciales.

El análisis para este reporte es el conteo de incumplimientos por tipo de cédula y por resultado (acreditado y no acreditado), para identificar aquellos criterios con mayor frecuencia de incumplimiento. Adicionalmente, para presentar la información de forma gráfica, se utilizan diagramas de Pareto, mismos que presentan de forma descendiente los incumplimientos contrastando con el porcentaje del total de incumplimientos que representa cada categoría (criterio), buscando en ese sentido identificar el conjunto de criterios que agrupan la mayor parte de los incumplimientos.

Determinación de los incumplimientos más frecuentes en los criterios de acreditación

Como se señaló, el análisis de los incumplimientos se centra en identificar aquellos que se presentan con mayor frecuencia en las cédulas analizadas, comparando entre instituciones acreditadas y no acreditadas. En el Cuadro 2 se enlistan los 10 principales incumplimientos para el total de cédulas analizadas y por condición de acreditación.

Como se observa en el Cuadro 1, el principal incumplimiento en lo general se refiere a no cumplir con “85% de la contrarreferencia de pacientes al primer nivel de atención”, lo que se identificó en 42% de las cédulas revisadas en las que aplicaba el criterio (133). En el Cuadro 1 se marcan en color azul los criterios que aparecen entre los 10 primeros incumplimientos de forma general, y también en las cédulas con resultado favorable como las que cuentan con resultado no favorable. Adicionalmente, en el Cuadro 1 se indica el porcentaje de los hospitales en cada grupo en los que el criterio aplica en los que se presenta el incumplimiento respectivo. Como se observa, en los establecimientos con resultado favorable el principal incumplimiento es no contar con un sistema de clasificación de urgencias médicas (40% de las cédulas), en tanto que los de resultado no favorable la ausencia o no surtimiento completo de carro rojo en la sala de operaciones es el principal incumplimiento, presentándose en 61% de las cédulas revisadas.

Resalta asimismo que la inexistencia o surtimiento incompleto de los carros rojos en los diferentes servicios son de los principales incumplimientos en las cédulas, tanto en lo general como para ambos tipos de resultado (favorable y no favorable). Ninguno de los 10 primeros criterios con incumplimientos corresponde a criterios mayores. Este primer análisis identifica cuáles son los principales aspectos para reforzar en los hospitales, si bien es relevante considerar las particularidades de cada establecimiento.

Cuadro 1. Diez principales incumplimientos en las cédulas revisadas, total y por resultado de acreditado o no acreditado

Área	Atributo	% total	Área	Atributo	% Acreditados	Área	Atributo	% No acreditados
Atención integral al paciente entre niveles de atención, relacionados con la capacidad instalada y las necesidades de cada paciente. REFERENCIA CONTRARREFERENCIA* (19,33)	Se cumple el 85% de la contrarreferencia de pacientes al primer nivel de atención	42%	URGENCIAS. Calidad de la atención médica* (50, 55, 64)	Se cuenta con un sistema de clasificación de urgencias médicas (TRIAGE)	40%	CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	SALA DE OPERACIONES. (Se captura en la quinta columna de la hoja carro rojo)	61%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes. *(9, 10, 11, 50)	SALA DE OPERACIONES. (Se captura en la quinta columna de la hoja carro rojo)	39%	Atención integral al paciente entre niveles de atención, relacionados con la capacidad instalada y las necesidades de cada paciente. REFERENCIA CONTRARREFERENCIA* (19, 33)	Se cumple el 85% de la contrarreferencia de pacientes al primer nivel de atención	38%	LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. Requisitos generales	Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos	49%
URGENCIAS. Calidad de la atención médica* (50, 55, 64)	Se cuenta con un sistema de clasificación de urgencias médicas (TRIAGE)	37%	CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	URGENCIAS. (Se captura en la primera columna de la hoja carro rojo)	32%	HOSPITALIZACIÓN. Diagnóstico y Tratamiento. Requisitos de Seguridad* (19, 65)	Historia clínica y notas médicas. Cartas de consentimiento bajo información integradas en todos los expedientes clínicos. Apegadas a norma oficial	73%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	URGENCIAS. (Se captura en la primera columna de la hoja carro rojo)	37%	INFORMACIÓN BÁSICA PARA LA CALIDAD* (47, 50)	Se cuenta con diagnóstico situacional que incluya un programa de mejora de la calidad	32%	Atención integral al paciente entre niveles de atención, relacionados con la capacidad instalada y las necesidades de cada paciente. REFERENCIA CONTRARREFERENCIA* (19, 33)	Se cumple el 85% de la contrarreferencia de pacientes al primer nivel de atención	49%
INFORMACIÓN BÁSICA PARA LA CALIDAD* (47, 50)	Se cuenta con diagnóstico situacional que incluya un programa de mejora de la calidad	35%	Consulta externa. Seguridad* (9, 10, 15, 16, 18, 21, 36, 54)	Baños	32%	CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	URGENCIAS. (Se captura en la primera columna de la hoja carro rojo)	47%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	TOCOCIRUGÍA (se captura en la sexta columna de la hoja carro rojo)	37%	URGENCIAS. Requisitos generales* (1, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 53, 55, 56, 65)	Baños para usuarios	30%	CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	TOCOCIRUGÍA (se captura en la sexta columna de la hoja carro rojo)	51%

(Continúa...)

(Continúa...)

Área	Atributo	% total	Área	Atributo	% Acreditados	Área	Atributo	% No acreditados
Consulta externa. Seguridad* (9, 10, 15, 16, 18, 21, 36, 54)	Baños	34%	URGENCIAS. Calidad de la atención médica* (50, 55, 64)	Permanencia del paciente no más de doce horas en el servicio	30%	CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS (se captura en la segunda columna de la hoja carro rojo)	51%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS. (Se captura en la segunda columna de la hoja carro rojo)	36%	URGENCIAS. Requisitos generales* (1, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 53, 55, 56, 65)	Control de los residuos peligrosos biológico-infecciosos	29%	COMITÉS TÉCNICO MÉDICO HOSPITALARIOS* (50, 63, 66, 71)	Actividades y funciones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP). Verificar evidencias documentales de aplicación de indicadores para confirmar mejoras en la calidad y seguridad de los pacientes	45%
URGENCIAS. Requisitos generales* (1, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 53, 55, 56, 65)	Baños para usuarios	31%	CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	TOCOCIRUGÍA. (Se captura en la sexta columna de la hoja carro rojo)	30%	COMITÉS TÉCNICO MÉDICO HOSPITALARIOS* (50, 63, 66, 71)	Actividades y funciones del Comité de Infecciones Nosocomiales (CODECIN). Verificar evidencias documentales del seguimiento de las acciones para disminuir la tasa de infecciones nosocomiales en el establecimiento	43%
URGENCIAS. Requisitos generales* (1, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 53, 55, 56, 65)	Control de los residuos peligrosos biológico-infecciosos	31%	CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	SALA DE OPERACIONES. (Se captura en la quinta columna de la hoja carro rojo)	26%	UNIDAD QUIRÚRGICA. Requisitos generales* (8, 53)	Inyectores de aire o aire acondicionado funcionando y con filtros	43%

Hospitales generales

Para los hospitales generales, sobresalen entre las áreas con un mayor número de cédulas con incumplimientos la unidad quirúrgica y urgencias. Se señalan con frecuencia la clínica de catéteres y el carro rojo en diferentes áreas. El rango de incumplimientos es amplio en el sentido del tipo de aspectos en los cuales se presentan los mismos con mayor frecuencia. Considerando las 29 cédulas de hospital general con dictamen de no acreditado que se analizaron, en el Cuadro 2 se presentan los incumplimientos que se presentaron en 11 o más de estas cédulas, es decir, en al menos 38% de las cédulas, ordenadas de mayor a menor frecuencia. Como se observa, las mismas incluyen incumplimientos en aspectos de infraestructura y equipamiento (por ejemplo, en el área quirúrgica), existencia de personal suficiente y capacitación al personal.

Cuadro 2. Principales incumplimientos en hospitales generales, por dictamen de acreditación (ordenados por incumplimientos en cédulas con dictamen de no acreditado)

Área	Atributo	Total (69)	Acreditados (40)	No acreditados (29)
HOSPITALIZACIÓN. Diagnóstico y tratamiento. Requisitos de seguridad* (19, 65)	Historia clínica y notas médicas. Cartas de consentimiento bajo información integradas en todos los expedientes clínicos. Apegadas a norma oficial	41%	20%	69%
Clínica de catéteres	Clínica de catéteres abierta 24 h día y 360 días del año	48%	38%	62%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	SALA DE OPERACIONES (se captura en la quinta columna de la hoja carro rojo)	32%	13%	59%
ESTIMULACIÓN TEMPRANA del recién nacido normal y el prematuro* (19, 20, 38, 65, 69)	Registros de la capacitación del personal. Programa de capacitación a la madre	30%	13%	55%
Atención integral al paciente entre niveles de atención, relacionados con la capacidad instalada y las necesidades de cada paciente. REFERENCIA CONTRARREFERENCIA* (19, 33)	Se cumple el 85% de la contrarreferencia de pacientes al primer nivel de atención	49%	48%	52%
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. Requisitos generales	Control de los residuos peligrosos biológico-infecciosos	39%	33%	48%
CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN. (CEyE). Área* (9, 10, 53)	Área y condiciones generales	26%	13%	45%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	URGENCIAS (se captura en la primera columna de la hoja carro rojo)	32%	25%	41%
COMITÉS TÉCNICO MÉDICO HOSPITALARIOS* (50, 63, 66, 71)	Actividades y funciones del Comité de Infecciones Nosocomiales (CODECIN). Verificar evidencias documentales del seguimiento de las acciones para disminuir la tasa de infecciones nosocomiales en el establecimiento	28%	18%	41%

(Continúa...)

(Continúa...)

Área	Atributo	Total (69)	Acreditados (40)	No acreditados (29)
Prevención selectiva (consejería), diagnóstico y tratamiento de adicciones: tabaquismo, alcoholismo* (7, 14, 17, 20, 21, 24, 53, 55)	Programa de capacitación, detección y referencia de la población usuaria	26%	15%	41%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	RECUPERACIÓN (se captura en la séptima columna de la hoja carro rojo)	26%	15%	41%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS. (Se captura en la segunda columna de la hoja carro rojo)	25%	13%	41%
UNIDAD QUIRÚRGICA. Requisitos generales* (8, 53)	Inyectores de aire o aire acondicionado funcionando y con filtros	22%	8%	41%
UNIDAD QUIRÚRGICA. Requisitos generales* (8, 53)	Pasillos de circulación blanca con lavabo, jaboneras de pie con jabón y ventana a CEyE y acceso por circulación blanca a las salas de cirugía	17%	0%	41%
Personal médico de Pediatría (Terapia Intensiva Pediátrica)* (45)	Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h en cuidados intensivos de pediatría para satisfacer la demanda de la comunidad	17%	0%	41%
URGENCIAS. Requisitos generales* (1, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 53, 55, 56, 65)	Control de los residuos peligrosos biológico-infecciosos	42%	45%	38%
URGENCIAS. Requisitos generales* (1, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 53, 55, 56, 65)	Baños para usuarios	30%	25%	38%
Clínica de catéteres	Programa de capacitación para el personal del servicio	29%	23%	38%
INFORMACIÓN BÁSICA PARA LA CALIDAD* (47, 50)	Se cuenta con diagnóstico situacional que incluya un programa de mejora de la calidad	29%	23%	38%
IMAGENOLÓGÍA. Requisitos generales* (8, 9, 12, 15, 41, 42, 43, 44, 53, 54, 62)	CONTROL DE CALIDAD. Externo	25%	15%	38%
COMITÉS TÉCNICO MÉDICO HOSPITALARIOS* (50, 63, 66, 71)	Actividades y funciones del Comité de Infecciones Nosocomiales (CODECIN). Verificar propuestas de acciones de mejora y su seguimiento	25%	15%	38%
URGENCIAS. Calidad de la atención médica* (50, 55, 64)	Se cuenta con diagnóstico situacional del servicio que incluya un programa de mejoras planteadas y las guías de práctica clínica correspondientes	23%	13%	38%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	TOCOCIRUGÍA (se captura en la sexta columna de la hoja carro rojo)	23%	13%	38%
UNIDAD QUIRÚRGICA: PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS QUIRÚRGICOS* (19, 40, 64, 65)	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE: apendicectomía, enfermedad diverticular, esplenectomía, isquemia e infarto intestinal, obstrucción intestinal, perforación gástrica e intestinal, úlcera péptica perforada, vólvulo colónico, colecistectomía abierta, colecistectomía laparoscópica, hernia hiatal, hernioplastias: crural, inguinal, umbilical y ventral, colocación y retiro de diversos catéteres, de tumores benignos de tejidos blandos, hemorroidectomía, de fístula y fisura anal, de absceso rectal, vasectomía, circuncisión, disección radical de cuello, toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax, laparatomía exploradora, safenectomía	20%	8%	38%
Personal médico de cirugía* (45)	Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios quirúrgicos y de anestesia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad	16%	0%	38%

Hospitales materno-infantiles

Para los hospitales materno-infantil, entre los incumplimientos principales destacan aspectos relacionados con la disponibilidad de personal especializado para la atención neonatal, y en lo general para la provisión ininterrumpida de servicios de salud. En este caso, únicamente dos de las siete cédulas analizadas de este tipo presentan de dictamen de no acreditado. En el Cuadro 3 se presentan los criterios incumplidos en ambas cédulas de dictamen de no acreditado. Adicionalmente, se destaca que también en este caso aparece el carro rojo como incumplimiento en alguna área, y se identifica como incumplimiento la evidencia sobre mejoras en aspectos relacionados con el trato digno.

Cuadro 3. Principales incumplimientos en hospitales materno-infantil, por dictamen de acreditación (ordenados por incumplimientos en cédulas con dictamen de no acreditado)

Área	Atributo	Total (7)	Acreditados (5)	No acreditados (2)
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	RECUPERACIÓN (se captura en la séptima columna de la hoja carro rojo)	43%	20%	100%
TOCOCIRUGÍA. Requisitos generales* (9, 10, 11, 53)	Incubadora de traslado	43%	20%	100%
ÁREA DE REANIMACIÓN NEONATAL EN EXPULSIÓN Y TOCOCIRUGÍA. Requisitos generales* (45, 50, 64, 66)	Enfermera capacitada en reanimación neonatal	29%	0%	100%
ÁREA DE REANIMACIÓN NEONATAL EN EXPULSIÓN Y TOCOCIRUGÍA. Requisitos generales* (45, 50, 64, 66)	Médico o enfermera ayudante capacitados en reanimación neonatal	29%	0%	100%
HOSPITALIZACIÓN. Diagnóstico y Tratamiento. Requisitos de Seguridad* (19, 65)	Historia clínica y notas médicas. Cartas de consentimiento bajo información integradas en todos los expedientes clínicos. Apegadas a norma oficial	29%	0%	100%
Personal médico y paramédico de gineco-obstetricia* (45)	Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios de ginecología y obstetricia las 24 horas y satisfacer la demanda de la comunidad.	29%	0%	100%
Resultados de Trato digno y atención médica efectiva* (48, 50)	Evidencias del desarrollo de mejora en tiempos de espera, trato digno y atención médica efectiva	43%	20%	100%

Hospitales comunitarios

Para los hospitales comunitarios, destacan que entre los principales incumplimientos aparecen la generación de evidencia de actividades que se espera se realicen en los establecimientos. El análisis es a partir de 54 cédulas de este tipo, elaboradas en el periodo 2014-2017, y las mismas incluyen 39 con dictamen favorable para la acreditación y 15 cédulas con dictamen de no acreditación. Considerando los criterios que se incumplieron en al menos 8 de las 15 cédulas con resultado de no acreditación (53% de los casos de no acreditación), en el Cuadro 4 se presentan los principales incumplimientos con este ordenamiento.

Adicional a lo señalado sobre los incumplimientos que tienen que ver con el registro de acciones preventivas en los expedientes de los diferentes grupos de edad, se identifican retos ya observados en los otros tipos de establecimiento (personal suficiente y carro rojo en algunas áreas), así como aspectos de estructura física de los establecimientos (equipamiento y áreas disponibles) y aspectos sobre atención la provisión de atención integral.

Cuadro 4. Principales incumplimientos en hospitales comunitarios, por dictamen de acreditación (ordenados por incumplimientos en cédulas con dictamen de no acreditado)

Área	Atributo	Total (54)	Acreditados (39)	No acreditados (15)
Métodos de planificación familiar temporales y permanentes* (9, 10, 11, 15, 20, 21, 32, 53)	Preservativos	31%	15%	73%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	TOCOCIRUGÍA (se captura en la sexta columna de la hoja carro rojo)	56%	49%	73%
COMITÉS TÉCNICO MÉDICO HOSPITALARIOS* (50, 63, 66, 71)	Actividades y funciones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP). Verificar evidencias documentales de aplicación de indicadores para confirmar mejoras en la calidad y seguridad de los pacientes	37%	23%	73%
Acciones preventivas para recién nacidos y menores de 5 años* (13, 21)	Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos	56%	51%	67%
Acciones preventivas para niñas, niños de 5 a 9 años y adolescentes* (13, 21)	Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos	46%	38%	67%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS (se captura en la segunda columna de la hoja carro rojo)	50%	44%	67%

(Continúa...)

(Continúa...)

Área	Atributo	Total (54)	Acreditados (39)	No acreditados (15)
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	SALA DE OPERACIONES (se captura en la quinta columna de la hoja carro rojo)	52%	46%	67%
Resultados de Trato digno y atención médica efectiva* (48, 50)	Evidencias del desarrollo de mejora en tiempos de espera, trato digno y atención médica efectiva	50%	44%	67%
Medicina preventiva. Requisitos generales. Requisitos generales* (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 15, 53) Corresponde a referencias bibliográficas	Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo	22%	8%	60%
Acciones preventivas para el hombre* (21)	Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos	52%	49%	60%
Acciones preventivas para la mujer* (21)	Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos	52%	49%	60%
Acciones preventivas para el adulto mayor* (21)	Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos	52%	49%	60%
Atención integral al paciente entre niveles de atención, relacionados con la capacidad instalada y las necesidades de cada paciente. Referencia y contrarreferencia* (18, 20, 34)	El 100 % de cumplimiento de seguimiento	41%	33%	60%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	URGENCIAS (se captura en la primera columna de la hoja carro rojo)	48%	44%	60%
CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEyE)* (9, 10, 55, 69)	Área y condiciones generales	28%	15%	60%
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. Requisitos generales	Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos	19%	3%	60%
COMITÉS TÉCNICO MÉDICO HOSPITALARIOS* (50, 63, 66, 71)	Actividades y funciones del Comité de Infecciones Nosocomiales (CODECIN). Verificar evidencias documentales del seguimiento de las acciones para disminuir la tasa de infecciones nosocomiales en el establecimiento	28%	15%	60%
Personal médico de cirugía* (45)	Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios quirúrgicos y de anestesia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad	22%	8%	60%
Consulta externa. Seguridad* (9, 10, 15, 16, 18, 21, 36, 54)	Baños	39%	33%	53%
Consulta externa. Seguridad* (9, 10, 15, 16, 18, 21, 36, 54)	Glosa y consulta en el expediente clínico del resultado del tamiz neonatal con apego a normatividad	44%	41%	53%
Diagnóstico y tratamiento de displasia cervical leve y moderada (NIC-I y NIC-II)* (7, 20, 21, 33, 53, 56)	Oportunidad de resultados	28%	18%	53%

(Continúa...)

(Continúa...)

Área	Atributo	Total (54)	Acreditados (39)	No acreditados (15)
Atención integral al paciente entre niveles de atención, relacionados con la capacidad instalada y las necesidades de cada paciente. Referencia, contrarreferencia* (19, 33)	Se cuenta con lineamientos centrales o estatales para la referencia y contrarreferencia de pacientes	30%	21%	53%
Atención integral al paciente entre niveles de atención, relacionados con la capacidad instalada y las necesidades de cada paciente. Referencia, contrarreferencia* (19, 33)	Se cumple el 85% de la contrarreferencia de pacientes al primer nivel de atención	41%	36%	53%
URGENCIAS. Requisitos generales* (1, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 53, 55, 56, 65)	Electrocardiograma pediátrico y adulto	31%	23%	53%
Tocología, calidad de la atención	Se cuenta con dx. Situacional que incluya áreas de mejoras	50%	49%	53%
HOSPITALIZACIÓN. Requisitos de seguridad* (20)	Expedientes clínicos	46%	44%	53%
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. Requisitos generales	CONTROL DE CALIDAD. Externo	31%	23%	53%
COMITÉS TÉCNICO MÉDICO HOSPITALARIOS* (50, 63, 66, 71)	Actividades y funciones del Comité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal. Verificar certificado de defunción (materna y/o perinatal), evidencia documental de los cuestionarios de muerte, dictamen, autopsia verbal y recomendaciones del comité jurisdiccional	35%	28%	53%
COMITÉS TÉCNICO MÉDICO HOSPITALARIOS* (50, 63, 66, 71)	Actividades y funciones del Comité de Infecciones Nosocomiales (CODECIN). Verificar propuestas de acciones de mejora y su seguimiento	26%	15%	53%
Personal médico y paramédico de gineco-obstetricia* (45)	Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios de ginecología y obstetricia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad	26%	15%	53%
INFRAESTRUCTURA: Casa de máquinas* (53)	Mantenimiento de equipo y estructura	30%	21%	53%
Resultados de Trato digno y atención médica efectiva* (48, 50)	Evidencias del desarrollo de mejora en tiempos de espera, trato digno y atención médica efectiva	28%	18%	53%

Hospitales pediátricos

En los hospitales pediátricos destacan entre los incumplimientos los relacionados a dos áreas en particular: unidad quirúrgica y urgencias, mismas que también se habían identificado con retos para los hospitales generales. En particular, para urgencias se identifican incumplimientos sobre el abasto de biológicos para la atención de picaduras.

De las 10 cédulas analizadas de este tipo, siete corresponden a documentos con dictamen favorable de acreditación, y tres con dictamen de no acreditación. De estos tres establecimientos, en los tres se incumplió con aspectos estructurales del área quirúrgica. Asimismo, se presentan los aspectos relacionados con la generación de evidencia de acciones que se han apreciado en los otros tipos de cédulas revisados. En el Cuadro 5 se listan los principales incumplimientos, considerando a aquellos con incumplimiento en al menos dos de los tres casos de cédulas de no acreditación analizadas.

Cuadro 5. Principales incumplimientos en hospitales pediátricos, por dictamen de acreditación (ordenados por incumplimientos en cédulas con dictamen de no acreditado)

Área	Atributo	Total (10)	Acreditados (7)	No acreditados (3)
UNIDAD QUIRÚRGICA. Requisitos generales* (8, 53)	Pasillos de circulación blanca con lavabo, jaboneras de pie con jabón y ventana a CEyE y acceso por circulación blanca a las salas de cirugía	30%	0%	100%
UNIDAD QUIRÚRGICA. Requisitos generales* (8, 53)	Inyectores de aire y/ o aire acondicionado funcionando y con filtros	30%	0%	100%
Medicina preventiva. Requisitos generales. Requisitos generales *(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 15, 53)* corresponde a referencias bibliográficas	Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo	50%	43%	67%
ÁREA DE HIDRATACIÓN ORAL* (6, 11, 13, 16, 53, 65)	Sobres de Vida Suero Oral (VSO), agua potable, mesa, jarra, taza y cucharas (excepto aluminio)	30%	14%	67%
Consulta externa. Seguridad* (9, 10, 15, 16, 18, 21, 36, 54)	Señalización en el área	20%	0%	67%
Consulta externa. Seguridad* (9, 10, 15, 16, 18, 21, 36, 54)	Baños	40%	29%	67%
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA. Requisitos generales, diagnóstico y tratamiento de caries dental* (8, 9, 10, 11, 15, 19, 20, 34, 53, 65)	NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales	20%	0%	67%
URGENCIAS* (9, 10, 11, 53, 55, 65)	Vacuna antirrábica humana de cultivos celulares (VERO o PCEC)	20%	0%	67%
URGENCIAS* (9, 10, 11, 53, 55, 65)	Inmunoglobulina humana antirrábica	20%	0%	67%

(Continúa...)

(Continúa...)

Área	Atributo	Total (10)	Acreditados (7)	No acreditados (3)
URGENCIAS* (9, 10, 11, 53, 55, 65)	Suero antiviperino	20%	0%	67%
URGENCIAS* (9, 10, 11, 53, 55, 65)	Suero antialacrán	20%	0%	67%
URGENCIAS* (9, 10, 11, 53, 55, 65)	Suero antiaraña	30%	14%	67%
CARRO ROJO. EXISTENCIA O ACCESIBILIDAD POR SERVICIO. Requerimientos en seguridad para los pacientes* (9, 10, 11, 50)	SALA DE OPERACIONES (se captura en la quinta columna de la hoja carro rojo)	30%	14%	67%
UNIDAD QUIRÚRGICA. Requisitos generales* (8, 53)	Buenas condiciones generales del área	30%	14%	67%
UNIDAD QUIRÚRGICA. Requisitos generales* (8, 53)	Circulación gris y blanca bien delimitadas	30%	14%	67%
UNIDAD QUIRÚRGICA. Requisitos generales* (8, 53)	Salas de operaciones con puerta abatible por circulación blanca para el personal de salud y puerta abatible para entrada y salida del paciente por circulación gris, mesa quirúrgica, lámpara cenital con luz fría, mesas de riñón y mesas de Pasteur y gases medicinales (25 m²)	20%	0%	67%
CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN. (CEyE). Área* (9, 10, 53)	Área y condiciones generales	20%	0%	67%
CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN. (CEyE). Área* (9, 10, 53)	Equipo de esterilización en buen estado y de acuerdo con las necesidades del establecimiento (vapor, calor seco, gas, plasma)	20%	0%	67%
HOSPITALIZACIÓN. Diagnóstico y Tratamiento. Requisitos de Seguridad* (19, 65)	Historia clínica y notas médicas. Cartas de consentimiento bajo información integradas en todos los expedientes clínicos. Apegadas a norma oficial	40%	29%	67%
COMITÉS TÉCNICO MÉDICO HOSPITALARIOS* (50, 63, 66, 71)	Actividades y funciones del Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN). Verificar: 1. Acta constitutiva. 2. Las actas de las reuniones mensuales. 3. Las de seguimiento de acuerdos	20%	0%	67%
COMITÉS TÉCNICO MÉDICO HOSPITALARIOS* (50, 63, 66, 71)	Actividades y funciones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP). Verificar acta constitutiva, las actas de las reuniones mensuales y actas de seguimiento de acuerdos	20%	0%	67%

Análisis y determinación de los incumplimientos más frecuentes en unidades acreditadas y no acreditadas

De las cédulas analizadas, 49 presentan un dictamen no favorable, con una puntuación promedio de 76.50, con un rango entre 46.7 y 97.17. Este último valor corresponde a un hospital general, que en la cédula se identifica al dictamen no favorable como resultado de incumplimiento de criterio mayor. Por otra parte, 91 cédulas analizadas corresponden a dictamen favorable, con una media de 91.62 y un rango de 85.02 a 99.26. No obstante, a pesar de que la normatividad señala que para el resultado favorable se requiere tanto el puntaje de 85.00 o más como el cumplir con la totalidad de los criterios mayores, se observa en la base de datos un conjunto de 14 cédulas (15% de las 91 con resultado favorable) en las que se señala que se incumple con al menos un criterio mayor.

En la figura IV se muestra el diagrama de Pareto para los incumplimientos de criterios mayores en los hospitales generales no acreditados. Como se observa, de los 10 criterios, los 8 primeros muestran frecuencias importantes, y si se usara como referencia el valor de 70% de los incumplimientos como criterio, los seis primeros serían los principales en una lista de 10, esto es, la mayor parte de los criterios entran en la lista.

Lo que se observa en la figura V es que, entre las cédulas con resultado favorable para acreditación, se encuentran algunas que presentan incumplimientos en criterios mayores. Si bien la cantidad de incumplimientos es claramente menor que lo que se observa en la figura IV, muestra retos para la atención adecuada en salud, esto es, criterios mayores que no se logran en instituciones que de acuerdo al resultado, están en condiciones de proporcionar atención con los cumplimientos mínimos.

No se presenta el análisis equivalente para los hospitales materno-infantil porque el número de observaciones es muy limitado.

La figura VI presenta el diagrama de Pareto correspondiente a los establecimientos no acreditados. Debido al elevado número de criterios no se incluyen las etiquetas de los mismos en el eje. Lo relevante de la figura VI (cada barra es un criterio) es el hecho de que no es posible identificar un conjunto relativamente acotado de criterios que concentren los incumplimientos. Lo que se observa es que alrededor de un tercio de los criterios concentran cerca de 70% del total de incumplimientos (4 092 incumplimientos de un total de 5 846).

Cuadro 6. Criterios mayores que no se cumplen en establecimientos con resultado favorable de acreditación

Clues	Criterios mayores que incumple	Año evaluación
DFSSA004031	Se cuenta con personal médico y de enfermería en terapia intensiva capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad. Se cuenta con personal profesional o técnico capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h para satisfacer la demanda de la comunidad.	2016
NTSSA002084	Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h, los 365 días del año en el servicio de urgencias y satisfacer la demanda de la comunidad. Se cuenta con personal médico y de enfermería en terapia intensiva capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.	2014
PLHUN000010	Se cuenta con personal médico y de enfermería en terapia intensiva capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.	2017
PLSSA016806	Planta de energía eléctrica de emergencia.	2014
TSSSA018951	Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios de ginecología y obstetricia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.	2017
YNSSA013440	Se cuenta con personal médico y de enfermería en terapia intensiva capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.	2015
BSSSA000933	Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios de ginecología y obstetricia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad. Planta de energía eléctrica de emergencia.	2017
CSSSA018781	Se cuenta con personal médico capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h, los 365 días del año en el servicio de anestesiología y satisfacer la demanda de la comunidad. Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios quirúrgicos y de anestesia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad. Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios de ginecología y obstetricia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.	2017
GTSSA017402	Se cuenta con personal profesional o técnico capacitado para garantizar la oferta de servicios radiológicos las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.	2014
MNIMO002764	Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios de ginecología y obstetricia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad. Se cuenta con personal profesional o técnico capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h para satisfacer la demanda de la comunidad. Se cuenta con personal profesional o técnico capacitado para garantizar la oferta de servicios radiológicos las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.	2014
VZIMO000862	Se cuenta con personal médico capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h, los 365 días del año en el servicio de anestesiología y satisfacer la demanda de la comunidad. Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios quirúrgicos y de anestesia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad. Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios de ginecología y obstetricia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.	2014

(Continúa...)

(Continúa...)

Clues	Criterios mayores que incumple	Año evaluación
VZIMO005004	<p>Se cuenta con personal médico capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h, los 365 días del año en el servicio de anestesiología y satisfacer la demanda de la comunidad.</p> <p>Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios quirúrgicos y de anestesia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.</p> <p>Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios de ginecología y obstetricia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.</p> <p>Se cuenta con personal profesional o técnico capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h para satisfacer la demanda de la comunidad.</p> <p>Se cuenta con personal profesional o técnico capacitado para garantizar la oferta de servicios radiológicos las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.</p>	2014
VZIMO002105	<p>Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios de ginecología y obstetricia las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.</p> <p>Se cuenta con personal profesional o técnico capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h para satisfacer la demanda de la comunidad.</p>	2014
PLSSA008881	<p>Se cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h, los 365 días del año en el servicio de urgencias y satisfacer la demanda de la comunidad.</p> <p>Se cuenta con personal médico y de enfermería en terapia intensiva capacitado para garantizar la oferta de servicios las 24 h y satisfacer la demanda de la comunidad.</p>	2015

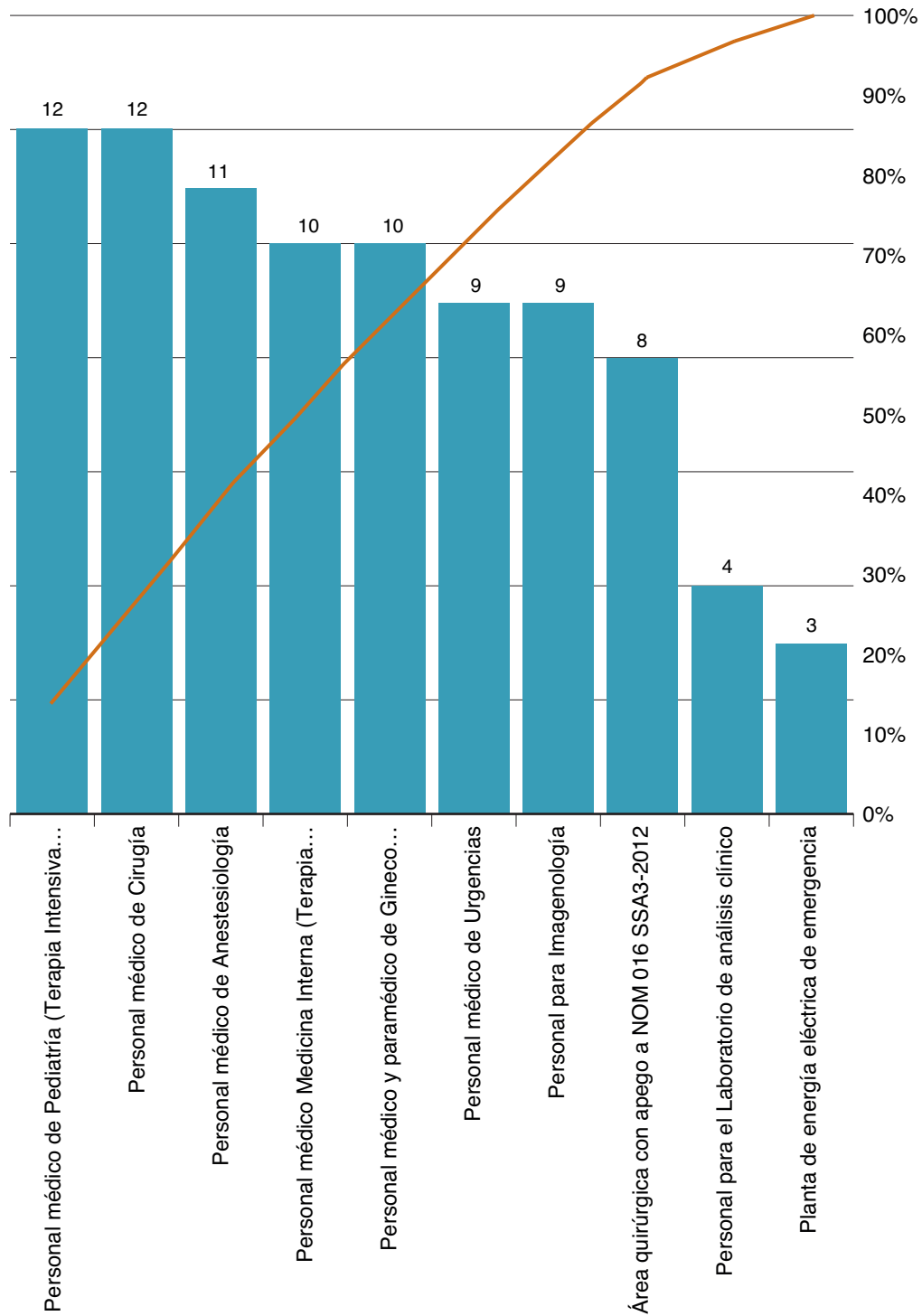


Figura IV. Incumplimientos de criterios mayores en hospitales generales no acreditados

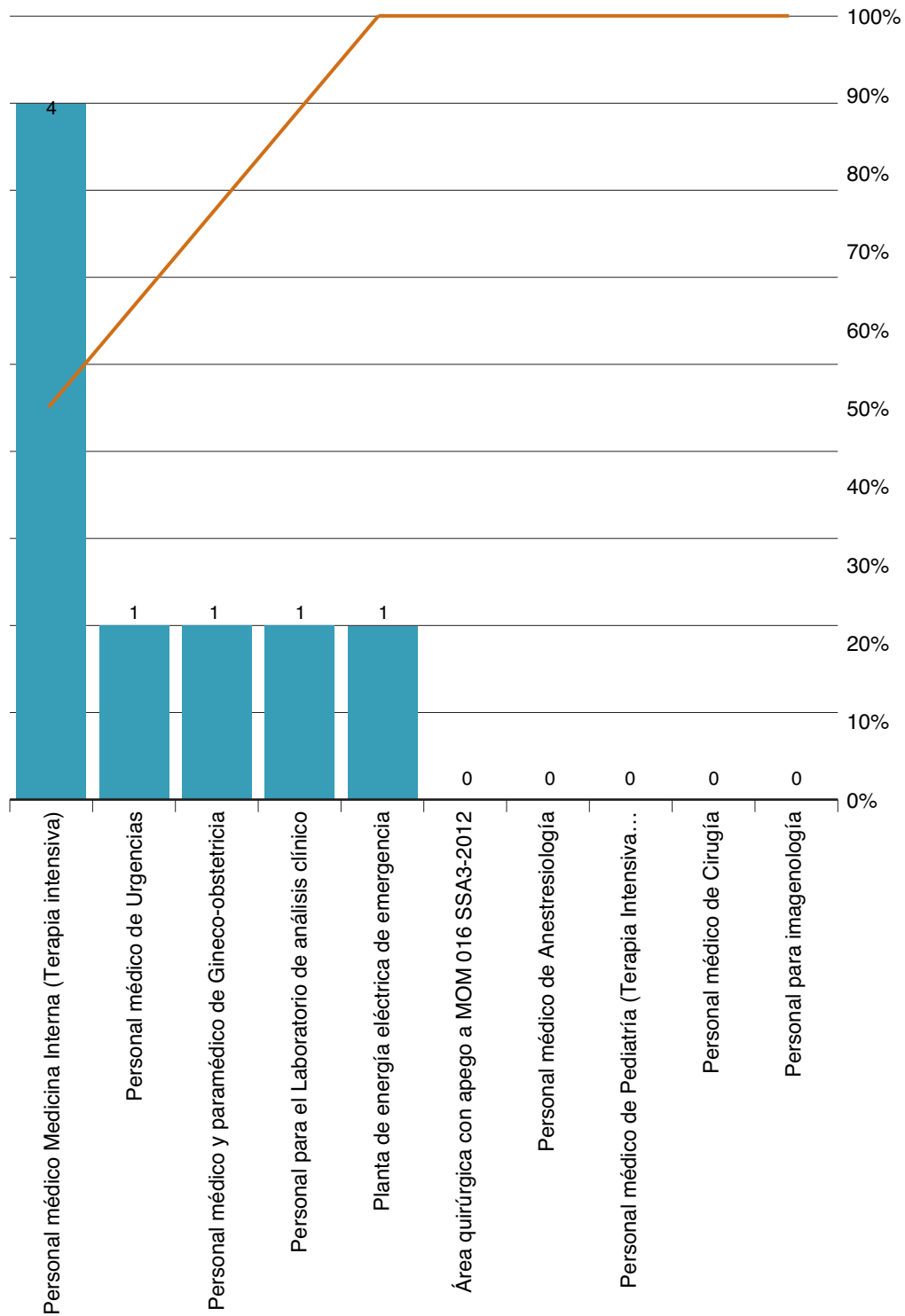


Figura V. Incumplimientos de criterios mayores en hospitales generales acreditados

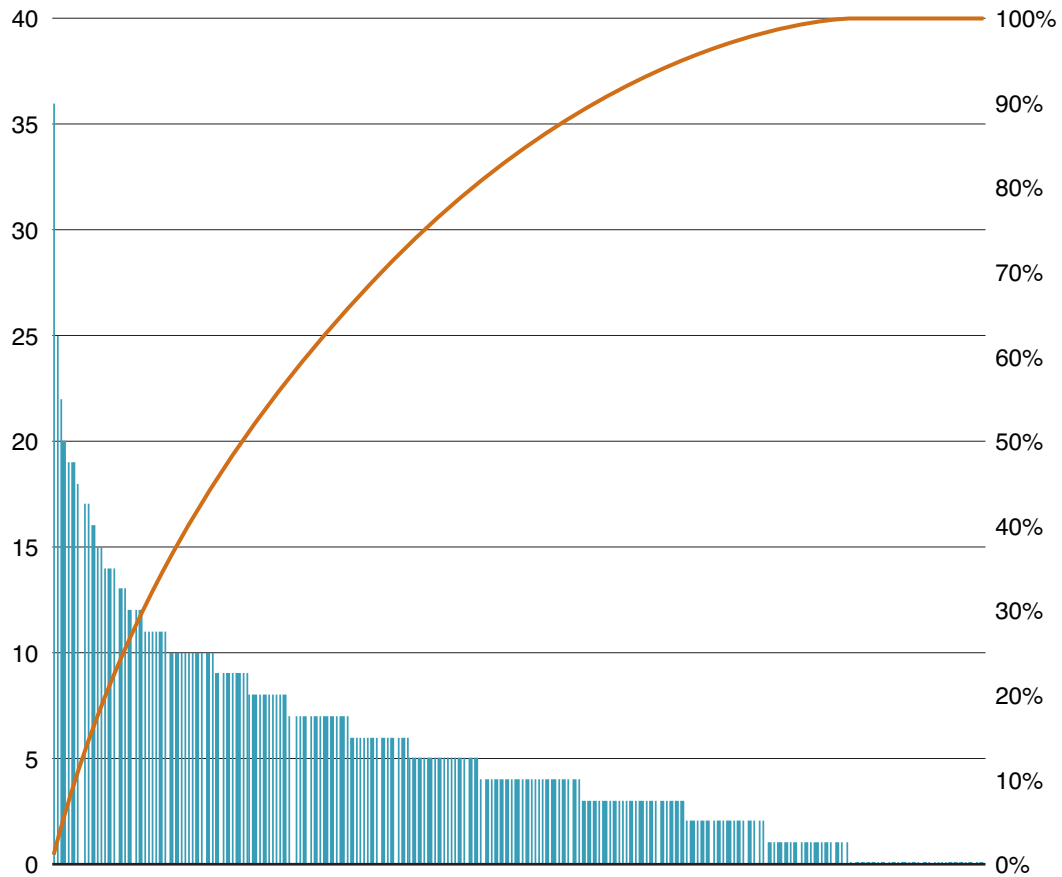


Figura VI. Incumplimiento en establecimientos no acreditados

En comparación, en la figura VII se muestra el diagrama de Pareto para incumplimientos de cédulas con resultado favorable para la acreditación, en los que, como se espera, la frecuencia de incumplimientos es claramente menor, si bien destaca el amplio número de criterios en los que se presentan incumplimientos, lo que implica que los mismos no están concentrados en un conjunto acotado de criterios.

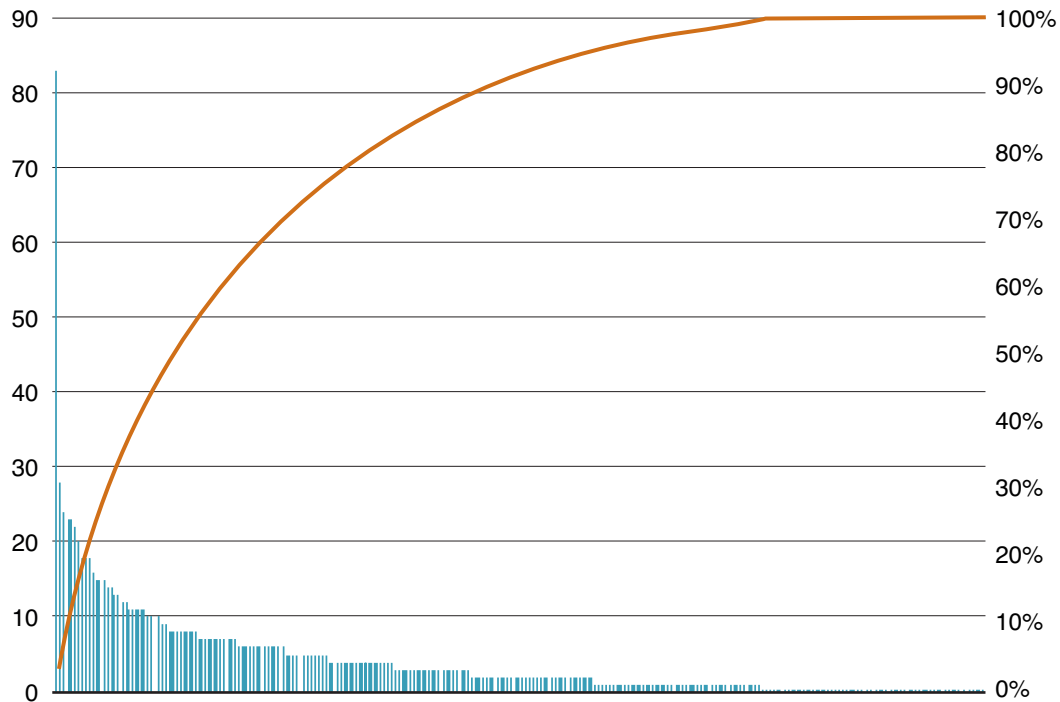


Figura VII. Incumplimiento en establecimientos acreditados

5.1. Establecimientos con proceso repetido de acreditación

Entre las cédulas revisadas, se identificaron 44 que corresponden a 22 establecimientos que realizaron en dos ocasiones el proceso de acreditación. En 21 de estos establecimientos, a partir de un primer resultado no favorable, la segunda cédula señala un resultado favorable de acreditación, en tanto que para el hospital restante, los dos intentos generan un resultado no favorable. En 15 de los establecimientos se identifica como razón para el resultado no favorable en la primera cédula realizada el no cumplimiento de criterios mayores.

Destaca entre estos casos un hospital en Guerrero que entre junio y noviembre de 2015, esto es, dos procesos en el mismo año, incrementa el puntaje de 84.21 a 90.78 y obtiene la acreditación.

En un lapso de 1 o 2 años, los establecimientos incrementan en promedio 14.11 puntos para lograr la acreditación. Sólo un establecimiento baja, pero acredita porque soluciona el criterio mayor que habría impedido la acreditación en el primer proceso.

El análisis identificó tres establecimientos con tres procesos de acreditación en el periodo 2014-2017, en los tres casos con dos intentos fallidos y uno final exitoso. Se trata de dos hospitales comunitarios y uno general. En la primera cédula de los establecimientos (de 2014 en los tres casos) se señala que no cumplen con criterios mayores como causa de la no acreditación. Adicionalmente, los puntajes son bajos. Como se observa en la figura VIII, en un lapso de dos (o tres) años, el puntaje que obtienen los establecimientos se incrementa hasta en 60% en relación con la primera cédula.

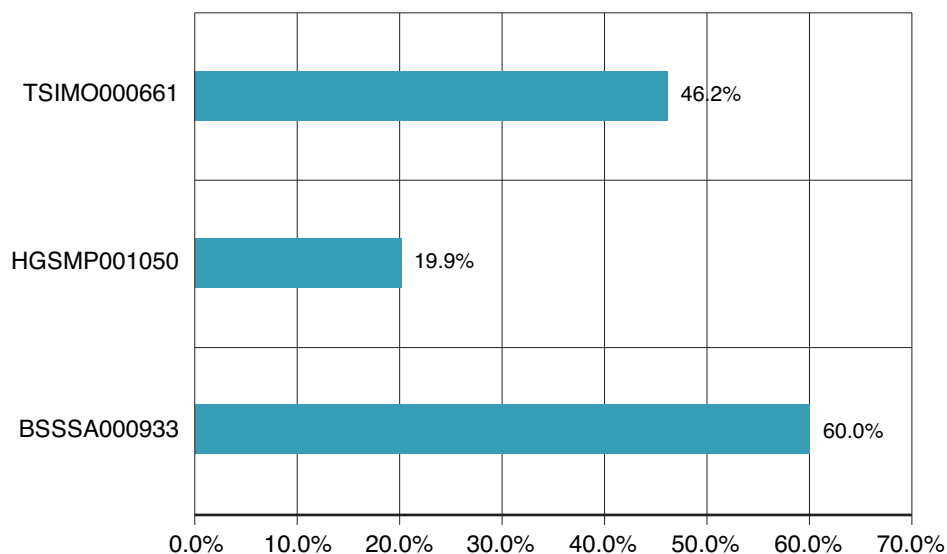


Figura VIII. Incremento porcentual en establecimientos con tres cédulas de acreditación entre la primera (2014) y la tercera (2016 o 2017)

Conclusiones

Análisis realizados previamente han identificado el riesgo de la acreditación en México de percibirse desde los establecimientos más como un trámite para obtener recursos, que como un medio para mejorar la calidad y la seguridad de la atención de los pacientes, lo que llama a un análisis sobre la capacidad del proceso para incidir en la calidad.⁶ La limitada cobertura de la acreditación para proveer servicios del CAUSES, de acuerdo con la información oficial, llega a menos de 30% del total de establecimientos en el país y únicamente a 12.08% de los de segundo nivel. Esto implica que únicamente para un conjunto acotado de establecimientos en el país se cuenta con información que permita asegurar que cuentan con los elementos mínimos para una prestación adecuada de servicios, al menos en lo que se refiere a aquellos contenidos en el CAUSES.

La información presentada en este documento identifica tres aspectos particularmente relevantes para el fortalecimiento del proceso de acreditación bajo el supuesto que las herramientas actuales para el mismo son adecuadas. En primera instancia, a partir de la revisión de las cédulas se identifica una alta heterogeneidad en la forma de registrar la información, lo que dificulta la validación y supervisión a partir de los informes generados. En estos documentos no se sigue de forma sistemática un orden, y es posible identificar procesos del área de medicina preventiva, reportados en consulta externa, o de urgencias de reanimación neonatal en tococirugía. De forma general, los informes omiten detallar los medicamentos faltantes, lo que limita el uso de esta información para fortalecer el abasto. Resaltan en los documentos los casos en los cuales el incumplimiento de criterios mayores no limita que reciban un resultado de acreditado, sólo señalando que dichos criterios no aplican. De las 91 cédulas revisadas con resultado favorable, en 14 de ellas se incumplió al menos un criterio mayor.

Por otra parte, se identifica un amplio grupo de criterios para los cuales se presentan incumplimientos en las cédulas analizadas. Si bien se identifica que un tercio de los criterios revisados concentran alrededor de 70% de los incumplimientos, esto representa más de 150 criterios diferentes. Ello sugiere que se requieren estrategias generales para fortalecer la capacidad de los hospitales en México, y no un abordaje puntual en aspectos específicos. Es decir, no es un tema de focalizar recursos para atender criterios puntuales, sino que la diversidad de criterios en los que pueden ob-

servarse incumplimientos en una muestra de establecimientos autoseleccionada (en el sentido que son establecimientos que optaron por buscar la acreditación) sugiere que todavía se requieren acciones que aborden de forma general el mejoramiento en la capacidad estructural y de procesos de los servicios de salud.

Finalmente, el patrón en los incumplimientos de criterios mayores en los hospitales que no lograron la acreditación señala la necesidad de revisar la composición del personal de atención en los hospitales, promoviendo la flexibilidad necesaria para cubrir todas las áreas relevantes, a la vez que refuerzan la noción de que la formación de recursos humanos para la salud necesita reorientarse para cubrir las necesidades del sistema de salud. Las limitaciones de personal en las áreas de especialidad consideradas, ciertamente limitan la capacidad de los establecimientos para ofrecer una atención resolutive.

Es urgente contar con mejores sistemas de información sobre el proceso de acreditación, que promuevan el mejor uso de la importante cantidad de información que este proceso genera. El contar como herramienta para analizar el proceso únicamente con expedientes impresos digitalizados, posteriormente es una limitación importante, ya que tiene el potencial de introducir errores en la posterior captura de la información, y requiere de supuestos para asignar correctamente la información. Un sistema electrónico para la evaluación permitiría mayor certidumbre sobre la situación de los establecimientos, y eliminaría la potencial discrecionalidad en los dictámenes. En tanto que la información no se utilice, no contribuye a la mejora de la calidad. El desarrollo de sistemas de información que concentren la información de las cédulas, y en ese sentido permitan el seguimiento a las acciones de mejora y el monitoreo en el tiempo de los cambios en los cumplimientos contribuirá a mejores decisiones en el ámbito de la calidad en salud.

Es necesario señalar que se observa una importante mejoría en la información registrada en las cédulas de evaluación de 2016 y 2017, en el orden de la captura de procesos e incidencias y recomendaciones, de igual forma en la identificación del proceso con su número correspondiente y con una recomendación para cada hallazgo encontrado. La documentación a partir de 2016 permite una mejor valoración de la situación, fortaleciendo el uso de dicha información.

Referencias

1. García-Saisó S, Gutiérrez JP, Pacheco-Estrello P, García-Otamandí P. Los retos de la calidad de los servicios de salud como barreras para el acceso efectivo. In: García-Saisó S, Hernández-Torres F, editors. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. Biblioteca Mexicana del Conocimiento. 2da ed. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2015.
2. Couto Ribeiro HCCT, Santos DS, de Paula AO, Freire EMR, Alves M. Non-conformities in hospitals related to the infection and adverse events prevention and control. 2016. 2016;10(9):8.
3. González-Castillo JA, Salas-López MA. La acreditación como garantía de calidad. Importancia de las auditorías internas de control. Salud en Tabasco. 2010;16(2-3):905-20.
4. Couto Ribeiro HCT, Campos LI, Manzo BF, Brito MJM, Alves M. Estudio de las no conformidades en el trabajo de enfermería: evidencias relevantes para la mejora de la calidad hospitalaria. 2015. 2015;14(4).
5. Sobrinho FM, Ribeiro HCTC, Alves M, Manzo BF, Nunes SMV. Rendimiento en el proceso de acreditación de hospitales públicos de Minas Gerais/Brasil: influencias para la calidad asistencial. Enfermería Global. 2015;14:286-97.
6. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, et al. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP; 2014.

Anexo I. Incidencias por “informe de visita de evaluación” revisado

Entidad	Clues	PDF	Incidente	Acción realizada
BAJA CALIFORNIA	BCIMO000070	016.pdf	Con número de ítem. Sin identificar los procesos 2,4,6,54,56,112	Se anotaron los números de procesos faltantes en la cédula correspondiente
BAJA CALIFORNIA	BCIMO000070	101.pdf/2015	Con número consecutivo iniciando en cada área	Se colocó el número de ítem correcto y se capturo en la cédula correspondiente
BAJA CALIFORNIA SUR	BSSSA001131	295.pdf/2016	ITEM 371. De los expedientes clínicos de pacientes cursando con puerperio inmediato... El ITEM 371. Hace referencia a pielonefritis	Se captura en el ITEM 373 Atención del parto y puerperio fisiológico...
CAMPECHE	CCSSA000964	131.pdf/2015	El informe de visita de evaluación no cuenta con la numeración de los ítems correspondientes.	Se realiza revisión de cada uno de los ítems para ser capturados en el criterio correspondiente
			Observación En el área evaluada sobre urgencias, la sobresaturación del área por ingreso de cirugías por urgencias	Se captura en ítem 143
			Las hojas de TRIAGE no están firmadas en su totalidad	Se capturaron en el mismo 143
			CONSULTA EXTERNA, consultorio de ginecología sin bote rojo	No existe ítem, por lo que se considera ítem 3
			CASA DE MÁQUINAS no se cuenta con los registros del mantenimiento de cada uno de los equipos	Se captura 455, al igual que CUARTO DE MÁQUINAS no existe registro de fugas=NO
			MEDICAMENTOS, 25 claves faltantes sin especificar	Se captura como cumplimiento de 86-100% de medicamentos
CHIAPAS	CSSSA008882	127.pdf/2015	Sin especificar en el informe ítem referente a “RPBI señalamientos en ambos sentidos en la ruta de circulación”	Se captura en GENERAL, medicina preventiva ítem 3=NO
CHIHUAHUA	CHIMO000043	018.pdf	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones por proceso	Se colocó el número de ítem correcto y se capturo en la cédula correspondiente
CHIHUAHUA	CHIMO000224	018.pdf	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones por proceso	Se colocó el número de ítem correcto y se capturo en la cédula correspondiente
CHIHUAHUA	CHIMO000516	018.pdf	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones por proceso	Se colocó el número de ítem correcto y se capturo en la cédula correspondiente
DISTRITO FEDERAL	DFSSA004031	180.pdf/2015	En el apartado de Observaciones “No se cuenta con UCIN”	Por lo que se señalaron como “No” cumple los ítems relacionados con UCIN

(Continúa...)

(Continúa...)

Entidad	Clues	PDF	Incidente	Acción realizada
DISTRITO FEDERAL	DFSSA004014	117.pdf/2015	Sin número de proceso y sin recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
DISTRITO FEDERAL	DFSSA004084	025.pdf	Sin número de proceso, en farmacia sólo menciona faltan medicamentos	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente, no se capturó en medicamentos
GUANAJUATO	GTSSA017431	005.pdf	Sin número de proceso y con recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
GUANAJUATO	GTSSA017431	135.pdf/2015	Sin número de proceso y sin recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
GUANAJUATO	GTSSA017443	005.pdf	Sin número de proceso y con recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
GUERRERO	GRSSA003686	128.pdf/2015	<p>Área evaluada: Diagnóstico y tratamiento "No apego NOM 004..." no existe ítem</p> <p>Servicio de odontología: no cuentan con cata de consentimiento informado para extracción dental</p> <p>Unidad quirúrgica no apego a la NOM 004, no existe ítem</p> <p>Laboratorio, ITEM no específico "No existen acciones emprendidas para el registro de las evaluaciones"</p>	<p>No se captura</p> <p>Se captura en el ítem 100 Godont13. Eliminación de focos de infección, abscesos y restos radiculares, extracción de piezas dentarias = NO</p> <p>Se captura como ítem 320, 321 QxGdxtx01 y 02</p> <p>No se captura por no existir ítem</p>
GUANAJUATO	GTSSA017525	167.pdf/2015	Con número de ítem por proceso, cédula incompleta	Se capturó la cédula incompleta
GUERRERO	GRIMO000171	007.pdf	Sin número de proceso y con recomendación para la unidad, los medicamentos no contaban con número ni con clave	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente, se capturó el medicamento en su clave correspondiente
HIDALGO	HGSMP001050	043.pdf	"Farmacia: el convenio no garantiza el abasto oportuno y suficiente de medicamentos", sin especificar cuáles medicamentos	Se captura como 70% de medicamentos ITEM 429 Medmed03
HIDALGO	HGSMP001050	130.pdf/2015	No tiene números de ítems No cuenta con descripción de medicamentos	Se realiza revisión de cada uno de los ítems para capturarlo en el criterio correspondiente

(Continúa...)

(Continúa...)

Entidad	Clues	PDF	Incidente	Acción realizada
HIDALGO	HGSSA015520	043.pdf	No cuenta con número de ítems "La unidad quirúrgica no tiene hoja de consentimiento de ingreso hospitalario, omisiones en campos y sin consentimiento de anestesia", no especifica que padecimientos se revisaron El informe referente a hospitalización numerados del 1-4 no se encuentran ítems específicos	Se capturan en los ítems 322-324 y 326 y 327 Relacionados con procedimientos quirúrgicos Se captura en ítem 357 Trahx02 Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos. Y 370 Fecha de llenado y caducidad en los frascos y pescaderas con soluciones
HIDALGO	HGSSA015520	217.pdf/2016	Ítem 9 Termo de 9 litros. No corresponde con el ítem 9	Se captura en el ítem 10
JALISCO	JCSMP000745	122.pdf/2015	Observaciones 463-464Interculturalidad No aplica 465-468 No existe aval ciudadano: No aplica Información Básica	Se capturan como no aplican a pesar de que en otros establecimientos se consideraba como "No cumple"
JALISCO	JCSSA002195	075.pdf	Saturación de material de medicamento no tiene ítem o criterio correspondiente	No se captura
JALISCO	JCSSA002224	075.pdf	Expedientes: "Expedientes de consulta externa..." no especifica los padecimientos revisados Indicadores de calidad: Falta subir información a plataforma de indicas, no cuenta con ítem específico	Se captura como "No" los ítems 34-39 Se captura en ítems 459-462 Relacionados con "Resultados de Trato digno y atención médica efectiva"
ESTADO DE MÉXICO	MCSSA018786	175.pdf/2015	En el apartado de observaciones mencionan "Urgencias no cumple con NOM-027-SSA3-2013" "Laboratorio tinción de giemsa caducados" Tococirugía: "No hay sala de expulsión"	Se captura en el ítem 117 codificado como Gurgrg02 = NO Se captura en ítem 400 Tralabs06 = NO Se captura como "No" en los ítem del 209 al 212 relacionados con sala de expulsión del recién nacido
MICHOACÁN	MNIMO000244	050.pdf	Sin número de proceso y con recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
MICHOACÁN	MNIMO000425	006.pdf	Sin número de proceso y con recomendación para la unidad, en farmacia sólo menciona faltan medicamentos	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente, no se capturó en medicamentos
MICHOACÁN	MNIMO000425	116.pdf/2015	Con número consecutivo iniciando en cada área	Se colocó el número de ítem correcto y se capturó en la cédula correspondiente

(Continúa...)

(Continúa...)

Entidad	Clues	PDF	Incidente	Acción realizada
MICHOACÁN	MNIMO001125	050.pdf	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones por proceso	Se colocó el número de ítem correcto y se capturó en la cédula correspondiente
MICHOACÁN	MNIMO001796	050.pdf	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones por proceso	Se colocó el número de ítem correcto y se capturó en la cédula correspondiente
MICHOACÁN	MNIMO002764	050.pdf	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones por proceso	Se colocó el número de ítem correcto y se capturó en la cédula correspondiente
MICHOACÁN	MNIMO003942	006.pdf	Sin número de proceso y con recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
MICHOACÁN	MNIMO003954	006.pdf	Sin número de proceso y con recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
MORELOS	MSSSA002385	059.pdf	Sin número de proceso y sin recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
MORELOS	MSSSA002385	111.pdf/2015	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones	Se colocó el número de ítem correcto y se capturó en la cédula correspondiente
MORELOS	MSSSA002740	059.pdf	Sin número de proceso y sin recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
MORELOS	MSSMP000841	062.pdf	Es un hospital de cirugía de corta estancia. Sin número ítem por proceso, en farmacia sólo menciona "faltan medicamentos"	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente, no se capturó en medicamentos
MORELOS	MSSSA002863	059.pdf	Sin número de proceso y sin recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
NAYARIT	NTSSA002084	021.pdf	No cuenta con número de ítems ni tienen orden Medicina preventiva: tarjeta de control de niño - no existe ÍTEM específico ni señala padecimientos revisados	Se realiza revisión exhaustiva para encontrar ítems correspondientes Se captura en los padecimientos relacionados con niños y niñas ítem 36-39 = NO
NAYARIT	NTSSA000474	021.pdf	Sin número de proceso y sin recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
PUEBLA	PLHUN000010	071.pdf	No cuenta con números de ítems	Se realiza revisión exhaustiva para encontrar ítems correspondientes
PUEBLA	PLSMP002732	045.pdf	Medicamento 425 no existe criterio para "Inconsistencia en el sistema de dotación de medicamentos"	No se captura
SINALOA	SLIMO000576	098.pdf/2015	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones por proceso	Se colocó el número de ítem correcto y se capturó en la cédula correspondiente

(Continúa...)

(Continúa...)

Entidad	Clues	PDF	Incidente	Acción realizada
TABASCO	TCSSA000306	064.pdf	No cuenta con números de ítem y no se encuentran en orden. No especifica medicamentos	Se realiza revisión exhaustiva para encontrar ítems correspondientes
TAMAULIPAS	TSSSA005151	330.pdf/2017	Ítem 449 no presenta cédula de gineco-obstetricia ni diploma de especialista	Se captura como "No". Es criterio mayor por lo que no debió haber acreditado
TAMAULIPAS	TSSSA000092	030.pdf	Sin número de proceso y con recomendación para la unidad, en farmacia sólo menciona faltan medicamentos	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente, no se capturó en medicamentos
TAMAULIPAS	TSIMO000661	003.pdf	Sin número de proceso y sin recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
TLAXCALA	TLSSA017983	125.pdf/2015	No cuenta con números de ítems CAUSES: no línea de vida ni historia clínica	Se captura en Ítems relacionados a consulta externa CAUSES
VERACRUZ	VZSSA010212	072.pdf	Farmacia "Faltan 40 medicamentos" sin especificarlos	Se captura en el ítem de 85% de medicamentos
VERACRUZ	VZIMO000862	049.pdf	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones por proceso	Se colocó el número de ítem correcto y se capturó en la cédula correspondiente
VERACRUZ	VZIMO005004	049.pdf	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones por proceso	Se colocó el número de ítem correcto y se capturó en la cédula correspondiente
VERACRUZ	VZIMO001055	002. pdf	Sin número de proceso y con recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
VERACRUZ	VZIMO001055	109.pdf/2015	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones por proceso	Se colocó el número de ítem correcto y se capturó en la cédula correspondiente
VERACRUZ	VZIMO002105	049.pdf	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones por proceso	Se colocó el número de ítem correcto y se capturó en la cédula correspondiente
VERACRUZ	VZIMO002875	002. pdf	Sin número de proceso y con recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
VERACRUZ	VZIMO006153	002. pdf	Sin número de proceso y con recomendación para la unidad	Se colocó el número de ítem y se capturó en la cédula correspondiente
VERACRUZ	VZIMO006153	109.pdf/2015	Con número consecutivo iniciando en cada área y si cuenta con recomendaciones por proceso	Se colocó el número de ítem correcto y se capturó en la cédula correspondiente
VERACRUZ	VZIMO002875			
YUCATÁN	YNSSA013440	133.pdf/2015	Comités no cumple, sin especificar cuales	Se captura como no cumple en todos los ítems relacionados a comités

(Continúa...)

Anexo II. Cédulas revisadas por entidad y por año

Entidad	2014	2015	2016	2017
BAJA CALIFORNIA	1	1		
BAJA CALIFORNIA SUR	1		3	3
CAMPECHE		1		
CHIAPAS	1	9	1	1
CHIHUAHUA	3	1		
CIUDAD DE MÉXICO	1	2	2	
COAHUILA			1	3
DURANGO			1	
ESTADO DE MÉXICO		2		
GUANAJUATO	4	7	2	
GUERRERO	1	2	1	
HIDALGO	2	1	3	
JALISCO	3	1	4	
MICHOACÁN	7	2		1
MORELOS	4	1		
NAYARIT	3	2		
OAXACA			1	1
PUEBLA	4	2	7	1
QUERÉTARO				1
QUINTANA ROO		1		
SAN LUIS POTOSÍ				1
SINALOA		2		
TABASCO	1			
TAMAULIPAS	4	5	3	2
TLAXCALA		1	1	
VERACRUZ	8	3		
YUCATÁN		2		
NACIONAL	48	48	30	14

Evaluación de indicadores de desempeño a nivel de unidad hospitalaria

Marco conceptual

En la lógica de la acreditación como un proceso orientado a garantizar que la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) reciba atención a la salud con estándares mínimos en cuanto a estructura y procesos de atención (agrupados estos aspectos en capacidad, seguridad y calidad), un resultado esperado del mismo es la mejora en indicadores tanto de la provisión de servicios como en resultados de salud.

La acreditación de establecimientos, como se ha discutido en la revisión del proceso (Entregable 2), se realiza a partir de la revisión de un conjunto de criterios que identifican aspectos relevantes en la provisión de servicios de salud. Para lograr la acreditación a partir de estos estándares mínimos, un hospital debe cumplir con al menos 85% de los criterios establecidos en la cédula específica para el tipo de hospital del que se trate, además de cumplir con la totalidad de un subconjunto de los mismos denominados criterios mayores, enfocados en aspectos que se consideraran indispensables para la provisión de los servicios. La secuencia del proceso de acreditación que se ha descrito previamente (ver Entregable 3) se detalla en el *Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica*, documento publicado en 2016 en el DOF.

A partir de la secuencia que se describe en el *Manual* mencionado, se observa que el proceso de acreditación parte de la decisión de cada entidad federativa sobre cuáles establecimientos deben considerarse para buscar la acreditación (Fase 1 Programación). Esta fase implica que se define en principio a partir de identificar establecimientos que cumplen con los requisitos (son acreditables), el listado de los que en un ejercicio en particular buscarán la acreditación.

Debido a que por diseño el SPSS busca afiliar a la totalidad de la población sin acceso a la seguridad social, se esperaría entonces que las entidades buscaran acreditar a la totalidad de sus establecimientos y, por lo tanto, la fase inicial se orientaría a la priorización de establecimientos. No obstante, considerando los años que lleva operando la acreditación, se esperaría que ya no hubiera establecimientos no acreditados, más allá de los de reciente creación, lo cual no ocurre.

En concreto, del total de establecimientos catalogados como de segundo nivel en el país, 4 720, únicamente 631 (13.4%) cuentan con algún tipo de acreditación, de los cuales 90% (570 hospitales) son para el Causes. Ciertamente, no se esperaría que todos los hospitales se acrediten. Es importante señalar que de este total de establecimientos la mayor parte (70% o 3 304) son privados. Si se consideran únicamente los 790 hospitales de los Sesa, 474 de los mismos (60%) están acreditados y 316 aún no se han acreditado.

Como se documentó en el análisis de los principales incumplimientos (Entregable 3), en lo general, los hospitales presentan retos para cumplir con los criterios de acreditación, siendo el promedio de cumplimiento entre los establecimientos acreditados de 91.62% de los criterios, y presentándose criterios que incumplen hasta 4 de cada 10 establecimientos acreditados (Entregable 3, Cuadro 1).

En este contexto, es posible plantear dos temáticas relacionadas con el logro de la acreditación. Por una parte, sobre el proceso en su conjunto, sobre si el diseño del mismo tiene en realidad el potencial de generar cambios relevantes en la provisión de servicios de salud. Por otra parte, si el hecho de que exista un conjunto de atributos que se incumplen en un porcentaje importante de establecimientos implicaría que los mismos no son relevantes (si la acreditación incide positivamente en la provisión de los servicios de salud), o no son factibles.

En lo general, estos dos aspectos requieren inicialmente documentar el logro de la acreditación como mecanismo para incidir en el desempeño y resultados de los servicios de salud. Si no hay incidencia, entonces pierde relevancia lo que se refiere a los atributos específicos que se incumplen, ya que el proceso en lo general no es relevante. Si por el contrario se documenta que la acreditación incide positivamente en el desempeño y los resultados de los establecimientos, puede sugerirse que los atributos que se incumplen no son relevantes.

Analizar en ese sentido la evolución de indicadores en los cuales se pueda argumentar que la acreditación como intervención se esperaría que incida es un abordaje con el potencial de informar acerca de la utilidad de la acreditación para alcanzar el resultado para el cual se le diseñó, esto es, garantizar estándares mínimos en la provisión de servicios de salud a la población afiliada al SPSS.

Es posible que el proceso de acreditación tenga objetivos adicionales en aspectos organizacionales y/o de coordinación entre la Federación y las entidades, mismos que no se reflejarán en un análisis de desempeño ni en los resultados de los establecimientos.

La identificación de los resultados, en lo que se espera que incida la acreditación, se relaciona entonces con los criterios que se plantean para la misma. Adicionalmente, en tanto que los aspectos estructurales (capacidad de los servicios) forman parte de los criterios de acreditación, una validación del logro de la misma es que indicadores de condiciones estructurales evolucionen positivamente en relación con la acreditación.

Una crítica potencial al proceso de acreditación es que el mismo documenta en un momento en el tiempo las condiciones de los establecimientos, que podrían no ser constantes o sostenibles. Esto es, la posibilidad de que los criterios se cumplan para la evaluación únicamente y no de forma permanente.

En ese sentido, observar el comportamiento de indicadores verificables y que se reportan de forma independiente a la evaluación para la acreditación, debe permitir observar el comportamiento real en los indicadores relevantes para el análisis, si bien esto implica identificar indicadores que cumplan con este criterio de reporte.

De acuerdo a la OCDE, las dimensiones relevantes para la medición de la calidad de la atención a la salud deben ser atributos que puedan ser definidos, medidos, y sobre los que exista el potencial de intervenir.¹ En ese sentido, del conjunto de dimensiones que los diversos países han propuesto para la medición de la calidad, la OCDE ha identificado como las dimensiones que se utilizan con mayor frecuencia a a) la efectividad, definida como la capacidad de lograr los resultados en salud deseados; b) la seguridad, como la capacidad de evitar, prevenir y disminuir afectos adversos; y c) la eficiencia, que se refiere al uso óptimo de los recursos para alcanzar el mayor resultado posible en salud.² Adicionalmente, se consideran otras dimensiones, como el enfoque en el paciente, la accesibilidad y la equidad; no obstante, estas últimas dimensiones parten de una lógica más del sistema en su conjunto y, en ese sentido, son de menor relevancia para el análisis de establecimientos específicos.¹

El marco general que se ha propuesto en México para el análisis del desempeño hospitalario se basa en el supuesto de que “los mejores hospitales, los de mayor calidad, son aquellos que brindan el mayor beneficio a sus usuarios a la luz de los conocimientos científicos actuales”,³ y considera como las dimensiones relevantes efectividad, seguridad, accesibilidad, eficiencia, equidad, enfoque en el paciente, pertinencia y oportunidad. A partir de estas dimensiones, se propone un conjunto de indicadores para su medición, mismos que se retoman para este análisis.

El análisis que se presenta en este documento se enfoca en documentar los cambios potenciales en un conjunto de indicadores de desempeño y de condiciones trazadoras de salud que ocurren a partir de la acreditación, para lo que se contrasta la tendencia en los indicadores en establecimientos acreditados con la que se presenta en establecimientos no acreditados.

Esquema general de teoría de cambio de la acreditación

La implantación del SPSS y el inicio del proceso de acreditación fueron graduales y en coordinación con las 32 entidades federativas. Inició con la firma de convenios entre los estados y la Secretaría de Salud (SS) para ingresar al Seguro Popular. Una vez firmado el convenio, se abrió el proceso de inscripción de proveedores de servicios de primer y segundo nivel, para garantizar la oferta de las 78 intervenciones inicia-

les del Catálogo de Beneficios Médicos, denominado entonces Cabeme, hoy llamado Catálogo de Servicios Universal de Servicios de Salud (Causes). No obstante, se hizo indispensable la necesidad de validar técnicamente y verificar la calidad de las unidades médicas que empezaban a conformar la red de proveedores de servicios inscritos. La Subsecretaría de Innovación y Calidad hoy llamada Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de la DGCES, lanzó la propuesta para iniciar un proceso de “acreditación” de los proveedores de servicios en 2003. Esta propuesta se recogió posteriormente en la Ley General de Salud, para garantizar criterios técnicos y de calidad mínimos en las intervenciones ofertadas. De esta manera, se dio soporte jurídico al proceso de acreditación y se convirtió en obligatorio para los establecimientos que buscaran proveer atención a la población afiliada al SPSS. La DGCES recibió la atribución de acreditar los establecimientos del Seguro Popular, y entre 2004 y 2012 acreditó alrededor de 8 272 establecimientos de atención médica en el Causes (considerando tanto primer nivel como segundo nivel de atención).^{4,5}

La acreditación desarrollada para México es proceso híbrido entre dos conceptos que se identifican en la literatura: licenciamiento y acreditación.⁶ Esto es, en su fin regulatorio, la acreditación mexicana se asemeja al licenciamiento, proceso mediante el cual una autoridad gubernamental otorga un permiso que permite a una organización o persona proporcionar un servicio dentro de un alcance específico. Por otra parte, en la manera en que se operacionaliza e implementa, se asemeja al proceso de acreditación internacional, definida como un proceso de autoevaluación y una evaluación externa formal por pares, para determinar si una organización de salud cumple los estándares preestablecidos, basados en estándares nacionales o criterios predeterminados. El modelo mexicano se considera híbrido, porque sigue el proceso de acreditación, pero con un mecanismo de licenciamiento, ya que es requisito para prestar servicios para la población afiliada al SP.

En México, la acreditación se plantea conceptualmente como un mecanismo o estrategia para garantizar la calidad de la atención a la salud en los establecimientos a los que acude la población afiliada al SPSS, y en lo concreto al Seguro Popular, en lo que se refiere a la acreditación para el Causes.

Partiendo de este objetivo de largo plazo, es decir, el resultado atribuible a la intervención de acuerdo con la terminología de teoría de cambio (la garantía de calidad en los servicios), se plantea un modelo de teoría de cambio que señala como resultados intermedios o precondiciones las condiciones estructurales adecuadas en los establecimientos que proporcionan atención, las cuales a su vez dependen de la existencia de recursos humanos capacitados y recursos materiales y financieros disponibles para el fortalecimiento de la estructura.

Como se muestra en la Figura 1. *Teoría de cambio de la acreditación de hospitales para el Causes en México*, el impacto esperado de la acreditación es que los usuarios de los hospitales presenten resultados sanitarios favorables, lo que se logra al contar con establecimientos con adecuada calidad técnica e interpersonal. El sustento en este

caso es la evidencia de que la calidad de los servicios de salud se refleja en mejores resultados de salud.

Lograr la adecuada calidad de los servicios se documenta a partir de la evaluación realizada a los hospitales de forma externa, con las cédulas desarrolladas para este fin y el dictamen que se emite. Para llegar a este resultado, se requiere que los hospitales estandaricen sus procesos de atención y desarrollen acciones para asegurar el trato digno a los usuarios. En particular, la estandarización de procesos se realiza a partir primero de la identificación de los procesos que requieren ser estandarizados y de la integración de un plan específico para llevar a cabo la estandarización.

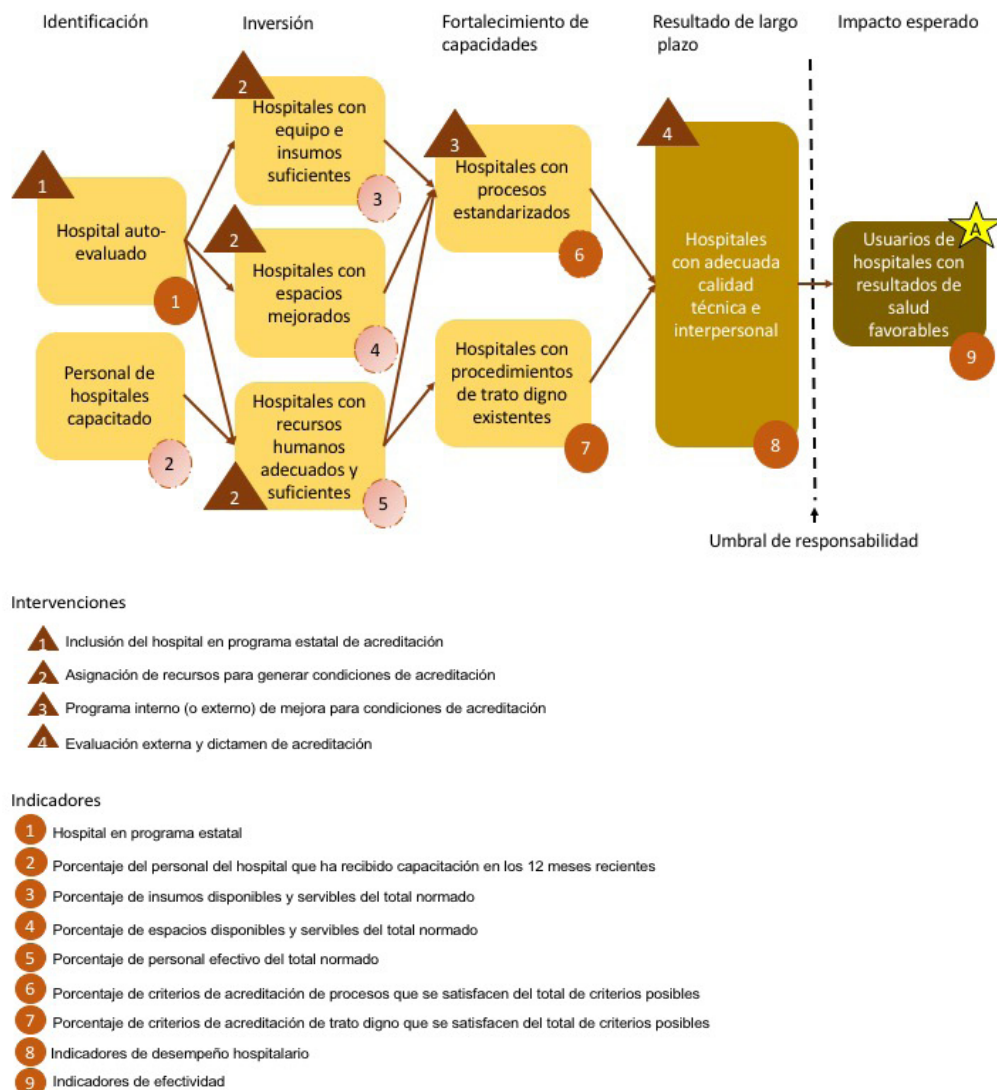


Figura 1. Teoría de cambio de la acreditación de hospitales para el Causes en México

La estandarización requiere que los hospitales cuenten con el equipo y los insumos necesarios, con los espacios establecidos para la atención y con el personal requerido para la misma. Por su parte, lograr los procedimientos de trato digno parte de la presencia del personal adecuado y suficiente. Contar con equipo, insumos, espacio y personal es dependiente de recursos para adquirir, mejorar y/o contratar. La asignación de recursos para lograr los criterios de acreditación es la intervención que se necesita para estas precondiciones.

La necesidad de esta inversión se establece inicialmente en la autoevaluación que realizan los establecimientos, precondición para la mejora en las condiciones estructurales. La intervención que permite esta precondición es la inclusión del hospital en el programa estatal de acreditación. En lo que se refiere a los recursos humanos, una precondición adicional es la capacitación del personal preexistente.

En la figura 1 se señalan, asimismo, los indicadores que permitirán mostrar el logro de cada uno de los resultados que se mapean en esta cadena de resultados, es decir, en la visualización de la teoría de cambio de la acreditación. Los indicadores que se señalan en los círculos de color más claro son aquellos para los cuales no se cuenta con una fuente de información sistemática y rutinaria para documentarlos, lo que limita la posibilidad de monitorearlos. Los de color más oscuro son los que cuentan con una fuente de información conocida, que incluso se consideran en este documento.

En lo concreto, la acreditación como intervención es un incentivo económico a los hospitales, asociado al logro de estándares mínimos (en el sentido de que éstos son una condición necesaria para atender a la población afiliada) y, en ese sentido, estar habilitados para recibir fondos de la cápita de dicha población.

No obstante, un aspecto que no necesariamente es claro para las personas responsables en los hospitales es que la habilitación para recibir recursos de Seguro Popular no implica que reciban recursos adicionales, lo que por lo general no ocurre.

Los recursos de operación de un hospital estatal son asignados por los Servicios de Salud del estado, ya sea que se encuentren o no acreditados; en la práctica, lo que la acreditación le representa a los Sesas es la posibilidad de cubrir dichos gastos operativos con los recursos que se transfieren al estado para la atención de la población afiliada.

Una limitación clara en el potencial de la acreditación para incidir en la calidad es justamente este aspecto: una vez dada la acreditación (es decir, alcanzado el resultado esperado del proceso), no hay una asignación adicional de recursos al hospital (no hay incentivo), sino que simplemente reciben los recursos para operar de una bolsa diferente, lo que no tiene implicaciones prácticas para el establecimiento ni para su personal.

Metodología de análisis

El abordaje analítico para documentar la potencial incidencia de la acreditación en indicadores de desempeño y trazadores de resultados en salud es un estudio retrospectivo de series de tiempo, para documentar tendencias y los posibles cambios en niveles de los indicadores y en sus tendencias, relacionados con el evento de acreditación.

A continuación, se describe el universo de análisis inicial y los establecimientos excluidos por no contar con información sobre los mismos, para luego describir los indicadores y la forma de calcularlos (incluida la obtención de la información), y el abordaje específico de análisis.

De forma general, para los análisis comparativos entre establecimientos acreditados y no acreditados, se alineó a los hospitales de acuerdo con el momento de la acreditación, esto es, se definió el tiempo 0 como el año en que recibieron la acreditación, o que buscaron la acreditación para los no acreditados. De esta forma, los momentos previos son años anteriores a la acreditación; y los momentos posteriores son los años a partir de la acreditación.

Más adelante se señalan los abordajes para estimación de efectividad y los supuestos de cada uno.

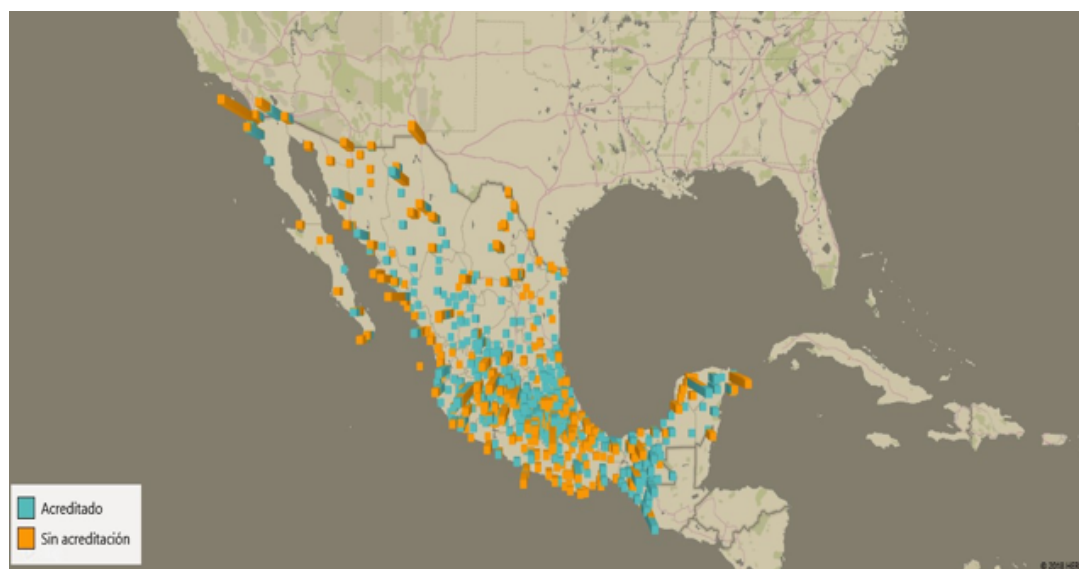
Universo de análisis

Se presentan resultados para dos universos de análisis identificados. El primero son los establecimientos considerados en el análisis de incumplimientos de criterios de acreditación (Entregable 3), conjunto conformado por los 112 hospitales generales, comunitarios, pediátricos y materno-infantiles que entre 2014 y 2017 buscaron la acreditación para Causes, independientemente del resultado logrado; de ellos, 91 u 81.2% fueron acreditados y 21 o 18.8% no fueron acreditados. La ventaja de este universo es que se cuenta con mayor detalle sobre las características de los establecimientos, a través de la información registrada en las cédulas de evaluación para la acreditación.

De este conjunto de establecimientos, se excluyeron a los que no reportan información sobre egresos que permitiera generar los indicadores relacionados con la

atención; en concreto, no se incluyen establecimientos privados, ni aquellos para los cuales no se pudo identificar información en las bases de datos.

El segundo universo de análisis se compone de 1 083 establecimientos públicos de salud, clasificados como hospitales de segundo nivel, que se encontraban en funcionamiento, de los cuales 491 (45.3%) están acreditados y 592 (54.7%) no contaban con acreditación a 2017. En la figura 2 se muestra la ubicación geográfica de los establecimientos de salud, de acuerdo con su estatus de acreditación. Puede apreciarse que el universo de análisis se distribuye a lo largo del territorio nacional.



*La altura de las columnas es proporcional al número total de egresos en 2015.

Figura 2. **Ubicación geográfica de los establecimientos de salud utilizados en el estudio, segundo abordaje**

Indicadores y fuentes de información

La información para el análisis proviene de fuentes públicas, en particular los datos sobre egresos del Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) y los datos sobre condiciones estructurales del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (Sinerhías). En ambos casos, la información se difunde a través del portal de la Dirección General de Información en Salud de la SS. En dicho portal, se reporta la información, tanto para los establecimientos de los Sesa, como para el conjunto de los establecimientos públicos de salud en el país, es decir, el sistema no incluye a los establecimientos privados.

Adicionalmente, se consideran indicadores reportados en el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad (Indicas) de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, disponible en el sitio de dicha área.

Los indicadores considerados y sus definiciones se presentan a continuación. Adicionalmente, en el anexo 1 se incluyen las fichas de los indicadores. Las definiciones de los indicadores y su relevancia para la medición del desempeño y resultados de los hospitales se ha documentado previamente, y son indicadores considerados en el esquema del desempeño hospitalario en México,^{3,7} que se insertan en las dimensiones de efectividad, eficiencia y seguridad, mismas que forman parte de los dominios de análisis de la calidad de la atención a la salud más frecuentemente usados de forma global,¹ como se comentó previamente.

De acuerdo con el anexo técnico de la evaluación, se consideran como indicadores de desempeño los de eficiencia y seguridad, esto es, la razón de enfermeras por médico de contacto, el promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico, el promedio diario de egresos, el porcentaje de ocupación, el promedio de días de estancia y la tasa de bacteremias. Los indicadores de resultado son los que señalan como de efectividad.

Indicadores de efectividad

La **tasa de mortalidad general intrahospitalaria** se refiere a la relación entre defunciones y el total de egresos en un periodo determinado; se considera un indicador de resultado que permite medir el desempeño general de los hospitales, por lo que se esperaría, a partir de una intervención centrada en la mejora de la atención, que la misma incida en la reducción de esta tasa.

En el mismo sentido, la **tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo al miocardio (IAM)** es un indicador de la calidad de los hospitales, en el sentido que señala la capacidad resolutive ante un evento que requiere una atención oportuna. La tasa indica las defunciones por IAM en los primeros 30 días de hospitalización en relación con el total de egresos por IAM en un periodo determinado. Se espera que la misma se reduzca si se implementan medidas para mejorar la calidad.

De forma similar, la **tasa de mortalidad intrahospitalaria por diabetes mellitus (DM)** refiere a las defunciones por DM en los primeros 30 días de hospitalización en relación con el total de egresos por DM en un periodo determinado. Este indicador permite analizar igualmente la capacidad resolutive de los establecimientos ante una condición específica. Se espera que la misma se reduzca si se implementan medidas para mejorar la calidad.

La **atención médica efectiva** es un indicador compuesto que integra variables relacionadas con el proceso de atención, y en ese sentido documenta la capacidad de los establecimientos para incidir en los resultados de salud. Es un indicador que se espera se incremente a partir de una intervención enfocada en mejorar los procesos de atención.

Indicadores de eficiencia

El **porcentaje de ocupación** de los hospitales se define como el porcentaje de camas hospitalarias ocupadas en un periodo determinado y mide el grado de utilización de los establecimientos. Es una medida de la saturación de los hospitales, y se ha sugerido que valores alrededor de 85% son los óptimos para la operación, en tanto que valores arriba de 90% comprometen la capacidad de respuesta de los hospitales, y valores bajos son indicación de deficiencias en el uso de recursos.

El **promedio de días de estancia** es un indicador de la eficiencia en la prestación de servicios, si bien no tiene un comportamiento esperable claro. En relación con la acreditación, podría tener un incremento relacionado con una mayor calidad en la atención, pero en un cierto umbral mantenerse constante. Un crecimiento más allá del umbral implicaría complicaciones en las personas ingresadas.

El **promedio diario de cirugías** es un indicador de proceso que mide la productividad de los quirófanos disponibles. Se espera que incrementos en la eficiencia tiendan a incrementar este indicador, en tanto que retos estructurales podrían limitarlo.

La **razón de enfermeras por médico** de contacto es la relación entre enfermeras/os y médicos/as en contacto con el paciente, y permite analizar la capacidad de atención de los hospitales.

El **promedio diario de egresos** es la relación entre el total de egresos en un periodo y los días en ese periodo. Mide la productividad, por lo que se espera que, ante intervenciones para la mejora de la estructura, este promedio se incremente.

Indicadores de enfoque en el paciente

El **trato digno** evalúa la satisfacción de los usuarios sobre la atención recibida en los establecimientos. El indicador considerado proviene del sistema Indicas, y es un indicador compuesto que considera satisfacción con tiempo de espera, trato interpersonal, medicamentos y trato en general en el establecimiento. Se considera el indicador para consulta externa y para atención de urgencias.

La **organización del servicio** señala de forma similar la capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios, considerando para su medición los tiempos de espera y el surtimiento de medicamentos.

Indicadores de seguridad

La **tasa de bacteremias** es la relación entre los egresos que desarrollaron alguna bacteremia durante la estancia y el total de egresos del hospital en un periodo dado. Es un indicador de la seguridad de los establecimientos para la atención de la salud, y se espera que este indicador tienda a 0 si los servicios son adecuados. Un reto con este

indicador es que depende de la identificación adecuada de las bacteremias, es decir de la búsqueda a partir de hemocultivos. Si esto no se realiza cuando debiera hacerse, se subestimaré.

Análisis de tendencias

Para documentar las tendencias, se procedió a generar los indicadores para cada establecimiento para cada uno de los años en los que se contaba con información. A partir de la información generada para cada establecimiento, se generaron promedios ponderados de acuerdo con el denominador correspondiente a cada indicador y periodo para el subconjunto de establecimientos acreditados y para el subconjunto de los establecimientos no acreditados.

Como se señaló previamente, para el análisis comparativo las observaciones de cada hospital se alinearon de acuerdo con el año de acreditación (o búsqueda de la misma), y los años anteriores y posteriores a este evento.

En primera instancia, se generaron gráficas de los valores promedio de los indicadores en el tiempo, para analizar visualmente el comportamiento de los indicadores, tanto en lo general como contrastando entre hospitales acreditados y no acreditados.

Serie de tiempo interrumpidas

Con el propósito de estimar el potencial efecto de la acreditación en el desempeño y resultados de los hospitales, se implementó un abordaje a través de series de tiempo interrumpidas (STI), un método cuasi experimental enfocado en estimar el cambio de nivel y de pendiente en los indicadores de interés asociados con un cambio (intervención) para el cual se puede precisar el momento en el que ocurre, y que se ha propuesto ampliamente su uso para evaluar intervenciones en salud.⁸⁻¹¹ El método de STI se basa en el análisis longitudinal retrospectivo de indicadores que pueden ser afectados por una intervención bajo el supuesto principal que la tendencia que se observa previo al momento de la intervención se hubiera mantenido en ausencia de la intervención; una limitación relevante del abordaje es que asume que lo único relevante en relación con la variable de interés que ocurre en el momento de la intervención es la intervención; esto es, que no existe algún otro evento externo no medido que pueda haber generado el potencial cambio.⁸

El abordaje de STI funciona incluso si la variable de interés presenta un comportamiento estacional, si bien es necesario identificar esto. La implementación del método parte de la ecuación general:

$$y_t = \alpha + \beta_1 \cdot t_t + \beta_2 \cdot T_t + \beta_3 \cdot (t_t \cdot T_t) + \varepsilon_t$$

Donde:

- α es el valor inicial de y_t (en).
- t_t es la variable de tiempo, registra el periodo de las observaciones.
- T_t es la variable de tratamiento (acreditación).
- β_1 es la tendencia, mide el incremento de y_t entre perdidos.
- β_2 es el impacto promedio de la acreditación.
- β_3 es el impacto en la tendencia debido a la acreditación; β_3 es la tendencia secular.

A partir del modelo, se plantean dos hipótesis nulas:

- $H_0: \beta_2=0$
- $H_0: \beta_3=0$

Las cuales implican, por un lado, que el nivel del indicador, y_t , no sufre cambio alguno tras la intervención y, por otro lado, que la tendencia de y_t se mantiene igual que antes de la intervención. Rechazar estas hipótesis permite inferir de forma sistemática si la intervención tuvo un efecto observable en y_t .

La estimación de los parámetros del modelo planteado se realiza mediante el estimador de mínimos cuadrados ordinarios (MCO), pero controlando por la correlación serial de los errores.¹²

Los modelos de regresión se estiman mediante Mínimos Cuadrados Generalizados, usando la transformación Prais-Winsten para controlar por la correlación serial de los errores, asumiendo que éstos siguen un proceso autorregresivo de primer orden. Para la estimación de la correlación entre errores se usa la autocorrelación de los residuales; y, finalmente, se estiman errores estándar robustos.

Pareamiento por puntaje de propensión

Como un abordaje complementario al análisis de STI, se implementó un análisis de pareamiento por puntaje de propensión, método cuasi experimental de evaluación de efectividad que se centra en identificar el contrafactual, a partir de considerar características observables en un momento anterior a la intervención, que permitan identificar un conjunto de unidades en las que no ocurre la intervención que en dichas características observables sea similar a un conjunto de unidades en las que sí ocurre la intervención. Es importante señalar que este análisis considera a cada establecimiento como unidad de análisis.

El método se fundamenta en la generación de un puntaje (llamado de propensión), a partir de las características que determinan la participación en la intervención (en este caso la acreditación), para, a partir del mismo, seleccionar un grupo de comparación con puntajes similares a los del grupo de intervención.^{13,14} Este puntaje se considera

la probabilidad condicional de participar en la intervención (o en este caso de ser hospital acreditado), dadas las características observadas; mientras más cercano sea el puntaje de propensión entre dos observaciones, se asume que el pareamiento es más eficiente.^{15,16} Debido a que el método se basa en características observables, se asume que las diferencias en no observables no son relevantes. Formalmente esto es:

$$P(X_i) = Pr(D_i = 1 | X_i)$$

en donde:

- $P(\cdot)$ es el puntaje de propensión.
- X_i es un vector de dimensión , el cual contiene las características observables del hospital.
- D_i es la búsqueda de la acreditación; es una variable dicotómica que identifica con 1 a los hospitales que lograron acreditarse y 0 en caso contrario.
- $Pr(D_i=1|X_i)$ es, por definición, la probabilidad de que el hospital logre la acreditación, dadas (o “condicionando en”) sus características observables.

El método parte de dos supuestos principales. En primer lugar, se asume que las características, X_i , que se utilizan para generar el puntaje son, de hecho, las que determinan la participación, lo cual implica que no hay otros factores relevantes que hayan sido excluidas. Este supuesto, conocido en la literatura como “supuesto de independencia condicional”, no puede ser verificado usando métodos cuantitativos (porque es una afirmación sobre variables no observadas), por lo que se requiere sustentarlo a partir de identificar a priori el proceso que lleva a la participación, es decir, proponer las variables que, a partir del conocimiento del procedimiento o intervención evaluada, pueda argumentarse que son las que inciden en la probabilidad de participación.

El segundo supuesto, llamado “soporte común”, implica que existen unidades no intervenidas con puntajes similares a las unidades intervenidas. El supuesto exige que la intersección del soporte (de la función de puntaje de propensión) entre las unidades intervenidas y las de control sea un conjunto no vacío. Este supuesto sí es verificable en los datos.

Para la implementación del método se consideraron dos abordajes complementarios, mismos que se detallan a continuación y que consideran dos conjuntos de información disponibles.

Muestra reducida, información completa

En el primer abordaje, se utiliza la muestra de los establecimientos que buscaron la acreditación entre 2014 y 2017, y para los cuales se cuenta con información completa sobre el cumplimiento de los criterios para la acreditación en el momento que bus-

caron ser acreditados, es decir, se cuenta con la información del cumplimiento con cada criterio de acreditación. El puntaje de propensión fue estimado a partir de dicha información y, debido a que se trata precisamente de los criterios que determinan la acreditación, esto permite argumentar que se cumple con el supuesto de independencia condicional.

Si bien se exploró inicialmente usar directamente la calificación para estimar el puntaje de propensión, este abordaje reducía considerablemente el soporte común, debido a que la calificación a partir de la cual los establecimientos logran la acreditación hospitalaria establece un punto de corte para la acreditación, lo cual segmenta la muestra entre acreditados y no acreditados minimizando el soporte común.

El conjunto completo de criterios para la acreditación se agrupó en 40 categorías que se muestran en el Cuadro 1. *Categorías utilizadas para generar el puntaje de propensión y número de criterios por categoría*, señalando asimismo el número de criterios que incluyen. Debido a la variación de las cédulas para cada hospital en el número de criterios, el cálculo específico para cada establecimiento considera como denominador los criterios que aplican de acuerdo con la cédula con la que se evaluó el hospital. El valor utilizado para generar el puntaje de propensión se refiere al porcentaje de criterios que se cumplen en cada categoría. Asimismo, se consideraron los llamados criterios mayores (10 criterios), denominados así porque en principio son condición necesaria para obtener la acreditación (como se señaló en el Entregable 3, hay casos en los que no se cumple este supuesto).

Para estimar el puntaje, se identificaron las categorías que explicaban en mayor medida la varianza, a través de un primer análisis con modelos tipo probit.

Muestra amplia, información limitada

El segundo abordaje considera utilizar todos los hospitales de segundo nivel para los que se cuenta con información en las fuentes públicas (datos abiertos, bases de datos en formato estándar, cubos dinámicos, catálogo de Clues con información sobre el estatus de acreditación para el Causas) de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Este abordaje permite contar con un universo mayor de establecimientos, pero al no contarse con la información de las Cédulas de Evaluación para la Acreditación, la información para generar el puntaje de propensión es limitada.

Por ello, este segundo abordaje presenta un mayor potencial para obtener soporte común, pero mayor dificultad para argumentar la independencia condicional.

Cuadro 1. Categorías utilizadas para generar el puntaje de propensión y número de criterios por categoría

Categoría	No. de criterios
Medicina preventiva	21
Consulta externa	17
Acciones preventivas	5
Examen físico	7
Diagnóstico y tratamiento	72
Atención mujer	8
Planificación familiar	5
Atención integral	4
Odontología	21
Estimulación temprana	1
Fisioterapia	3
Áreas	6
Urgencias	62
Carro rojo	11
Tocología	17
Admisión	4
Salas de labor	10
Salas de expulsión	36
Tococirugía	20
Reanimación neonatal	43
Transición neonatal	3
UCI neonatal	18
Unidad quirúrgica general	14
Quirúrgica: aspectos mínimos	2
Quirúrgica: procedimientos diagnósticos	22
Central de equipos	25
Hospitalización	21
UCI	20
Laboratorio	10
Imagenología	19
Otros estudios	5
Medicamentos	2
Catéteres	6
Comités	18
NOM	1
Personal medico	13
Infraestructura	7
Calidad	5
Interculturalidad	3
Aval y aspectos éticos	6

Para la estimación del puntaje de propensión en el segundo abordaje, se utilizó información relacionada con criterios de las cédulas, en particular los referentes a condiciones estructurales (espacios y recursos humanos), complementados por información sobre trato digno a partir del Indicas. Inicialmente fueron utilizadas nueve variables, enumeradas a continuación:

Cuadro 2. Variables utilizadas en la estimación del puntaje de propensión en la segunda especificación

Factor	Fuente
Tipo de hospital	DGIS
Número total de consultorios	DGIS
Número total de camas	DGIS
Número total de quirófanos	DGIS
Número de residentes	DGIS
Número total de pasantes de medicina	DGIS
Ubicación geográfica	DGIS
Trato digno consulta externa	Indicas
Trato digno urgencias	Indicas

Sin embargo, debido a que el reporte al sistema Indicas no es obligatorio, un conjunto importante de hospitales no contaba con información en el mismo, lo que reducía el tamaño de muestra. Debido a ello, y procurando mantener mayor validez externa de los resultados, fueron utilizadas únicamente las variables provenientes de la DGIS para la generación del puntaje de propensión.

Respecto del momento cuando se buscó identificar el impacto de la acreditación, se optó por el año 2015, debido a que es uno de los momentos con más información disponible. No obstante, para robustecer los resultados del análisis, el modelo fue estimado bajo dos distintas especificaciones de la variable de resultado: en niveles y en diferencias. En el primer caso, se usa el valor observado en 2015 como variable de resultado, en tanto que, en el segundo caso, se utiliza el cambio (diferencia) en el indicador entre 2013 y 2015. Esta última especificación permite controlar por factores fijos no observados que pudieran afectar en la variable de resultado bajo una lógica de dobles diferencias.

La conformación de los grupos de control e intervención se refiere, en términos concretos, a establecer explícitamente qué hospitales pertenecen a cada uno de los grupos de comparación. Por un lado, es natural que sólo los hospitales acreditados pueden pertenecer al grupo de intervención, pero, por otro lado, la acreditación en

2006 o 2005, por ejemplo, puede no tener ningún efecto en los indicadores en 2015, si dicho efecto es sólo de corto plazo. Con el objeto de medir el impacto de la acreditación en distintos horizontes temporales, fueron estimadas seis distintas especificaciones en la conformación de los grupos de intervención y control, enlistadas a continuación:

Cuadro 3. Conformación de los grupos de control e intervención

Intervención	Control	Exclusiones
Hospitales acreditados en 2014 o antes	Hospitales nunca acreditados y acreditados en 2016 y 2017	Hospitales acreditados en 2015
Hospitales acreditados en 2015 o antes	Hospitales nunca acreditados y acreditados después de 2015	-
Hospitales acreditados entre 2010 y 2014	Hospitales nunca acreditados y acreditados antes de 2010 o después de 2015	Hospitales acreditados en 2015
Hospitales acreditados entre 2010 y 2015	Hospitales nunca acreditados y acreditados antes de 2010 o después de 2015	-
Hospitales acreditados entre 2013 y 2014	Hospitales nunca acreditados y acreditados antes de 2013 o después de 2015	Hospitales acreditados en 2015
Hospitales acreditados entre 2013 y 2015	Hospitales nunca acreditados y acreditados antes de 2013 o después de 2015	-

La conformación de los grupos de control e intervención responde a que se busca identificar si la acreditación tiene efectos observables el mismo año que los hospitales logran dicha acreditación o hasta el año siguiente; así como verificar si el efecto es persistente a lo largo del tiempo o si, por el contrario, sólo es observable en el corto plazo.

Análisis de la suficiencia y calidad de las fuentes de información

Un elemento relevante sobre las limitaciones del análisis es el subconjunto de establecimientos para los que existe información disponible en los sistemas de información. En lo general, una primera limitación es la ausencia de información en los sistemas de información sobre egresos hospitalarios para los establecimientos privados de atención, a pesar que los mismos pueden participar en la provisión de servicios para la población afiliada al SPSS, y en ese sentido ser sujetos de la acreditación.

Las bases de datos disponibles, tanto en lo que se refiere a la estructura de los establecimientos, como respecto de los egresos hospitalarios, se encuentran disponibles para los establecimientos de los Servicios Estatales de Salud (Sesa) a partir de 2001 y hasta 2017 (si bien estos últimos con carácter preliminar), con datos suficientes para identificar a los establecimientos de forma precisa, esto es, la clave única o Clues.

Por lo que se refiere a establecimientos de otros subsistemas, las bases de datos denominadas sectoriales incluyen un número menor de variables y para un periodo que permite la identificación inequívoca asimismo menor. Las bases sectoriales incluyen la Clues a partir de 2008 y ofrecen información hasta 2016.

Adicionalmente, en estas bases sectoriales no se identificó información para hospitales universitarios, y para algunas Clues consideradas para el análisis.

Sobre las variables consideradas en las bases, para la base que incluye únicamente a los establecimientos de los Sesa, se cuenta con la variable que indica para cada egreso la procedencia del mismo, la cual se utiliza para el cálculo de los indicadores como criterio de exclusión, considerando que la situación preexistente en un establecimiento anterior que deriva no debería incidir en el resultado del establecimiento analizado.

Ante la limitación que implicaría la ausencia de dicha variable, que permitiría analizar únicamente establecimientos de los Sesa, se optó por desarrollar el análisis, tanto considerando la variable de exclusión, como sin considerarla. Ello debido a que el análisis desarrollado como se mencionó previamente se centra en las tendencias, que se esperaba que no resulten afectadas de forma relevante por la exclusión señalada.

Tendencias en indicadores de desempeño y de resultados

Para un primer acercamiento a los datos, en este apartado se presentan de forma gráfica el comportamiento de los indicadores, tanto para la muestra restringida como para la ampliada, y de forma global y por condición de acreditación. En todas las figuras, el eje horizontal indica el tiempo, y el eje vertical muestra el valor del indicador en la medida específica de cada uno.

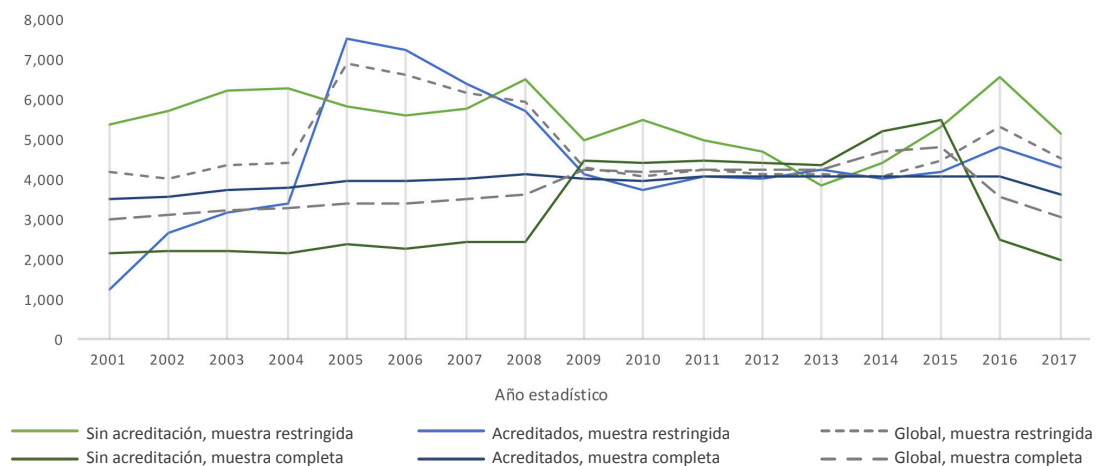
Es importante señalar que el objetivo de esta primera aproximación a los datos es ver el posible comportamiento diferencial de los grupos, y no buscar explicar la tendencia particular de un grupo en algún indicador, para lo cual se requeriría un análisis específico.

Una primera exploración del conjunto de datos en análisis se refiere al tamaño relativo y a la productividad total de los establecimientos analizados. En la Figura 3. Promedio de egresos totales de establecimientos analizados, por situación y año de acreditación, 2000-2017 se muestra el promedio del total de egresos anuales en los establecimientos acreditados y no acreditados, tanto para la muestra amplia como para la muestra reducida. Como se observa, las tendencias son relativamente estables hasta 2005, año en el que se presenta un incremento importante que se mantiene hasta 2008, para luego en 2009 regresar a los niveles de 2004, y mantenerse relativamente estable hasta 2017.

Esta tendencia general se observa similar para los establecimientos acreditados y no acreditados. En particular para los acreditados, el promedio de egreso se ha mantenido relativamente constante de 2010 a 2017.

Indicadores de eficiencia

La productividad general de los hospitales analizados se ha mantenido relativamente constante, como ya se señalaba. En particular, para el periodo 2010-2017 no se observan cambios relevantes en el promedio diario de egresos de los hospitales. Como se señaló previamente, las potenciales mejoras estructurales se esperaba que se reflejaran en un incremento en la productividad, considerando que, por el crecimiento poblacional, se esperaba una mayor demanda. Como se observa en la Figura 4. Promedio diario de egresos por estatus de acreditación, 2001-2017, esto no ocurre.



* Acreditados: hospitales que lograron la acreditación en alguno de los periodos; Sin acreditación: hospitales sin acreditación a 2017.

Figura 3. Promedio de egresos totales de establecimientos analizados, por situación y año de acreditación, 2000-2017

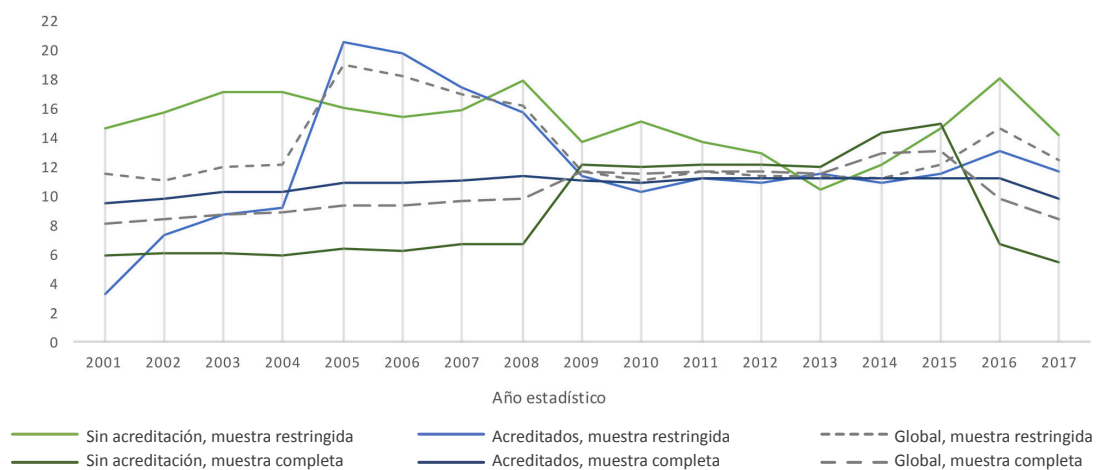


Figura 4. Promedio diario de egresos por estatus de acreditación, 2001-2017

El promedio de días de estancia (sin considerar egresos obstétricos ni psiquiátricos) muestra un comportamiento similar a los egresos para los primeros años en el análisis, aunque en los años recientes ha tendido a incrementarse en los hospitales de la muestra reducida, incluso para el subconjunto de hospitales acreditados. Los hospitales acreditados en la muestra amplia exponen una tendencia estable a partir de 2009, ligeramente al alza (Figura 5. Promedio de días de estancia, excluyendo egresos obstétricos y psiquiátricos, por estatus de acreditación, 2001 - 2017). De acuerdo con

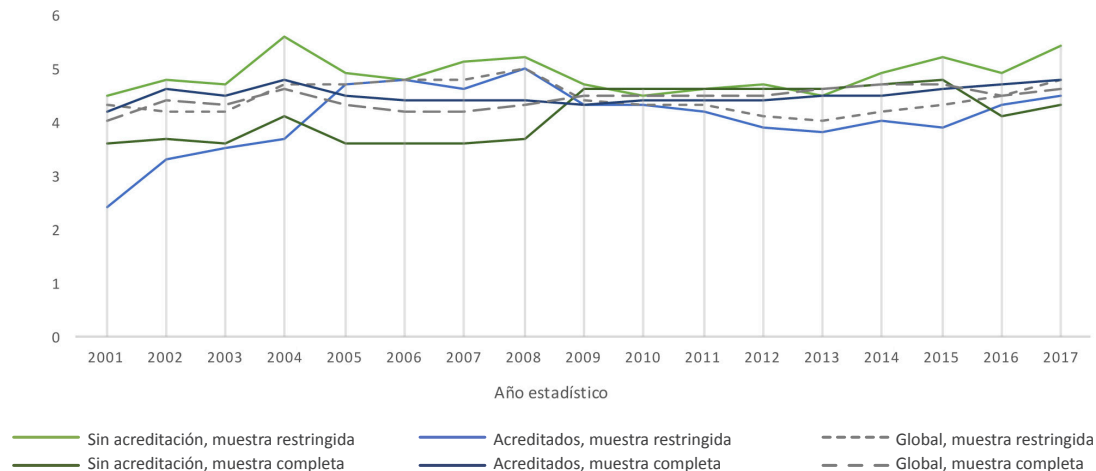


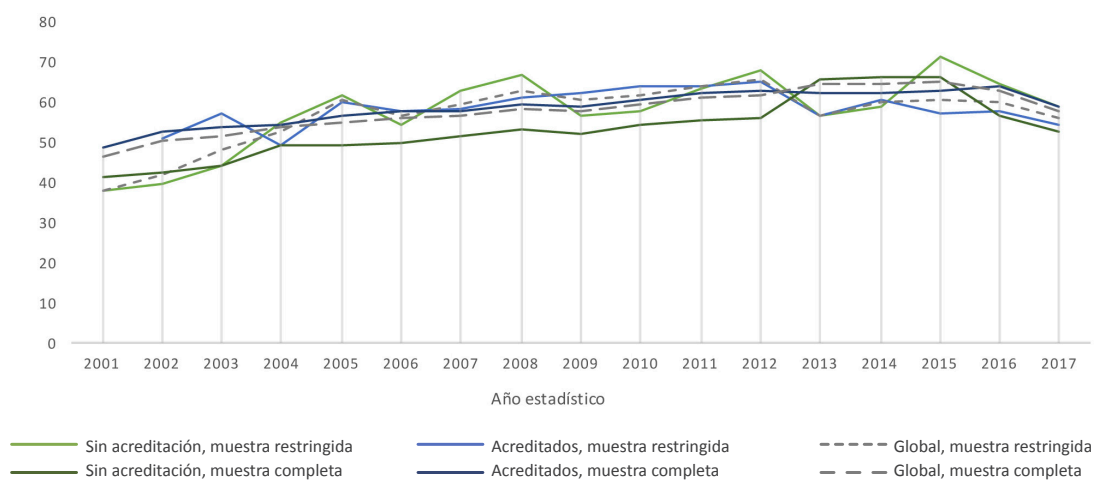
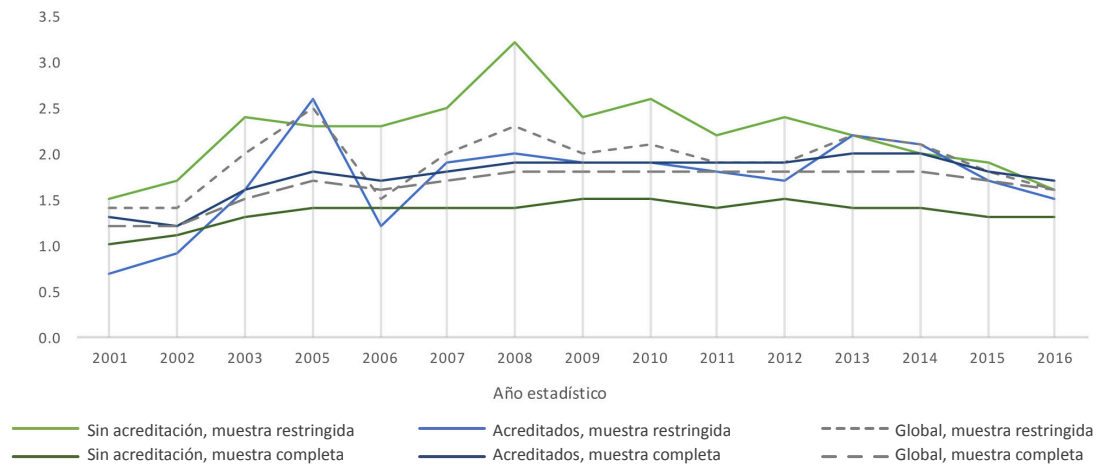
Figura 5. Promedio de días de estancia, excluyendo egresos obstétricos y psiquiátricos, por estatus de acreditación, 2001 - 2017

lo señalado previamente, incrementos en este indicador sugieren retos en la calidad de la atención, con posibles mayores complicaciones en los usuarios.

El promedio de cirugías por escenario quirúrgico mantiene una tendencia decreciente, a lo largo de casi todo el periodo en los hospitales acreditados (Figura 6. Promedio diario de cirugías por escenario, según estatus de acreditación; 2001-2016). Se observa una caída en periodos más recientes, tanto en hospitales acreditados como en no acreditados, salvo que en estos últimos la caída inició antes. Los hospitales no acreditados mantienen niveles estables en la muestra amplia.

El porcentaje de ocupación muestra una tendencia creciente a lo largo de casi todo el periodo de estudio, tanto en hospitales acreditados como en no acreditados, con una tendencia a la baja desde 2015 (Figura 7. Porcentaje de ocupación según estatus de acreditación, 2001-2017). No obstante, se observan valores promedio muy por debajo del recomendable de 85%; esta reducida productividad podría señalar problemas estructurales que limitan la capacidad de los establecimientos para proveer atención a la salud.

La razón enfermeras por médico de contacto se ha mantenido prácticamente sin fluctuaciones en todos los establecimientos desde 2003. Se observa una tendencia creciente en los primeros dos periodos de estudio. Es importante tener en cuenta que el indicador es el cociente del número de enfermeras y del número de médicos en un hospital, por lo que este resultado indica que tanto el personal médico como el de enfermería aumentan simultáneamente (Figura 8. Razón de enfermeras por médico de contacto por estatus de acreditación, 2001 - 2017).



Indicadores de efectividad

La tasa de mortalidad general intrahospitalaria (excluyendo egresos obstétricos) no presenta cambios de magnitud importante a lo largo del periodo en los hospitales acreditados, manteniéndose entre 30 y 35 defunciones por cada mil egresos. Los hospitales no acreditados, a diferencia de los acreditados, muestran niveles distintos entre la muestra restringida y la muestra amplia; llama la atención que, en la muestra

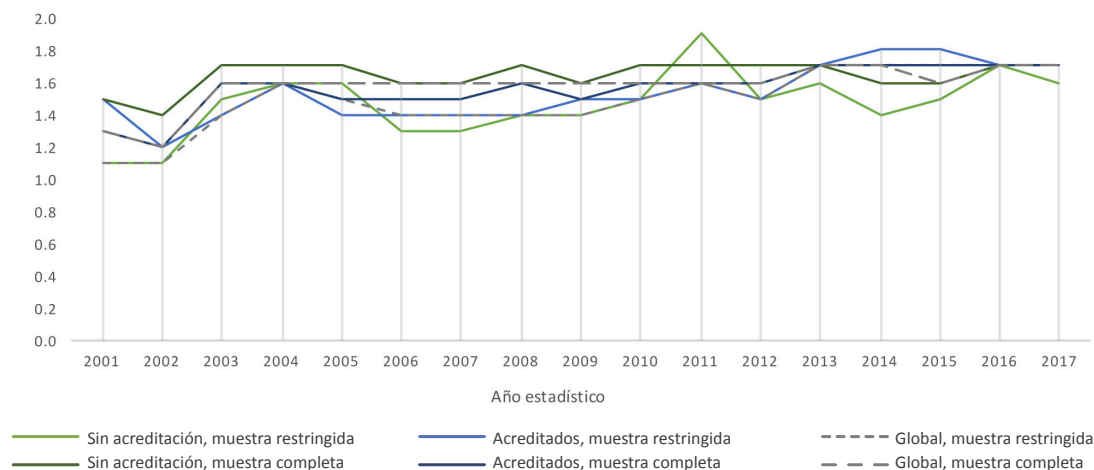


Figura 8. Razón de enfermeras por médico de contacto por estatus de acreditación, 2001 - 2017

restringida, los hospitales acreditados muestran niveles más bajos, mientras que en la muestra amplia ocurre de forma inversa: son los no acreditados los que muestran menores tasas.

Un escenario similar se observa para la tasa de mortalidad por infarto agudo al miocardio (en egresos no obstétricos), en el sentido de no observarse diferencias en la tasa a lo largo del periodo, tanto en los hospitales acreditados, como en los hospitales no acreditados, al considerar la muestra amplia. No se observan diferencias entre los

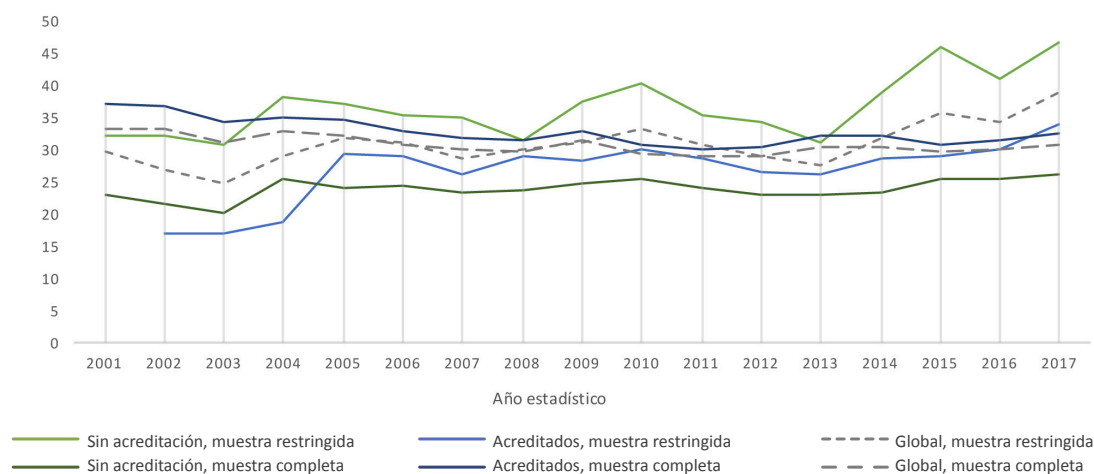


Figura 9. Tasa de mortalidad general intrahospitalaria por estatus de acreditación, 2001-2017

hospitales acreditados y no acreditados, considerando la muestra amplia; en ambos subconjuntos, la tasa se mantiene entre 25 y 35 defunciones por cada 100 egresos. Llama la atención la caída en la tasa entre 2003 y 2006 en los hospitales de la muestra restringida.

Sobre la mortalidad hospitalaria por diabetes mellitus, la tasa estimada sugiere que la misma se ha mantenido relativamente constante entre 2001 y 2017. En la muestra amplia, los hospitales acreditados muestran niveles de la tasa de mortalidad por DM-2 inferiores a los observados en los hospitales no acreditados. Por el contrario, en la muestra restringida sucede al revés.

El indicador de atención médica efectiva del sistema Indicas es consistente con los resultados previos, con una tendencia relativamente estable entre 2013 y 2017, y resaltando asimismo que este indicador resulta, incluso el valor de diciembre de 2017 es menor al observado en abril de ese mismo año, para los hospitales acreditados. En los periodos finales en los hospitales acreditados se observa una tendencia ligeramente decreciente.

Indicadores de seguridad

El análisis se reporta tanto para la tasa de bacteremia como afección secundaria, como para la tasa de bacteremia como afección principal. En tanto que las secundarias consideran en particular infecciones resultantes de procedimientos invasivos desarrollados en los hospitales, la bacteremia primaria refleja en lo general infecciones nosocomiales.

Respecto de la tasa de bacteremia secundaria, indicador que se espera tienda a 0, las cifras disponibles (hasta 2015), señalan una importante reducción de forma gene-

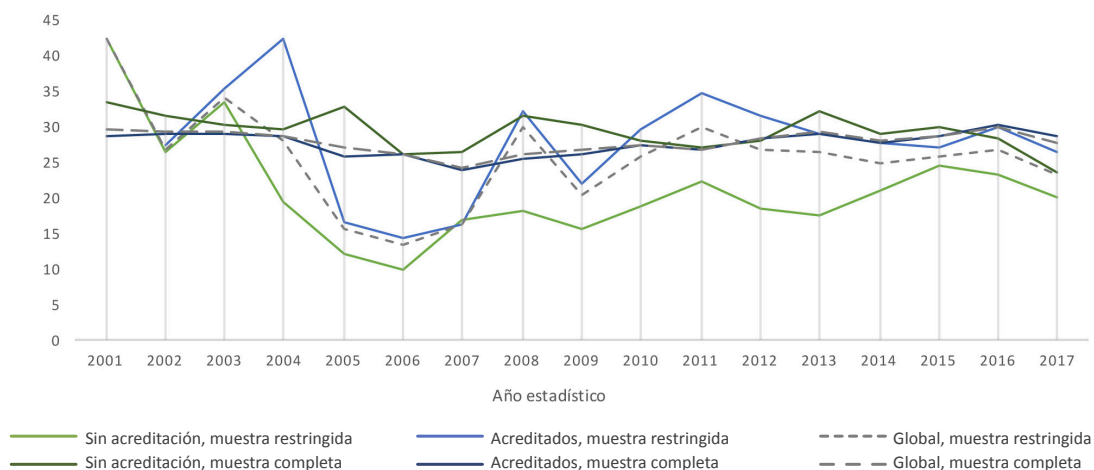


Figura 10. Tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo al miocardio según estatus de acreditación, 2001-2017

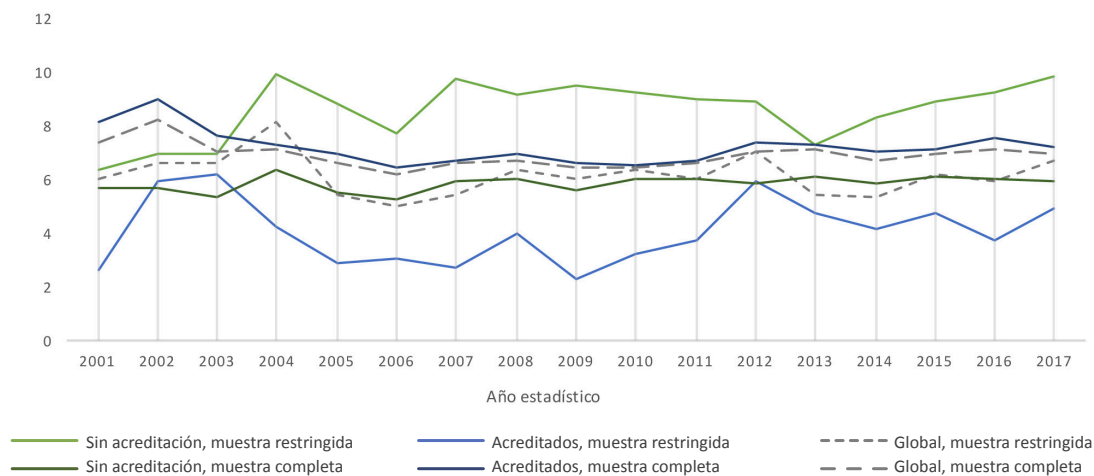


Figura 11. Tasa de mortalidad intrahospitalaria por diabetes mellitus según estatus de acreditación, 2000-2017

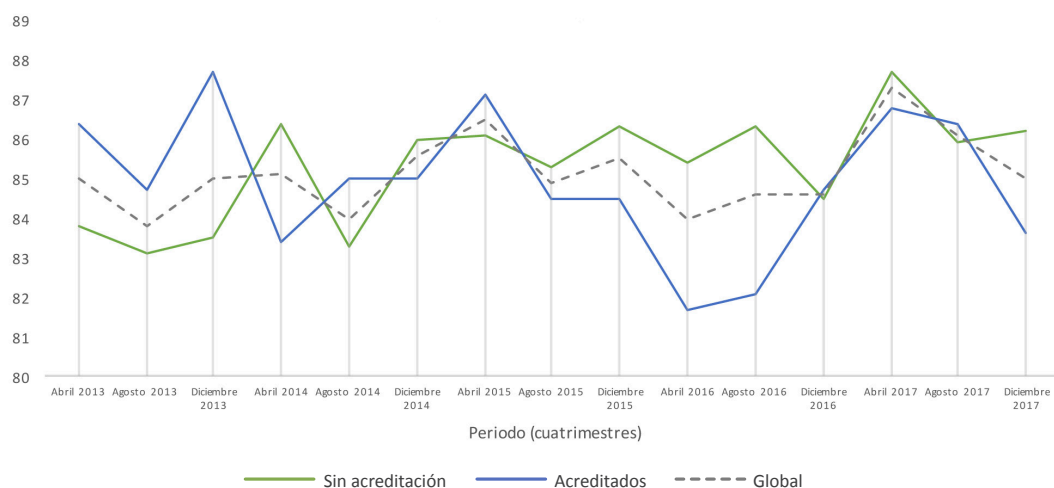


Figura 12. Atención médica efectiva en hospitales seleccionados, 2013-2017

ral entre 2011 y 2013, con evidencia de repunte para 2015. Este resultado se presenta de forma similar entre hospitales acreditados y no acreditados, esto es, no parece relacionado con la acreditación.

Por su parte, la tasa de bacteremia como afección primaria muestra una tendencia ascendente de 2001 a 2017, con un incremento adicional de 2013 a 2016, si bien el valor para 2017 sugiere una ruta a la baja. El comportamiento no parece relacionado con la acreditación, ya que es similar para hospitales acreditados y no acreditados, si bien con mayores fluctuaciones en los no acreditados.

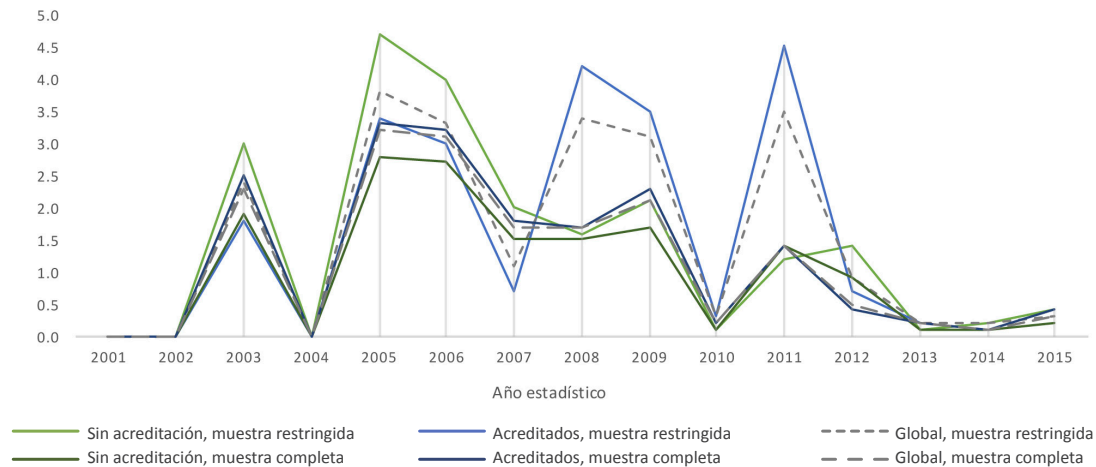


Figura 13. Tasa de bacteremia secundaria por estatus de acreditación, 2001-2015

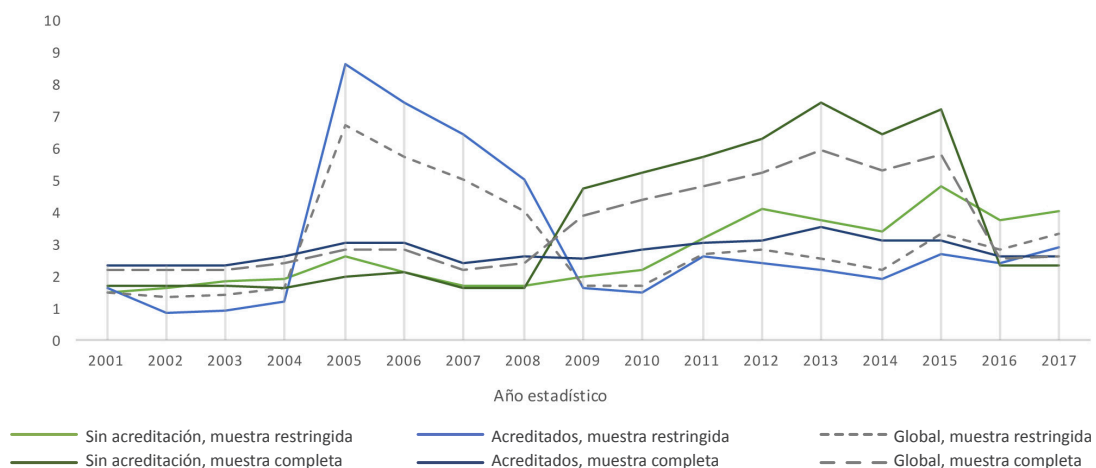


Figura 14. Tasa de bacteremia primaria por estatus de acreditación, 2001-2017

Indicadores de enfoque en pacientes

El trato digno en los hospitales seleccionados muestra una tendencia decreciente de 2013 a 2017 de forma general y más pronunciada para los establecimientos acreditados. Para este indicador, y todos los provenientes del Indicas, sólo se muestra información de la muestra amplia porque no existen suficientes observaciones la muestra restringida.

Un escenario relativamente mejor ocurre para el trato digno para el servicio de urgencias, que se mantiene relativamente estable en el periodo, con un incremento marginal en los establecimientos acreditados.

De forma consistente, el indicador de organización de los servicios también se observa relativamente estable en el periodo, sin tendencia al alza como se esperaría por la acreditación.

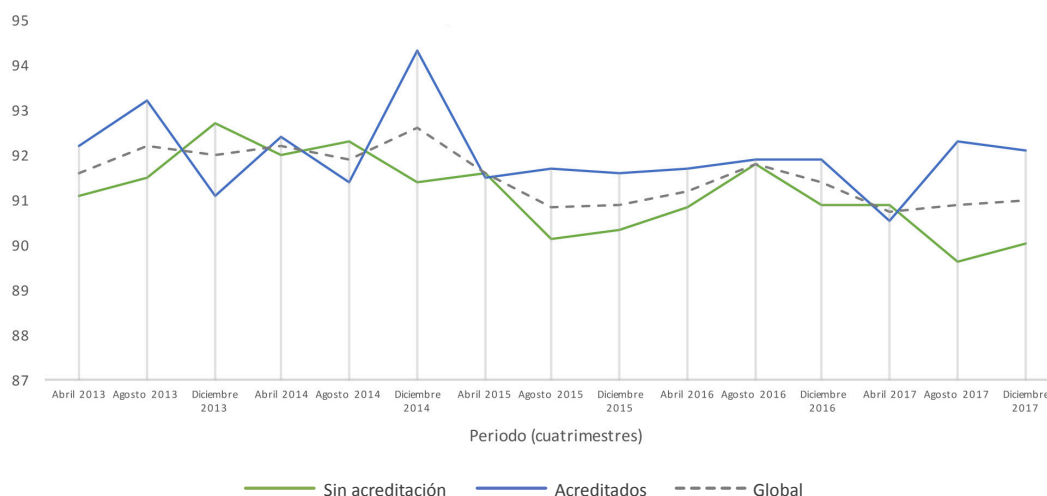


Figura 15. Trato digno en hospitales seleccionados, 2013-2017

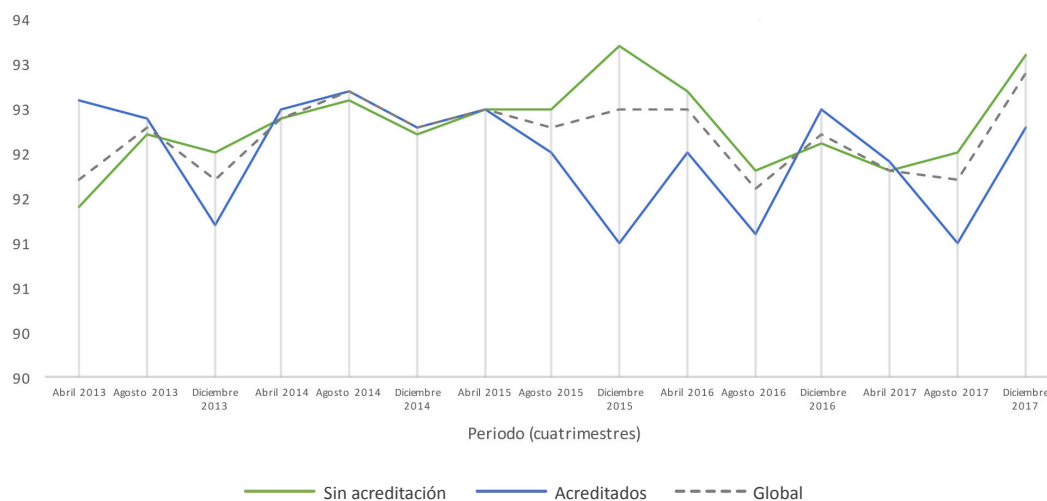


Figura 16. Trato digno en servicios de urgencias en hospitales seleccionados, 2013-2017

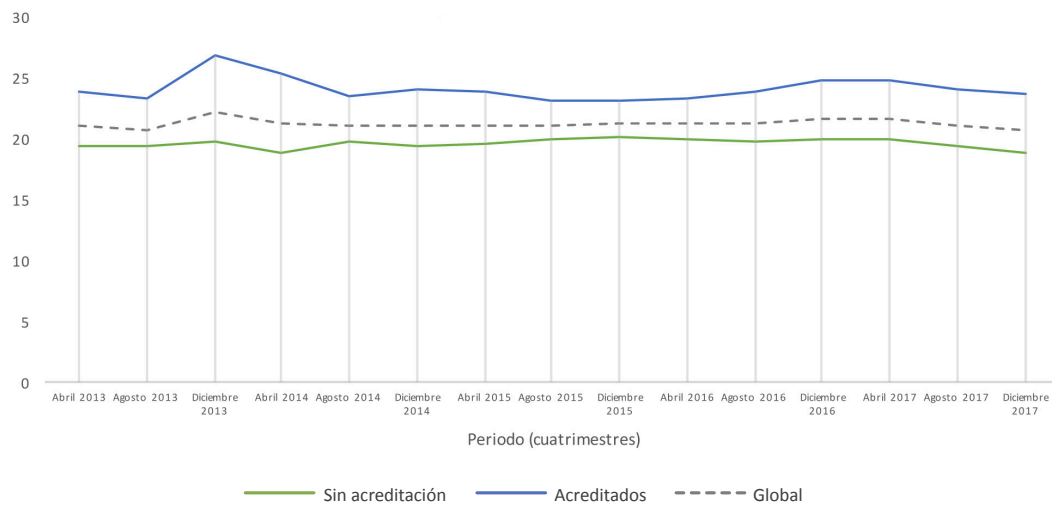


Figura 17. Organización de los servicios en hospitales seleccionados, 2013-2017

Cambios en los establecimientos acreditados y no acreditados

A continuación, se presenta un análisis gráfico contrastando los resultados de los establecimientos acreditados justo antes y después de la acreditación. En tanto que este análisis no permite estimar la efectividad de la acreditación (lo que se aborda en el apartado siguiente), sí ofrece una comparación descriptiva de los valores observados alrededor del proceso de acreditación, lo cual muestra indicios de la potencial magnitud y dirección del cambio en cada hospital y en cada indicador. El punto de corte es la búsqueda de la acreditación, por lo que se incluyen tanto hospitales que lograron dicha acreditación, como hospitales que no la lograron. Sólo fueron considerados en este análisis descriptivo a los hospitales de la muestra reducida, para quienes sabemos la fecha de la búsqueda de la acreditación.

El cambio se mide respecto de la línea de 45° (línea punteada): los puntos por arriba de la línea muestran un incremento en el indicador y viceversa, los puntos que aparecen por debajo de la línea punteada exhiben una caída del indicador. La magnitud se mide verticalmente respecto de la línea de 45°.

En el caso de los hospitales acreditados, los círculos no tienen color en el interior, los hospitales se estratifican por tipo de hospital y cédula, y se identifican por colores; el tamaño del círculo es proporcional al número de años desde la acreditación. En el caso de los hospitales no acreditados, el círculo es negro y sólido, agrega a todos los hospitales sin distinguir el tipo, y el diámetro del círculo es arbitrario.

De manera general, se observa que los hospitales se distribuyen sin alejarse mucho de la línea punteada, lo que indica que no se observan grandes cambios en los indicadores tras la búsqueda de la acreditación. Si la acreditación hubiera representado un cambio consistente entre los establecimientos acreditados, lo que se observaría es que los círculos sin color se ubicarían claramente en uno de los lados de la línea punteada y distanciando de la misma.

Del promedio diario de egresos (figura 18), se observa una distribución de los círculos sin color, tanto por abajo como por arriba de la línea punteada, lo que señala que no hay un cambio consistente. Asimismo, la mayoría de los círculos sin color se ubican sobre la misma línea, es decir, no tuvieron cambios en el indicador posterior a la acreditación.

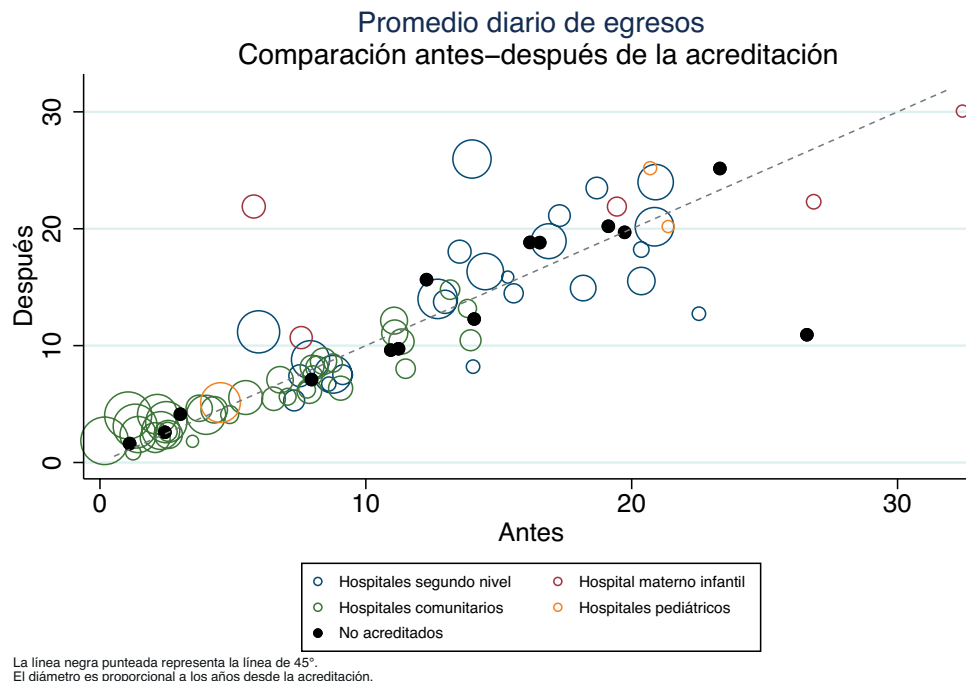


Figura 18. Cambio en el promedio diario de egresos con relación al evento de búsqueda de la acreditación

En términos de la razón de enfermeras por médico (figura 19), el patrón es similar, con la mayoría de los círculos sin color se observan sobre la línea punteada, es decir, sin cambios a partir de la acreditación, y de los que se distancian de la misma, hay tanto por abajo como por arriba.

Por lo que se refiere a los días de estancia (figura 20), el resultado es similar, con la amplia mayoría de los círculos sin color ubicados sobre la línea punteada lo que indica ausencia de cambios.

Mismo panorama se observa en la figura 20, en relación con el promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico con los círculos sin color ubicados sobre la línea punteada, señalando la ausencia de cambios en el indicador a partir de la acreditación.

El porcentaje de ocupación (figura 21) muestra un patrón diferente en cuanto a que se observan cambios, pero los mismos no son consistentes: se distribuyen tanto por arriba como por debajo de la línea punteada, lo que sugiere que la acreditación no produce un tipo de cambio en particular.

Sobre las tasas de mortalidad, para la general y la relacionada con diabetes (figuras 23 y 25), el comportamiento muestra ausencia de cambios con la mayoría de los círculos sin color sobre la línea punteada, en tanto que para la mortalidad por IAM hay cambios, pero tanto aumentos como decrementos en la misma, esto es, un patrón no consistente (figura 24).

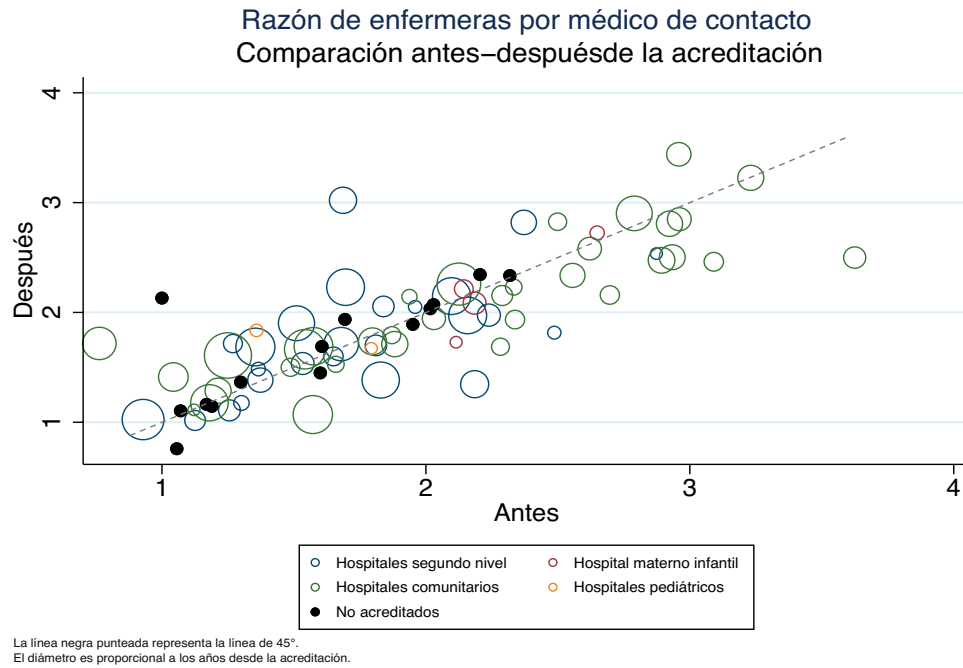


Figura 19. Cambio en razón de enfermeras por médico de contacto en relación con el evento de búsqueda de la acreditación

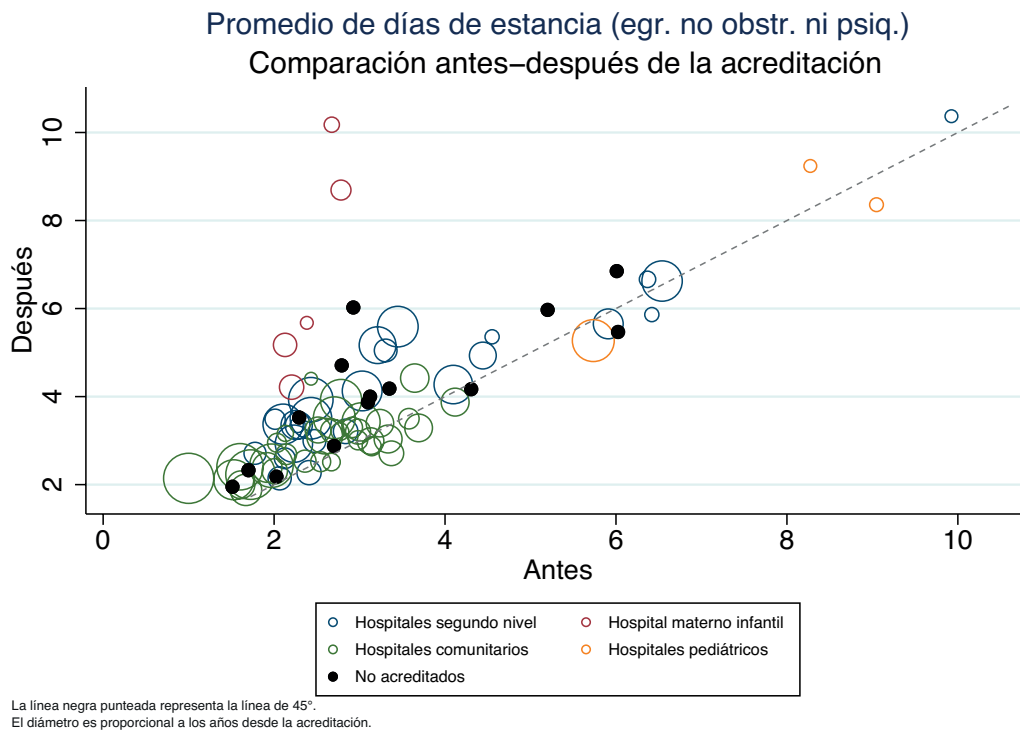


Figura 20. Cambio en promedio de días de estancia en relación con el evento de búsqueda de la acreditación

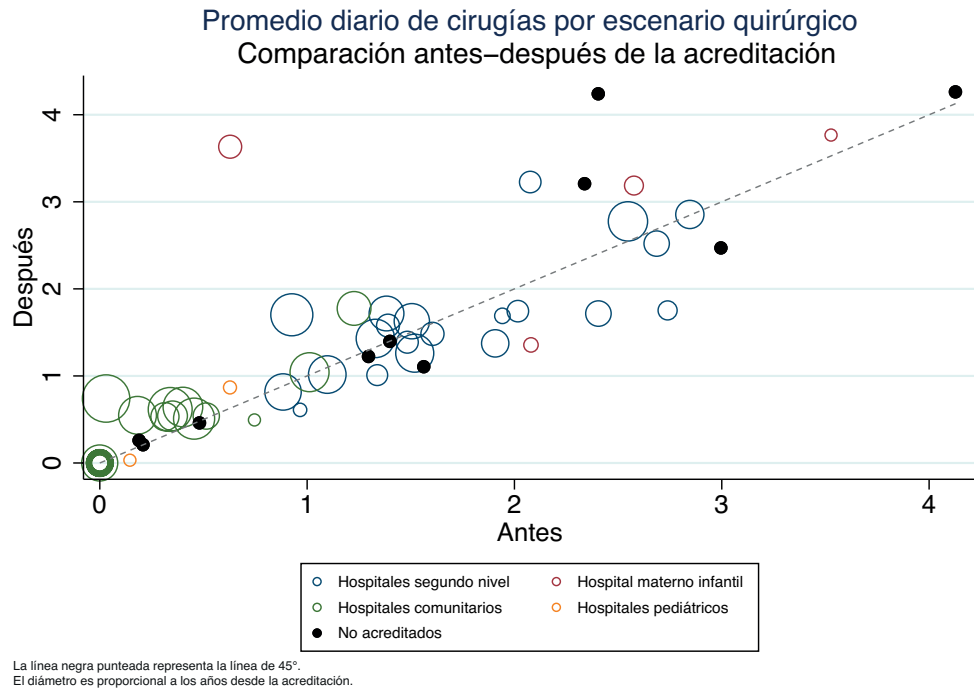


Figura 21. Cambio en promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico en relación con el evento de búsqueda de la acreditación

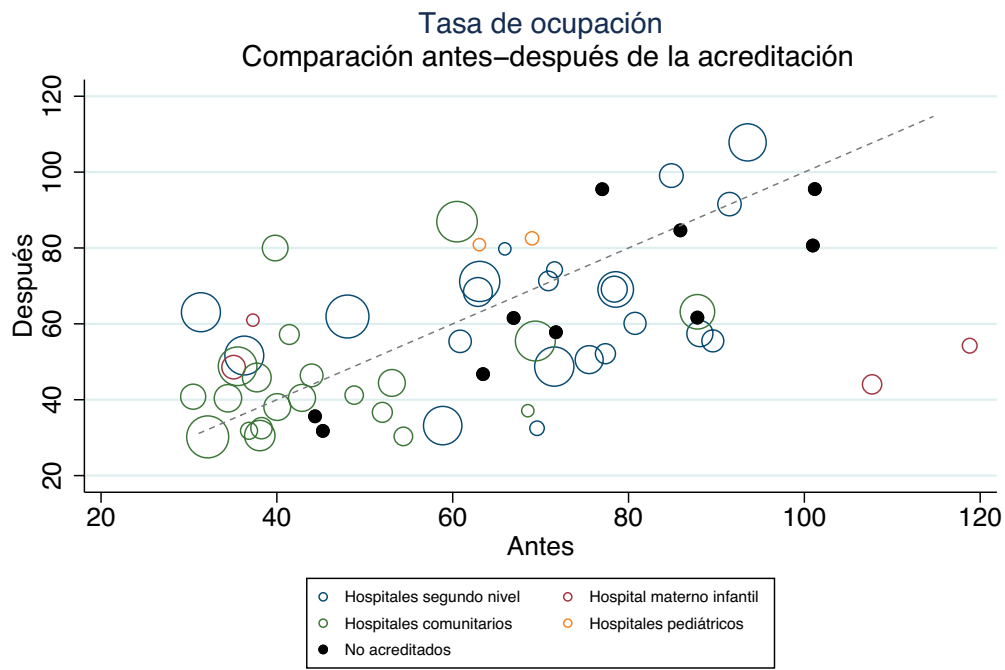


Figura 22. Cambio en porcentaje de ocupación en relación con el evento de búsqueda de la acreditación

En las figuras 26 y 27 se muestra que, para la tasa de bacteremias, el comportamiento sugiere ausencia de cambios.

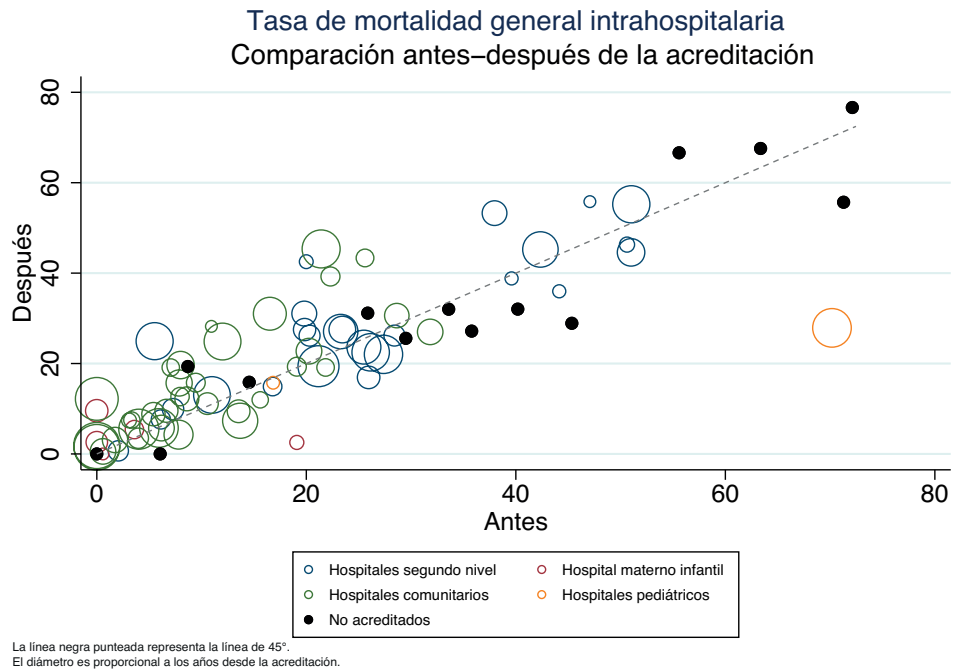


Figura 23. Cambio en tasa de mortalidad general intrahospitalaria al evento de búsqueda de la acreditación

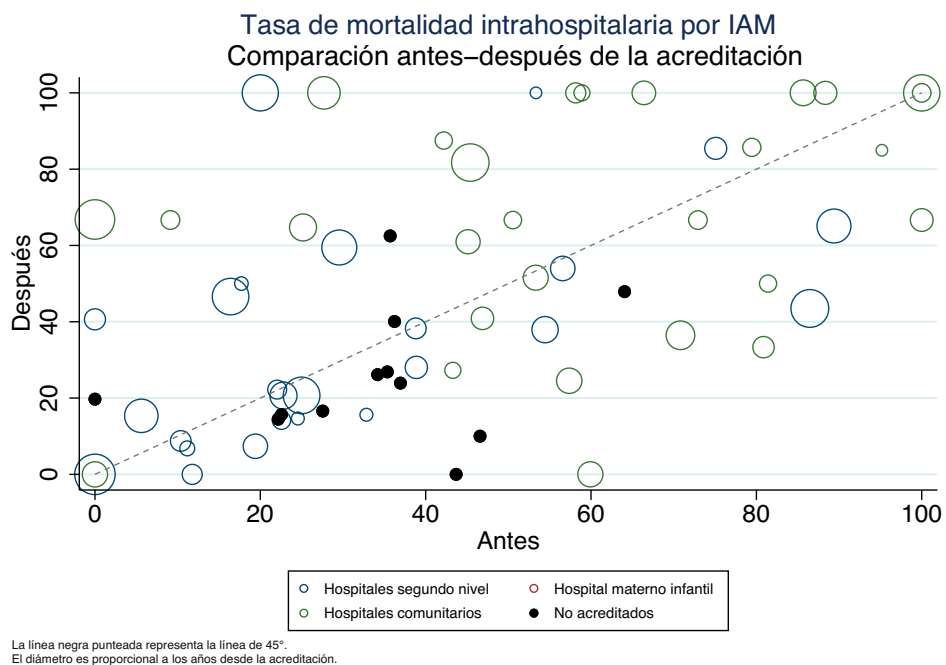


Figura 24. Cambio en tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM al evento de búsqueda de la acreditación

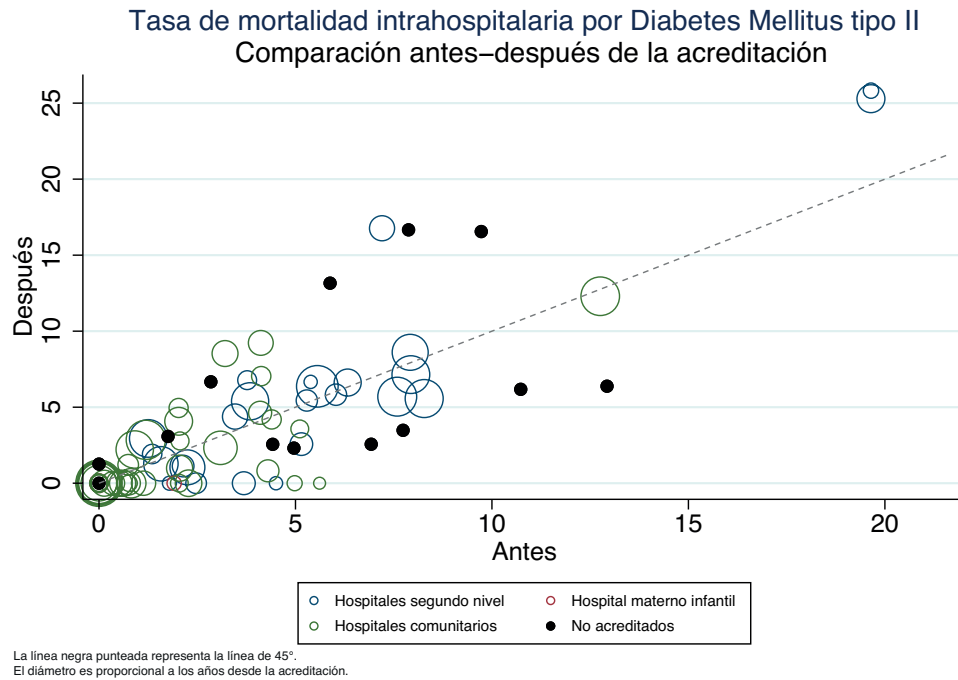


Figura 25. Cambio en tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 al evento de búsqueda de la acreditación

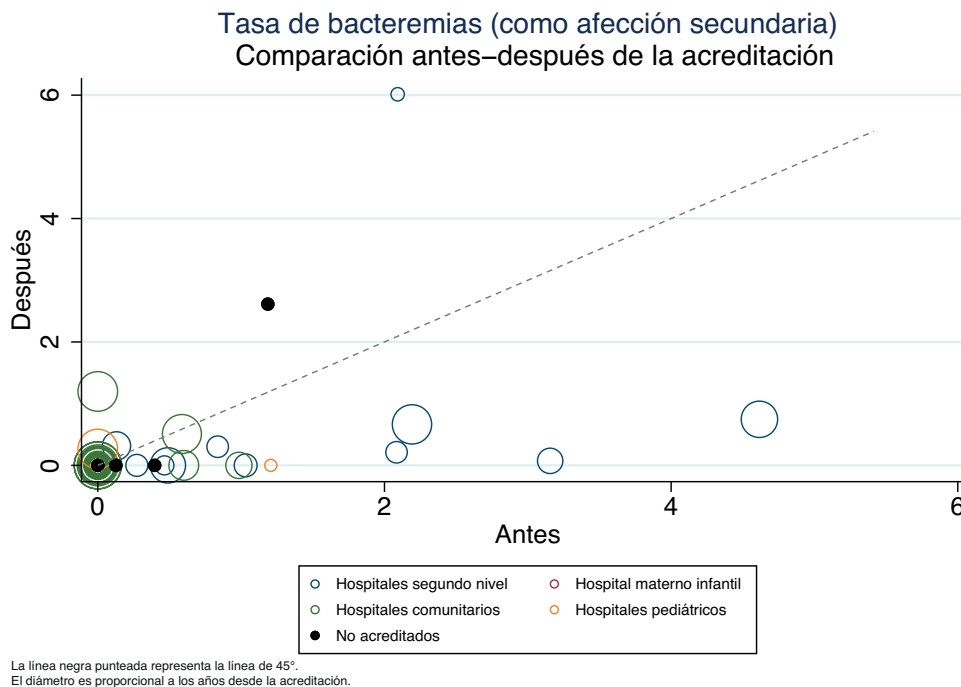


Figura 26. Cambio en tasa de bacteremia como afección secundaria en relación con el evento de búsqueda de la acreditación

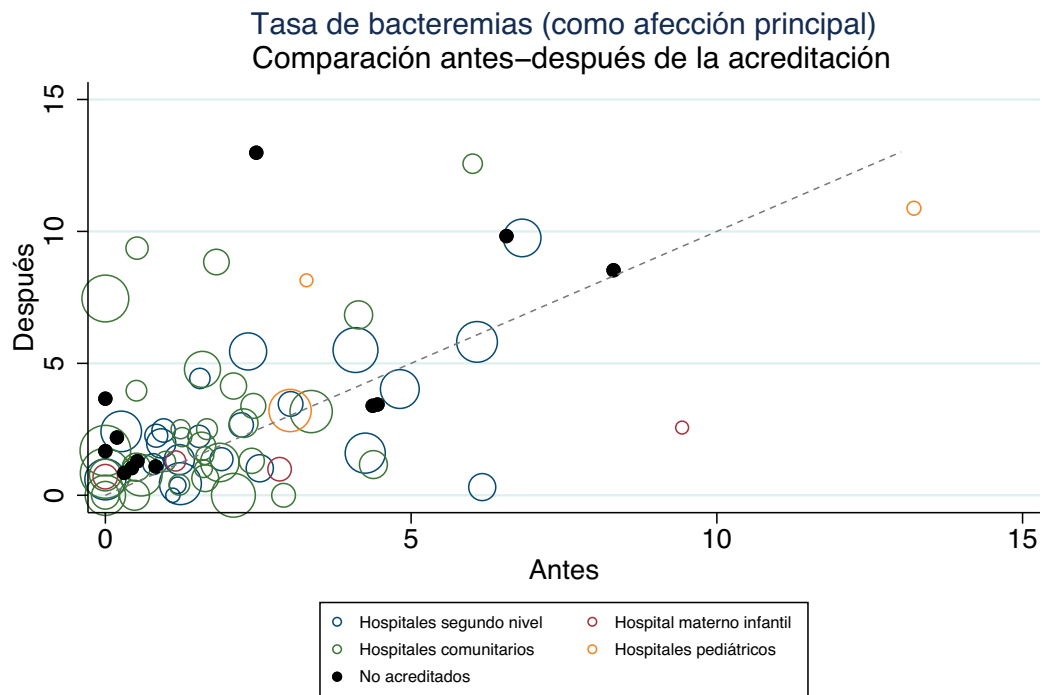


Figura 27. Cambio en tasa de bacteremia como afección primaria en relación con el evento de búsqueda de la acreditación

Estimación de la efectividad de la acreditación en indicadores de desempeño y resultados

De acuerdo con lo señalado en la sección metodológica, el análisis sobre la efectividad de la acreditación se realizó a través de la implementación de dos abordajes metodológicos y con dos universos de análisis. Esto es, mediante la implementación de pareamiento por puntaje de propensión y de series de tiempo interrumpidas, y considerando al subconjunto de establecimientos con información detallada sobre el proceso de acreditación, y al universo completo de hospitales de segundo nivel en el país. Para la presentación de resultados, estos dos universos de análisis se denominan universo restringido y universo completo, respectivamente.

Es importante señalar que al presentarse un conjunto amplio de indicadores (14), para cada uno de los cuales se muestran los resultados de dos metodologías, cada una con dos universos de análisis, y con diferentes alternativas de comparación, la intención es identificar patrones en los resultados, más que describir con detalle cada uno de los resultados.

Los resultados a continuación se presentan considerando para cada indicador los dos abordajes metodológicos (con sus diferentes grupos de comparación como se definieron en la metodología), y los dos universos de análisis.

Para cada indicador analizado se muestran en primera instancia los resultados obtenidos mediante el pareamiento por puntaje de propensión, tanto las estimaciones puntuales del posible efecto y el intervalo de confianza del mismo, como de forma gráfica el balance obtenido mediante el pareamiento, lo que permite mostrar el soporte común. Posteriormente, se hace el contraste con los resultados de los análisis de series de tiempo interrumpidas.

De igual forma, para el abordaje por pareamiento se muestra el posible efecto en el nivel de cada indicador en 2015, y posteriormente el posible efecto en el cambio del indicador entre 2013 y 2015. Para todas las estimaciones se grafica el balance entre los grupos, mostrando que el pareamiento permite alcanzar soporte común en lo general.

Promedio diario de egresos

El primer indicador analizado es el promedio diario de egresos hospitalarios, medida de productividad que se espera se incremente a partir de la acreditación. En el Cuadro

4. Resultado del promedio diario de egresos; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido se presentan inicialmente los resultados del pareamiento, considerando el universo restringido, mostrando resultado no significativo para el efecto en el nivel, y un impacto positivo cuando se analiza el cambio entre 2013 y 2015. En el Cuadro 5 se muestra la estimación del impacto promedio en el nivel y en el Cuadro 6 la estimación del impacto en el cambio entre 2013 y 2015 para el universo completo. El balance de los grupos se muestra en la figura 29 y la figura 30, para el nivel en 2015 y la diferencia respecto de 2013. Estos resultados, por el contrario, señalan un impacto positivo en el nivel de 2015, y negativo en relación con el cambio entre 2013 y 2015

Para el análisis de nivel, el resultado observado va en el sentido esperado, siendo significativo para 2 (o 3 si se considera la $p < 0.1$) de los 6 grupos de comparación propuestos.

Cuadro 4. Resultado del promedio diario de egresos; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido

	Nivel	Diferencia
Impacto	1.1	0.7***
Valor p	0.720	0.000
IC 95%	[-5.0 , 7.3]	[0.5 , 0.9]
Observaciones	90	69

Significancia estadística: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Cuadro 5. Resultado del promedio diario de egresos, niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	3.2***	2.1**	1.1	1.8	10.2*	1.6
Valor p	0.008	0.025	0.622	0.245	0.070	0.309
IC 95%	[0.8 , 5.5]	[0.3 , 3.9]	[-3.1 , 5.2]	[-1.2 , 4.8]	[-0.8 , 21.3]	[-1.5 , 4.8]
Observaciones	948	983	948	983	948	983

Significancia estadística: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

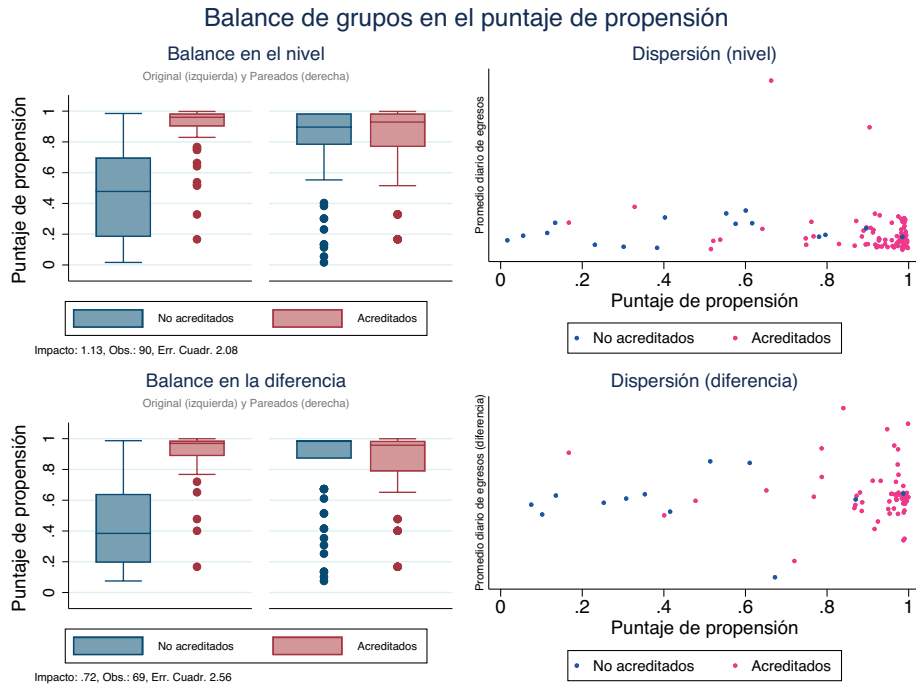


Figura 28. Balance de grupos para el promedio diario de egresos. Universo restringido

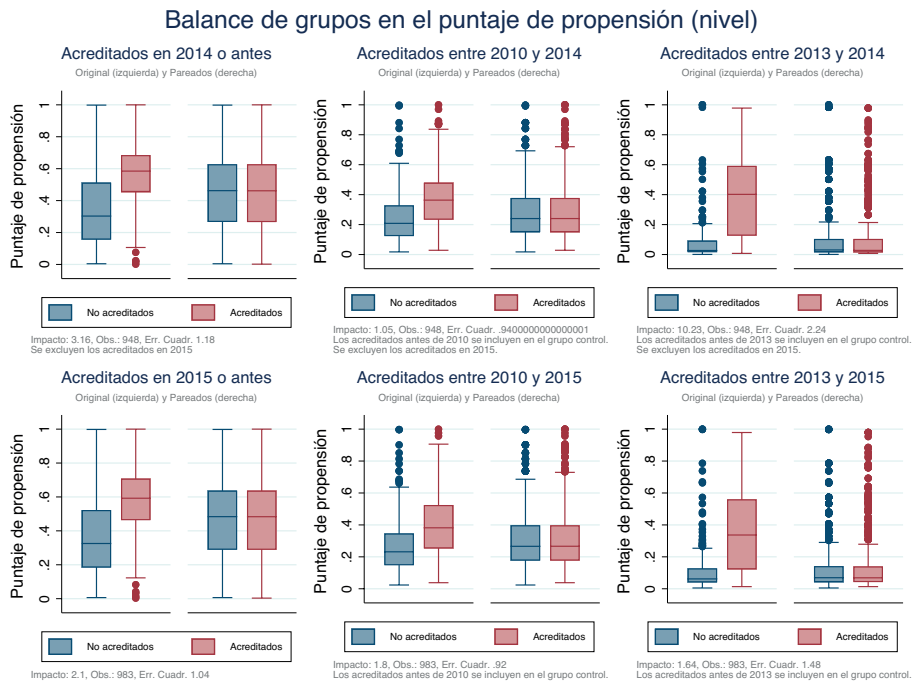


Figura 29. Balance de grupos para el promedio diario de egresos (nivel)

Como se observa en el Cuadro 6. *Resultado del promedio diario de egresos, diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión*, en los casos en que la estimación para el cambio entre 2013 y 2015 es significativo (4 de 6), éste se presenta en el sentido inverso al esperado, lo que sugeriría una reducción en la productividad, misma que potencialmente se relaciona con deficiencias estructurales.

Cuadro 6. Resultado del promedio diario de egresos, diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	-2.5***	-1.6***	-1.7***	-1.5***	0.3	0.3
Valor p	0.000	0.004	0.007	0.002	0.873	0.603
IC 95%	[-3.5, -1.5]	[-2.7, -0.5]	[-3.0, -0.5]	[-2.5, -0.5]	[-3.5, 4.1]	[-0.9, 1.5]
Observaciones	948	983	948	983	948	983

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

Balance de grupos en el puntaje de propensión (diferencia)

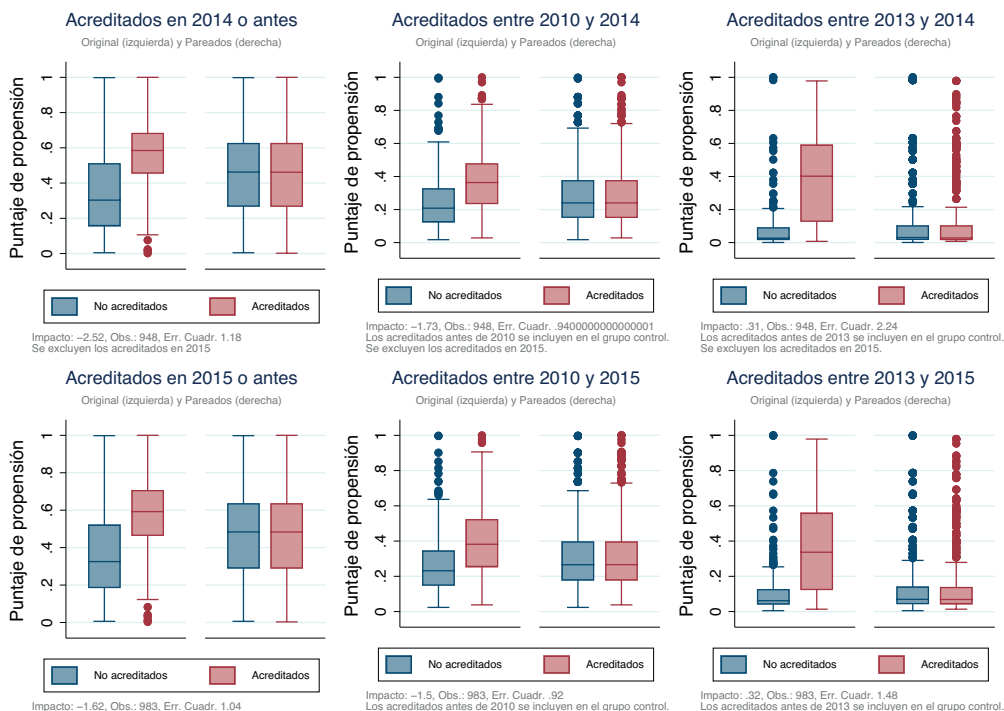


Figura 30. Balance de grupos para el promedio diario de egresos (diferencia)

El Cuadro 7. *Análisis en series de tiempo interrumpidas en el promedio diario de egresos* muestra los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 31 y figura 32, respectivamente.

Como se observa, cuando se analiza al universo completo se puede identificar el efecto en el sentido esperado (signo positivo) y significativo; sin embargo, la tendencia negativa implicaría que en el tiempo se tiende a una reducción en esta mayor productividad.

Cuadro 7. Análisis en series de tiempo interrumpidas en el promedio diario de egresos

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos ()	0.5*	0.5*	0.5***	0.5***
Valor p	0.091	0.093	0.000	0.000
IC 95%	[-0.1 , 1.1]	[-0.1 , 1.1]	[0.3 , 0.6]	[0.3 , 0.7]
Tendencia	0.2**	0.2*	-0.1**	-0.0*
Valor p	0.048	0.080	0.012	0.052
IC 95%	[0.0 , 0.5]	[-0.0 , 0.4]	[-0.1 , -0.0]	[-0.1 , 0.0]
Impacto	-1.1	-0.3	0.6**	0.5**
Valor p	0.120	0.757	0.031	0.043
IC 95%	[-2.5 , 0.3]	[-2.1 , 1.6]	[0.1 , 1.0]	[0.0 , 0.9]
Cambio de tend.	0.3	0.4	-0.1**	-0.2**
Valor p	0.563	0.377	0.032	0.016
IC 95%	[-0.7 , 1.2]	[-0.6 , 1.5]	[-0.2 , -0.0]	[-0.3 , -0.0]
Punto de partida	9.4***	9.6***	11.4***	11.3***
Valor p	0.000	0.000	0.000	0.000
IC 95%	[7.3 , 11.6]	[7.2 , 12.1]	[11.0 , 11.7]	[10.9 , 11.7]
Periodos	19	19	24	24
R cuadrada	0.647	0.645	0.884	0.877

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Egresos (): Retraso del promedio diario de egresos

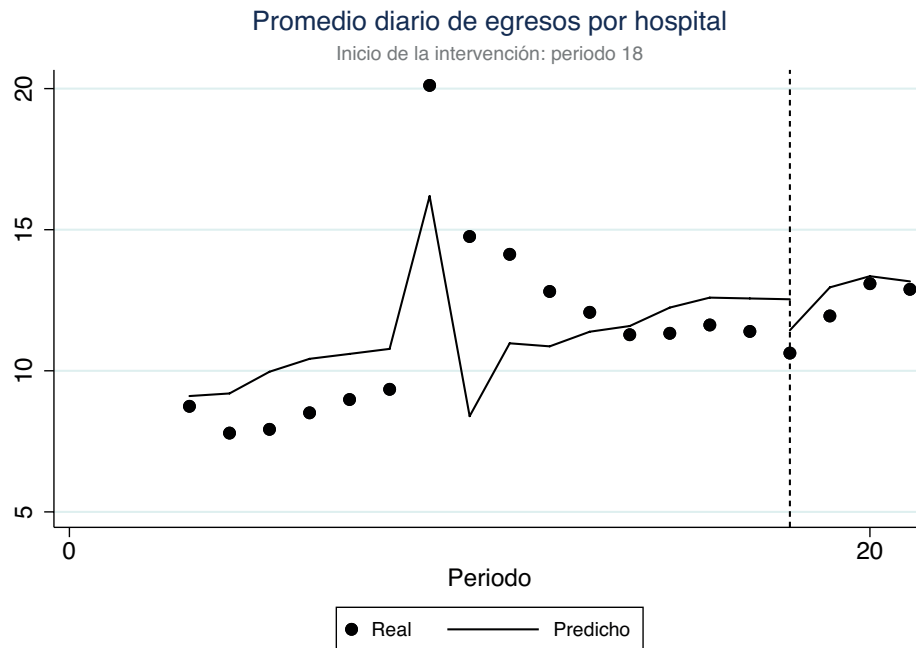


Figura 31. ASTI en el promedio diario de egresos; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

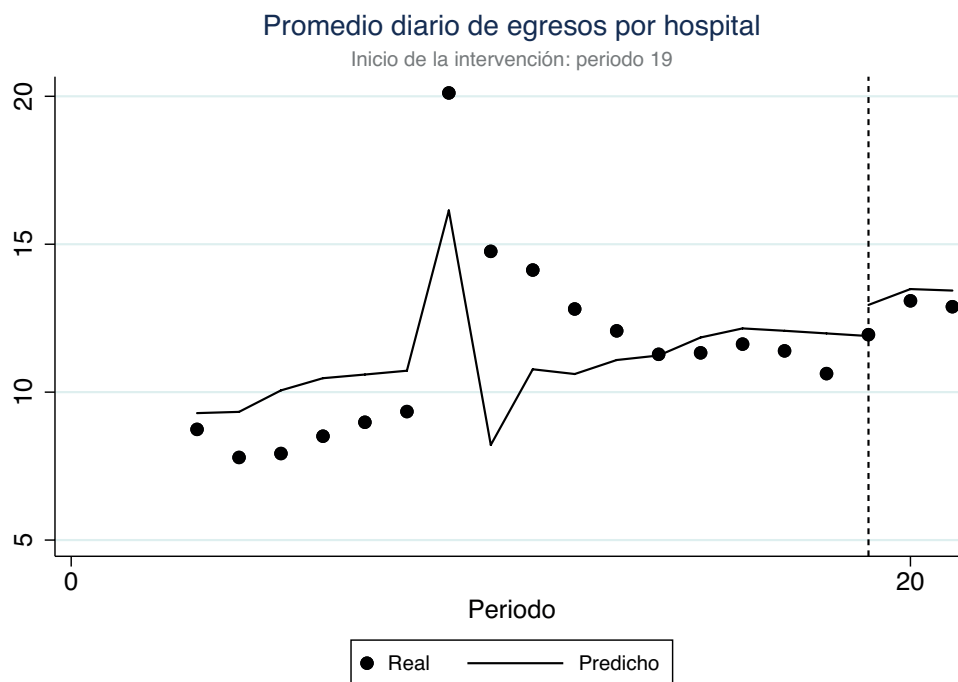


Figura 32. ASTI en el promedio diario de egresos; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

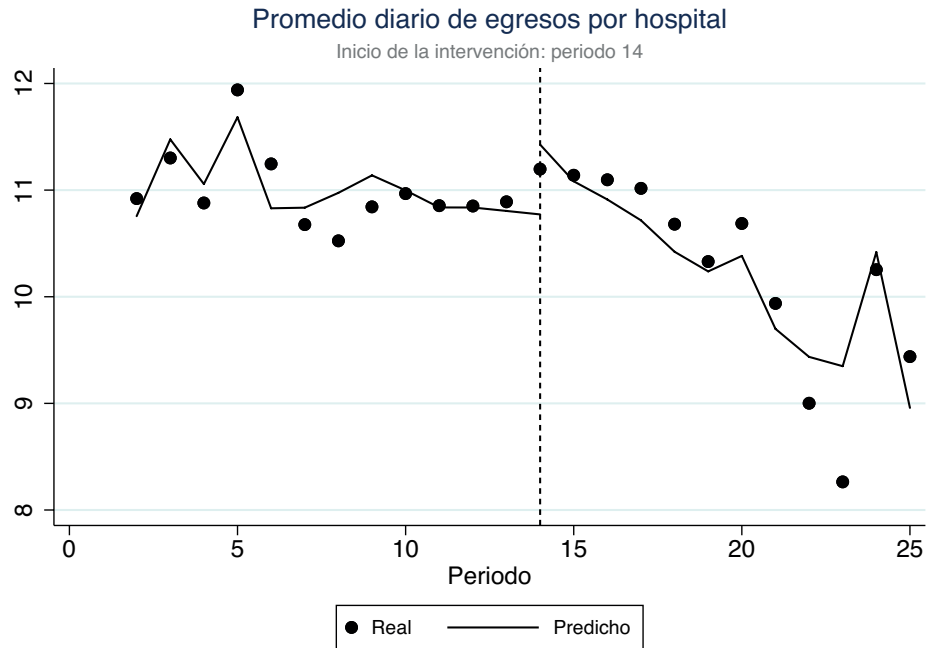


Figura 33. ASTI en el promedio diario de egresos; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

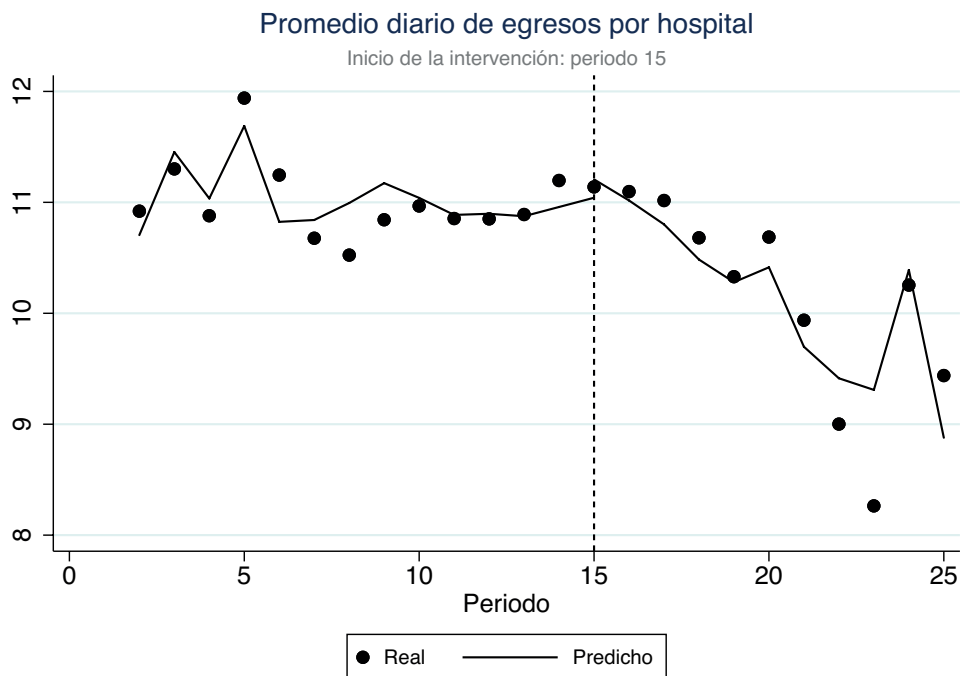


Figura 34. ASTI en el promedio diario de egresos; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

Los análisis señalan resultados mixtos entre los diferentes abordajes y universos. En tanto que para el análisis por pareamiento se observa un impacto positivo* en el nivel en 2015, es decir, que la acreditación aumenta el promedio diario de egresos, al analizar el cambio entre 2013 y 2015, el impacto resulta negativo. Por otra parte, el análisis de series de tiempo interrumpidas muestra un impacto positivo en el nivel del indicador posterior a la acreditación, pero con una disminución en la tendencia, esto es, tendencia negativa posterior a la acreditación.

Considerando los resultados en conjunto, lo que se observa es que no se cuenta con evidencia que permita asegurar que la acreditación está mejorando la productividad, e incluso podría asociarse con menor productividad. Este panorama implica que la acreditación no tiene un efecto claro sobre el comportamiento del promedio diario de egresos.

Promedio de días de estancia

A continuación, se presentan las estimaciones en relación con el impacto de la acreditación en el Promedio de días de estancia, en el mismo orden que los previos. Para este indicador de eficiencia, y como se señaló en la metodología, no es claro el sentido esperado para considerar un impacto favorable de la acreditación en este indicador. Esto es, en lo general, se esperaría que tienda a decrecer, si bien es posible un incremento inicial asociado con una mayor calidad en la atención.

Como se muestra en el Cuadro 8. *Resultado del promedio de días de estancia; pareamiento por puntaje de propensión*. Universo restringido, para el universo restringido no hay efecto en relación con el nivel, pero en la diferencia sí se observa una reducción significativa de 0.1 en el promedio de días de estancia.

En el Cuadro 9 se muestra la estimación del impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 10 el impacto en la diferencia respecto de 2013, considerando el universo completo. Como en el caso previo, se observa un impacto positivo en el nivel, pero negativo en el cambio. El balance de los grupos se muestra en la figura 36 y la figura 37, para el nivel en 2015 y la diferencia respecto de 2013, del promedio de días de estancia.

* El sentido del impacto, "positivo" o "negativo", se refiere al signo diferencia del promedio entre acreditados y no acreditados; esta diferencia es la definición de impacto, y se dice que es positivo (la diferencia y, por definición, el impacto) cuando es mayor a 0 y negativo cuando es menor a 0. No debe confundirse el signo de la diferencia con la interpretación del posible efecto; es decir, un impacto "positivo" indica, en este caso, que la acreditación tiene el efecto de incrementar el indicador en cuestión, pero no quiere decir necesariamente que la acreditación tiene efectos "positivos" en la atención hospitalaria o en la población.

Cuadro 8. Resultado del promedio de días de estancia; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido

	Nivel	Diferencia
Impacto	-0.4	-0.1*
Valor p	0.123	0.080
IC 95%	[-0.9, 0.1]	[-0.3, 0.0]
Observaciones	90	69

Significancia estadística: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

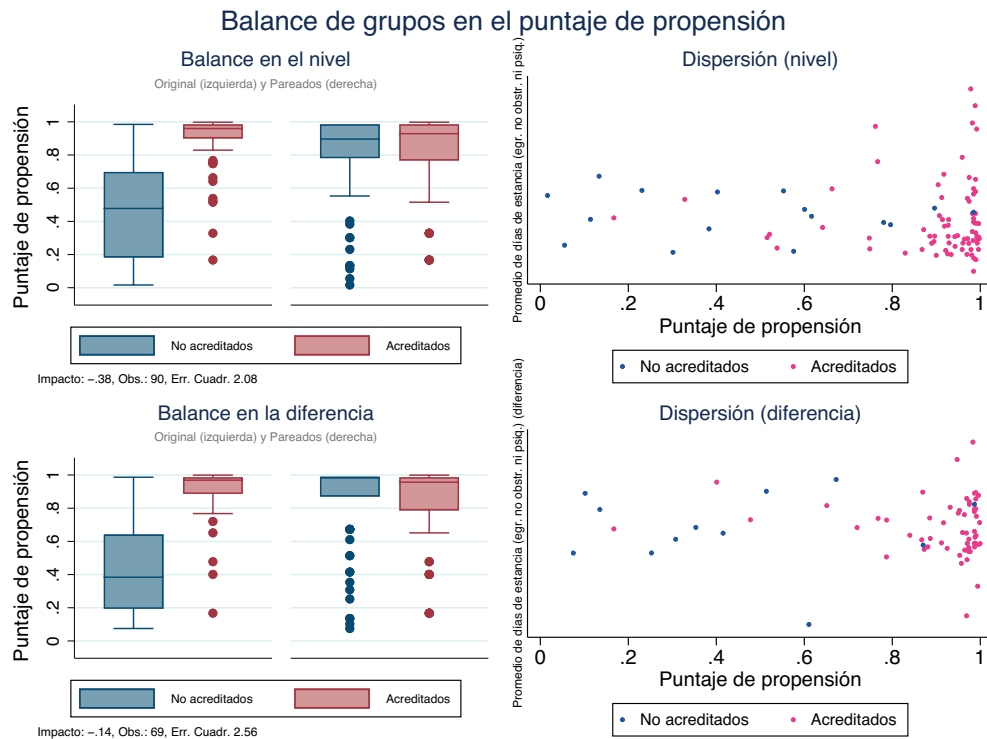


Figura 35. Balance de grupos para el promedio de días de estancia. Universo restringido

Cuadro 9. Resultado del promedio de días de estancia, niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	1.2	0.5	2.0***	1.0***	0.9	0.2
Valor p	0.170	0.144	0.000	0.008	0.469	0.703
IC 95%	[-0.5 , 2.8]	[-0.2 , 1.2]	[1.0 , 3.0]	[0.3 , 1.8]	[-1.5 , 3.4]	[-0.8 , 1.2]
Observaciones	940	975	940	975	940	975

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

Los resultados en el promedio de días de estancia son consistentes con lo observado en el promedio diario de egresos: el análisis de pareamiento y de STI sugieren que a partir de la acreditación se incrementa el promedio diario de egresos, lo que no es un resultado favorable.

En su conjunto, estos resultados señalan que la acreditación no ha incidido en el sentido esperado en este indicador.

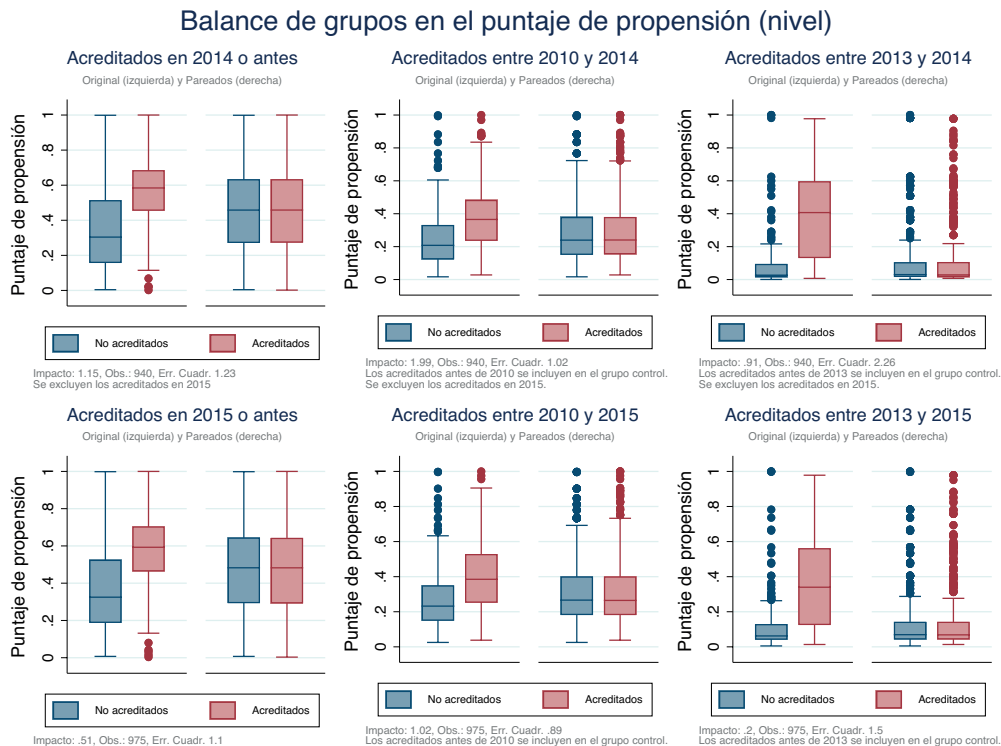


Figura 36. Balance de grupos para el promedio de días de estancia (nivel)

Cuadro 10. Resultado del promedio de días de estancia, diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	0.2**	-0.0	0.2	0.1	-0.5**	-0.3**
Valor p	0.038	0.890	0.502	0.762	0.027	0.022
IC 95%	[0.0 , 0.5]	[-0.5 , 0.4]	[-0.4 , 0.8]	[-0.4 , 0.5]	[-0.9 , -0.1]	[-0.6 , -0.0]
Observaciones	932	967	932	967	932	967
Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1						
^β Se excluyen los acreditados en el 2015.						

Balance de grupos en el puntaje de propensión (diferencia)

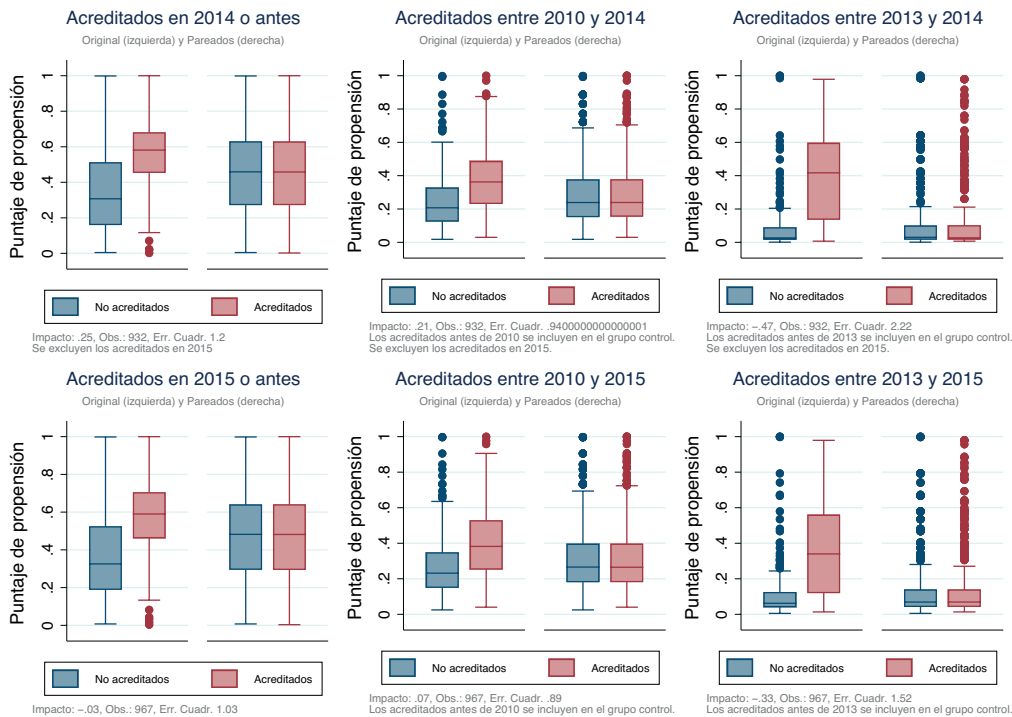


Figura 37. Balance de grupos para el promedio de días de estancia (diferencia)

El Cuadro 11 muestra los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 38 y la figura 39, respectivamente. En este caso, el análisis por STI señala incrementos tanto en el nivel como en la tendencia para ambos universos de análisis.

Cuadro 11. Análisis en series de tiempo interrumpidas en el promedio de días de estancia

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	0.1***	0.1***	-0.0	-0.0
Valor p	0.001	0.002	0.641	0.803
IC 95%	[0.0 , 0.1]	[0.0 , 0.1]	[-0.1 , 0.1]	[-0.1 , 0.1]
Tendencia	-0.0	0.0	-0.1***	-0.1***
Valor p	0.971	0.797	0.000	0.000
IC 95%	[-0.1 , 0.1]	[-0.0 , 0.1]	[-0.1 , -0.0]	[-0.1 , -0.0]
Impacto	0.1	-0.1	0.2***	0.2**
Valor p	0.442	0.500	0.001	0.040
IC 95%	[-0.2 , 0.5]	[-0.4 , 0.2]	[0.1 , 0.3]	[0.0 , 0.3]
Cambio de tend.	0.1	0.3***	0.1***	0.1***
Valor p	0.169	0.001	0.000	0.000
IC 95%	[-0.1 , 0.3]	[0.1 , 0.4]	[0.1 , 0.1]	[0.1 , 0.1]
Punto de partida	3.0***	3.0***	5.2***	5.1***
Valor p	0.000	0.000	0.000	0.000
IC 95%	[2.1 , 3.9]	[2.1 , 3.9]	[4.2 , 6.3]	[4.0 , 6.1]
Periodos	20	20	25	25
R cuadrada	0.711	0.713	0.947	0.946

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Egresos: Promedio diario de egresos

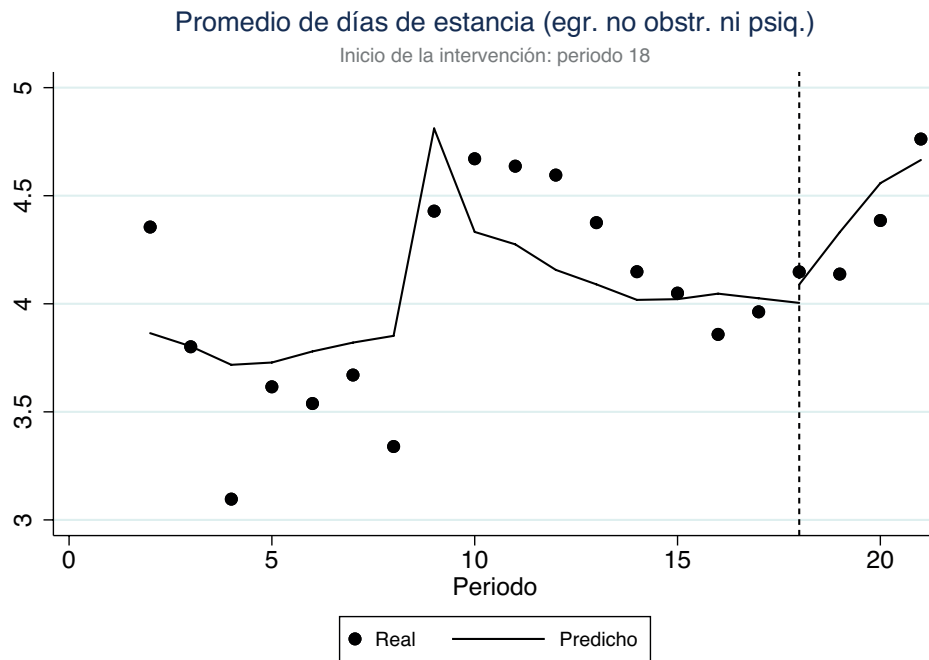


Figura 38. ASTI en el promedio de días de estancia; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

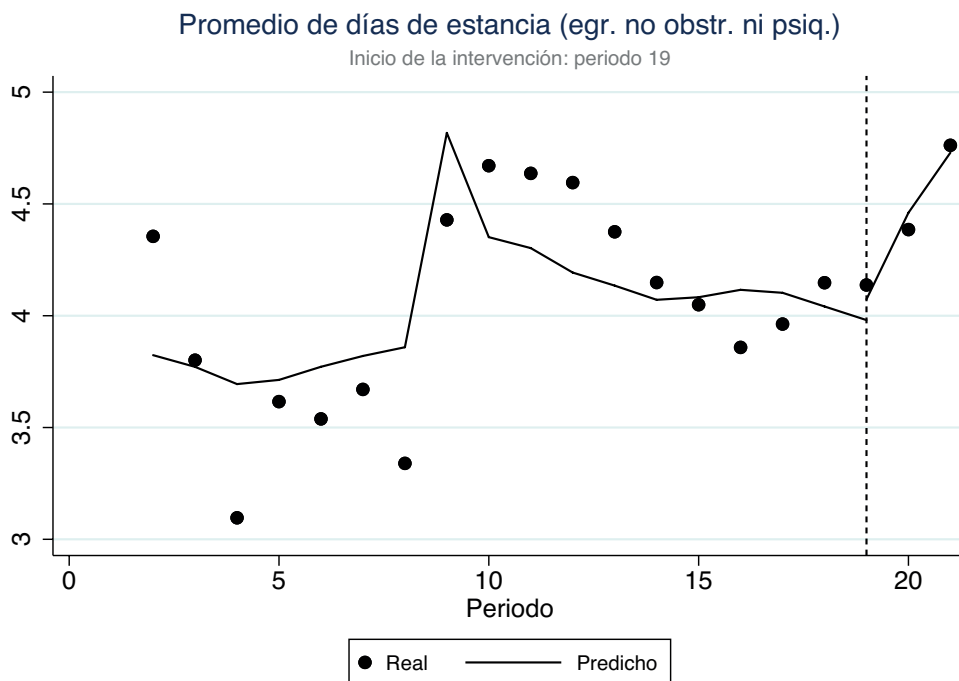


Figura 39. ASTI en el promedio de días de estancia; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

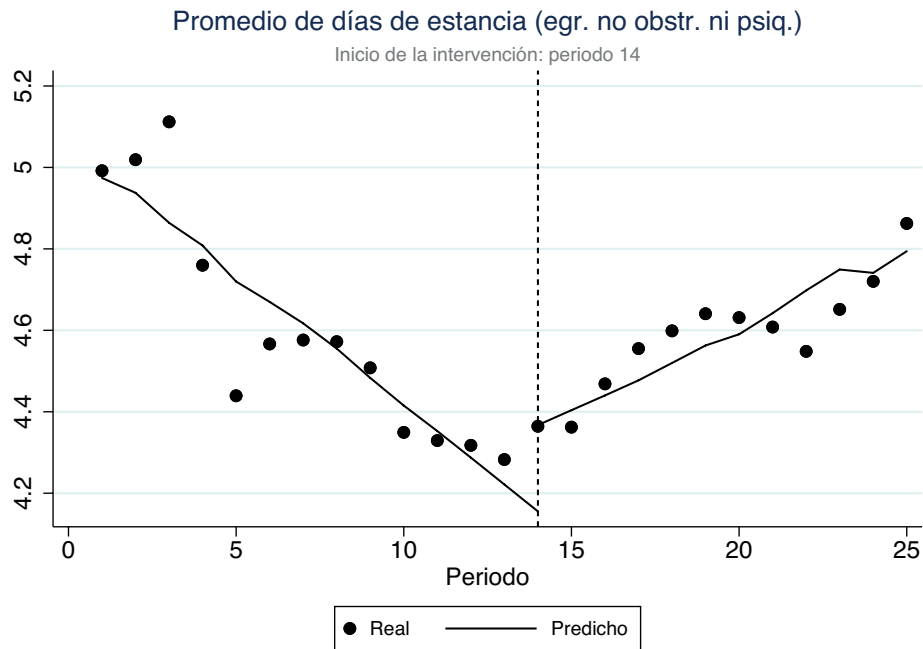


Figura 40. ASTI en el promedio de días de estancia; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

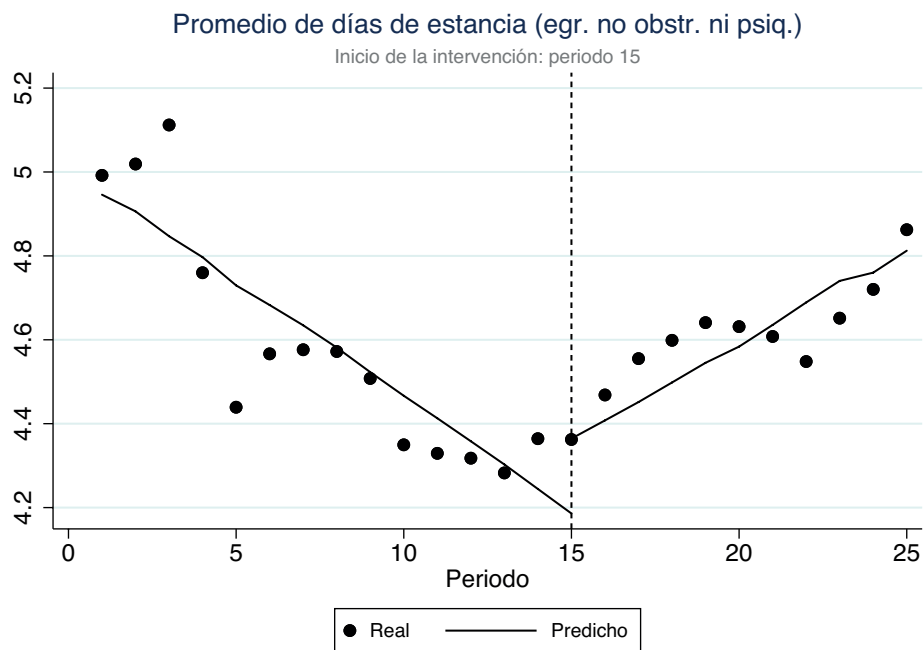


Figura 41. ASTI en el promedio de días de estancia; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

Al igual que en el caso previo, los resultados muestran que no hay evidencia de que la acreditación incida en la eficiencia medida con este indicador y, más bien, podría ir en el sentido opuesto. El incremento observado requiere ser contrastado con indicadores de resultados en salud, que pueden ser aproximaciones a la calidad de la atención, para verificar si el hecho que tienda a incrementarse la duración de la estancia está relacionado con una mayor calidad. Dado que el tipo de hospital se considera en el pareamiento, no parece que el resultado observado se relacione con esta variable.

Razón de enfermeras por médico de contacto

A continuación, se muestra la estimación del impacto de la acreditación en la razón de enfermeras por médico de contacto en 2015. Este indicador permite identificar capacidad de atención y se espera un comportamiento ascendente.

En primera instancia, se presenta la estimación por pareamiento para el universo restringido en el Cuadro 12. *Resultado de la razón de enfermeras por médico de contacto; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido.*

En el Cuadro 13 se muestra el impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 14 el impacto en la diferencia respecto de 2013 para el universo completo. El balance de los grupos se muestra en la figura 43 y la figura 44, para el nivel en 2015 y la diferencia acerca de 2013, de la razón de enfermeras por médico de contacto.

En el Cuadro 15 se muestran los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 45 y la figura 46, respectivamente.

En relación con el universo restringido, el resultado observado señala la ausencia de impacto para la estimación del nivel, y un impacto positivo significativo en el cambio en el tiempo.

En relación con la estimación para el universo completo, en este caso los resultados son consistentes con un incremento en la razón de enfermeras por médico de contacto, tanto para el nivel como para el cambio entre 2013 y 2015, si bien la magnitud del mismo es sumamente reducida, y en la mitad de las estimaciones (grupos de control) no son significativamente diferentes de 0.

Cuadro 12. Resultado de la razón de enfermeras por médico de contacto; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido

	Nivel	Diferencia
Impacto	-0.1	0.1**
Valor p	0.173	0.042
IC 95%	[-0.3, 0.1]	[0.0, 0.2]
Observaciones	89	68

Significancia estadística: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

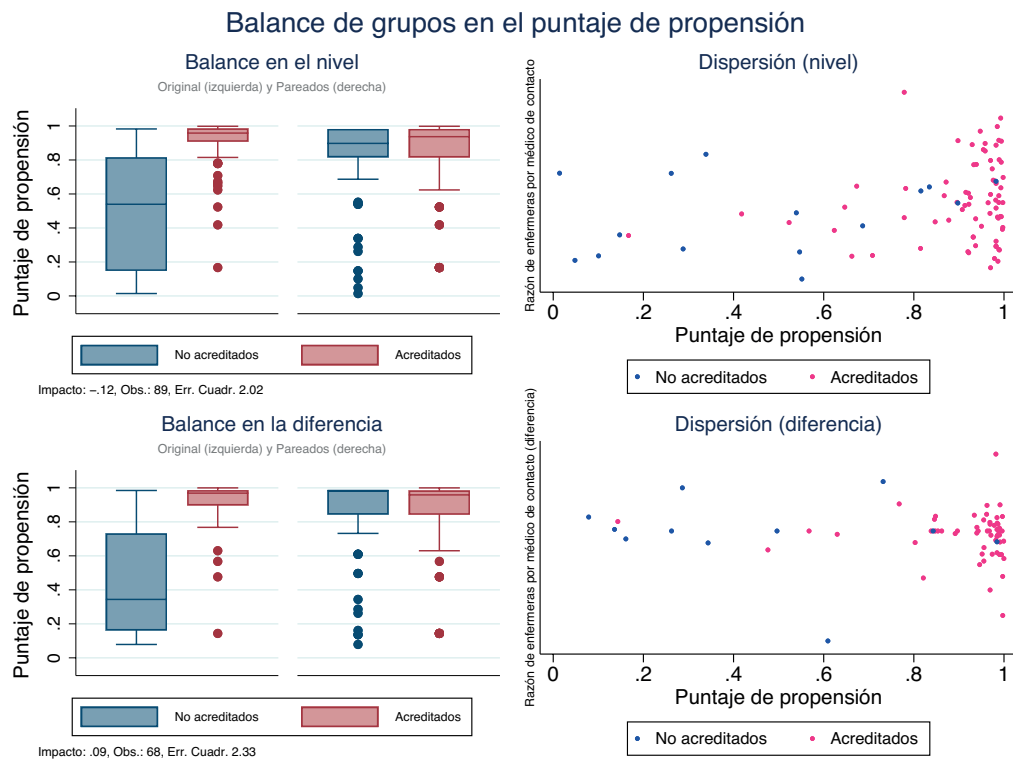


Figura 42. Balance de grupos para la razón de enfermeras por médico de contacto. Universo restringido

Cuadro 13. Resultado de la razón de enfermeras por médico de contacto, niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	0.2***	0.1*	0.1***	0.1	0.1	-0.0
Valor p	0.001	0.085	0.004	0.260	0.314	0.595
IC 95%	[0.1, 0.3]	[-0.0, 0.2]	[0.0, 0.2]	[-0.0, 0.2]	[-0.1, 0.2]	[-0.2, 0.1]
Observaciones	948	983	948	983	948	983

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

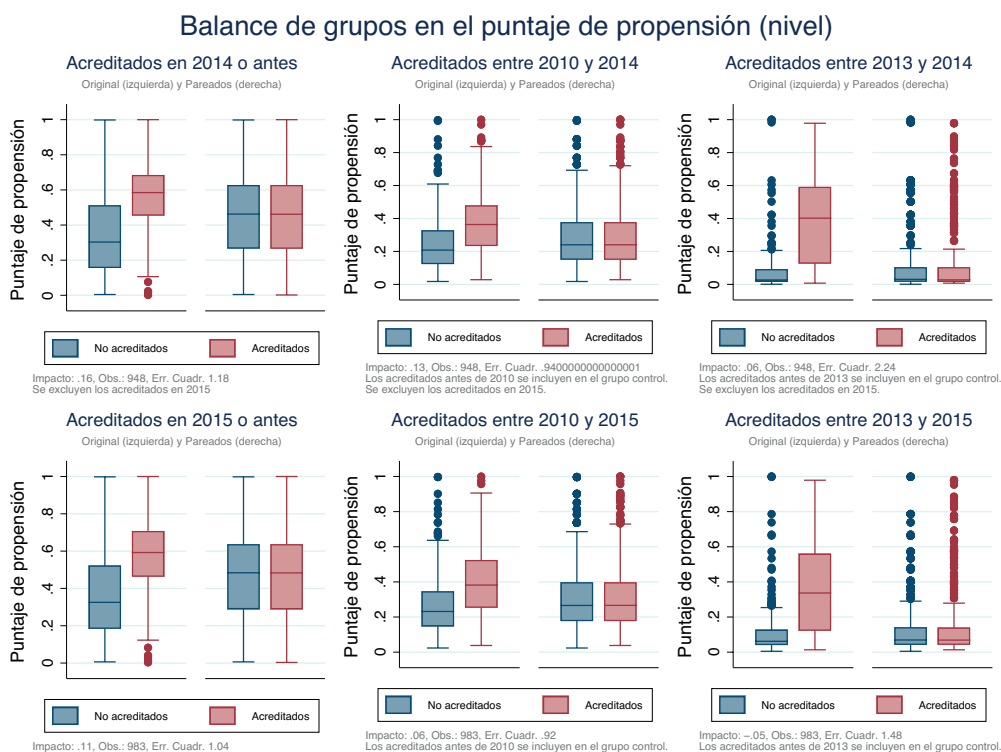


Figura 43. Balance de grupos para la razón de enfermeras por médico de contacto (nivel)

Cuadro 14. Resultado de la razón de enfermeras por médico de contacto, diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	0.2***	0.1***	0.1**	0.0	0.2	-0.0
Valor p	0.001	0.004	0.022	0.353	0.150	0.860
IC 95%	[0.1 , 0.3]	[0.0 , 0.2]	[0.0 , 0.2]	[-0.0 , 0.1]	[-0.1 , 0.4]	[-0.1 , 0.1]
Observaciones	934	966	934	966	934	966

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

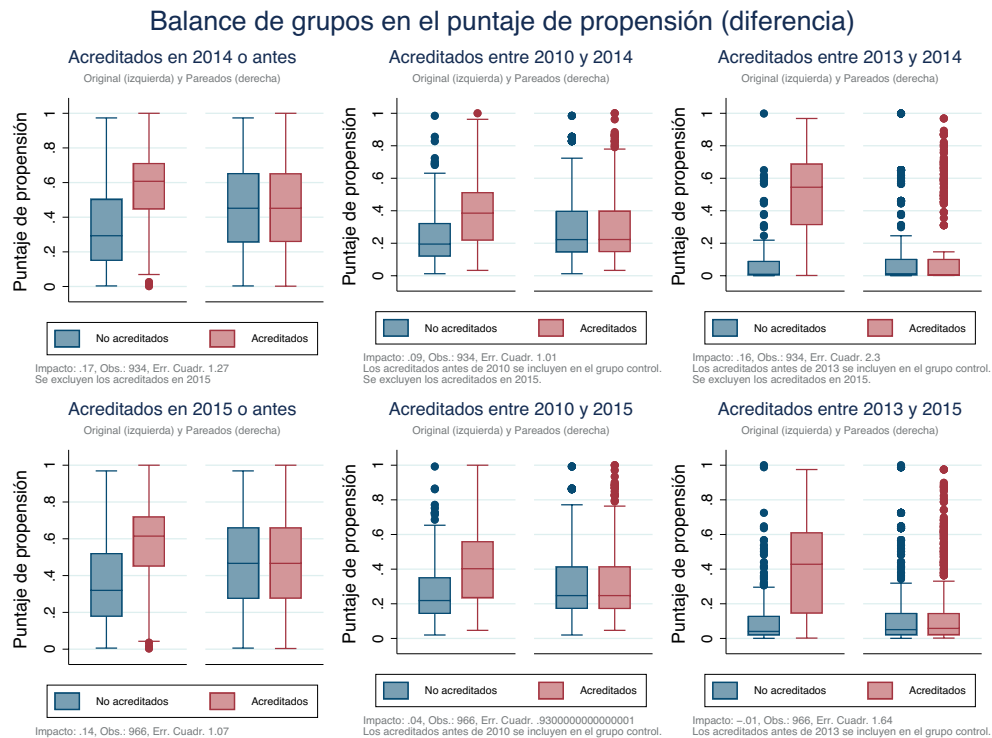


Figura 44. Balance de grupos para la razón de enfermeras por médico de contacto (diferencia)

En el análisis de series de tiempo interrumpidas, los cambios de nivel no son significativos, y la tendencia señala un signo negativo, esto es, a decrecer la razón en el tiempo.

Cuadro 15. Análisis en series de tiempo interrumpidas en la razón de enfermeras por médico de contacto

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	-0.0***	-0.0***	-0.0	-0.0
Valor p	0.001	0.000	0.105	0.125
IC 95%	[-0.0 , -0.0]	[-0.0 , -0.0]	[-0.1 , 0.0]	[-0.1 , 0.0]
Tendencia	0.0***	0.0***	0.0**	0.0***
Valor p	0.003	0.001	0.011	0.003
IC 95%	[0.0 , 0.0]	[0.0 , 0.0]	[0.0 , 0.0]	[0.0 , 0.0]
Impacto	0.0	-0.1	0.1	0.0
Valor p	0.638	0.165	0.164	0.743
IC 95%	[-0.1 , 0.1]	[-0.2 , 0.0]	[-0.0 , 0.1]	[-0.1 , 0.1]
Cambio de tend.	-0.1***	-0.1***	-0.0**	-0.0***
Valor p	0.000	0.000	0.011	0.010
IC 95%	[-0.1 , -0.1]	[-0.1 , -0.0]	[-0.0 , -0.0]	[-0.0 , -0.0]
Punto de partida	1.5***	1.5***	1.9***	1.8***
Valor p	0.000	0.000	0.000	0.000
IC 95%	[1.3 , 1.7]	[1.3 , 1.7]	[1.2 , 2.6]	[1.2 , 2.5]
Periodos	19	19	25	25
R cuadrada	0.678	0.682	0.923	0.913

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Egresos: Promedio diario de egresos

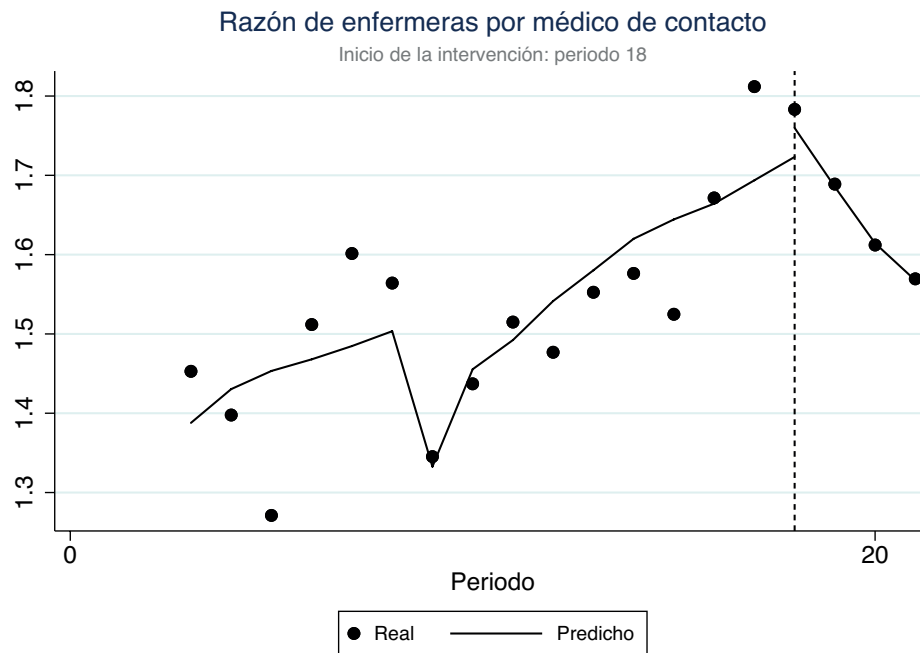


Figura 45. ASTI en la razón de enfermeras por médico de contacto; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

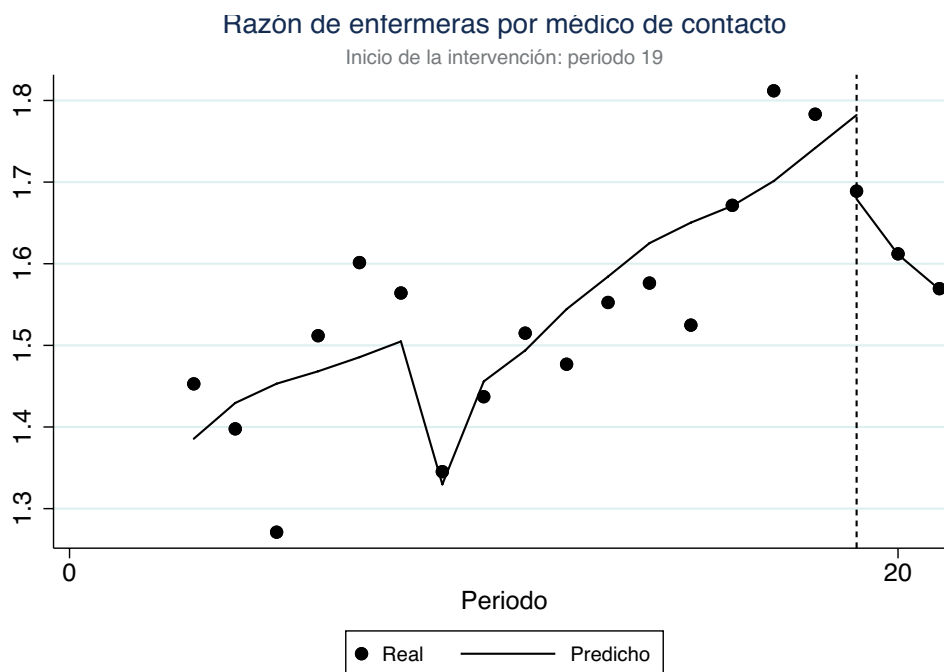


Figura 46. ASTI en la razón de enfermeras por médico de contacto; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

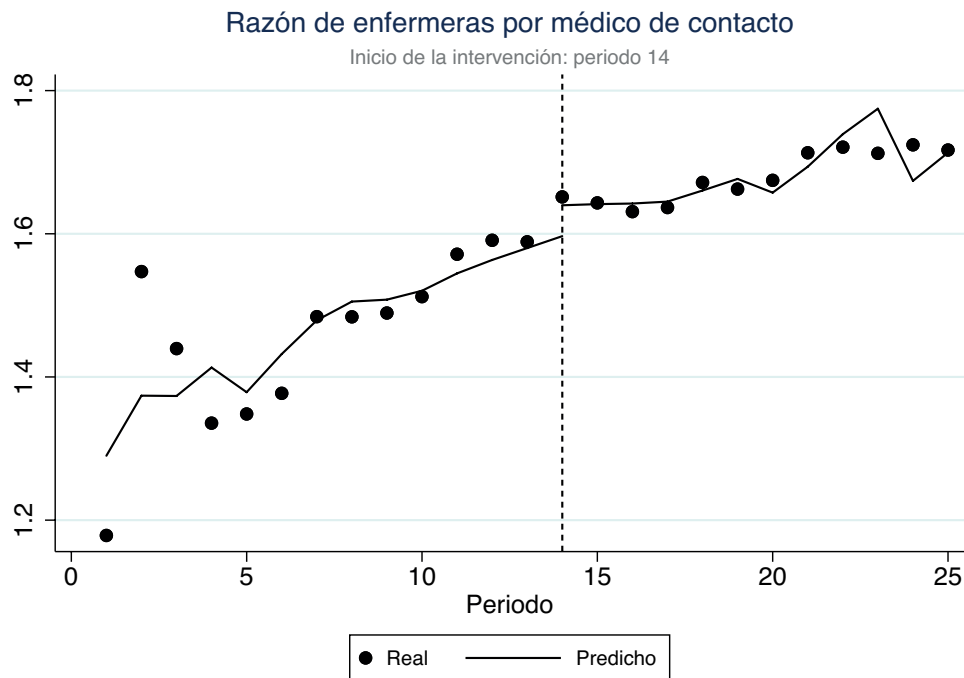


Figura 47. ASTI en la razón de enfermeras por médico de contacto; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

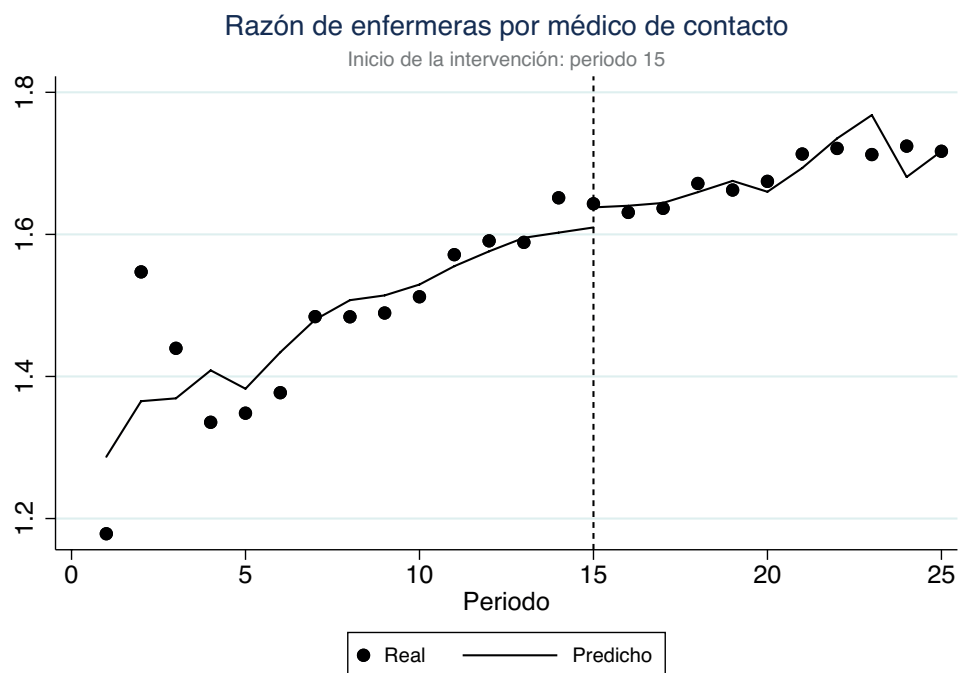


Figura 48. ASTI en la razón de enfermeras por médico de contacto; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

En resumen, el análisis muestra que la acreditación no tiene un efecto en incrementar la razón de enfermeras por médico, es decir, en el sentido esperado. La evidencia permite afirmar que la acreditación no ha contribuido a incrementar la razón de enfermeras por médico de contacto.

Promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico

A continuación, se muestra la estimación del impacto de la acreditación en el promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico, indicador de eficiencia para el que se espera un comportamiento ascendente como consecuencia de la acreditación.

El pareamiento para el universo restringido se presenta en el Cuadro 16. *Resultado del promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido*, tanto para el cambio de nivel como para la diferencia.

En el Cuadro 17 se muestra el impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 18 se muestra el impacto en la diferencia respecto de 2013. El balance de los grupos se muestra en la figura 50 y la figura 51, para el nivel en 2015 y la diferencia respecto de 2013, del promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico.

En el Cuadro 19 se muestran los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 52 y la figura 53, respectivamente.

Como se observa, para el pareamiento con el universo restringido, no hay diferencias entre el grupo de intervención y el de comparación (coeficientes no significativos).

Por lo que se refiere al análisis con el universo completo, sólo para el nivel y en 2 de las 6 estimaciones (grupos alternativos de comparación) se observa un resultado significativo y positivo, en tanto que para la mayoría de las estimaciones de nivel y para las de cambio entre 2013 y 2015, no hay diferencias en el indicador como resultado de la acreditación.

Cuadro 16. Resultado del promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido

	Nivel	Diferencia
Impacto	-0.7	-0.3
Valor p	0.171	0.426
IC 95%	[-1.8 , 0.3]	[-0.9 , 0.4]
Observaciones	57	36

Significancia estadística: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

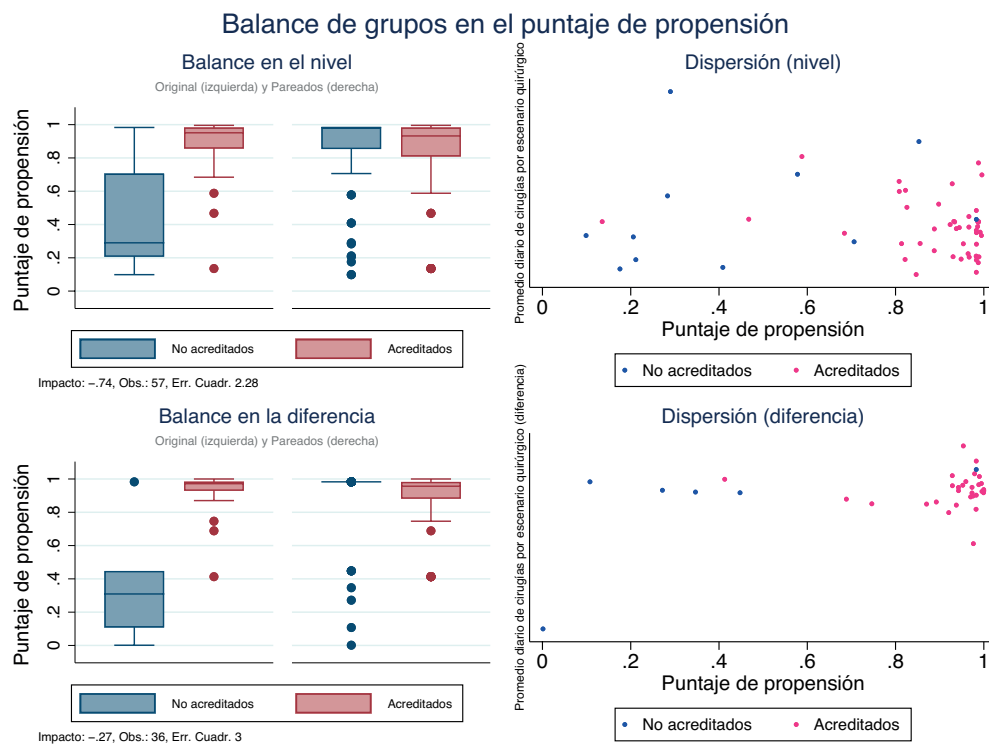


Figura 49. Balance de grupos para el promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico. Universo restringido

Cuadro 17. Resultado del promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico, niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	0.2*	0.1	0.0	0.2*	-0.2	0.4
Valor p	0.055	0.372	0.737	0.062	0.251	0.209
IC 95%	[-0.0 , 0.4]	[-0.1 , 0.4]	[-0.2 , 0.3]	[-0.0 , 0.4]	[-0.6 , 0.2]	[-0.2 , 0.9]
Observaciones	517	539	517	539	517	539

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

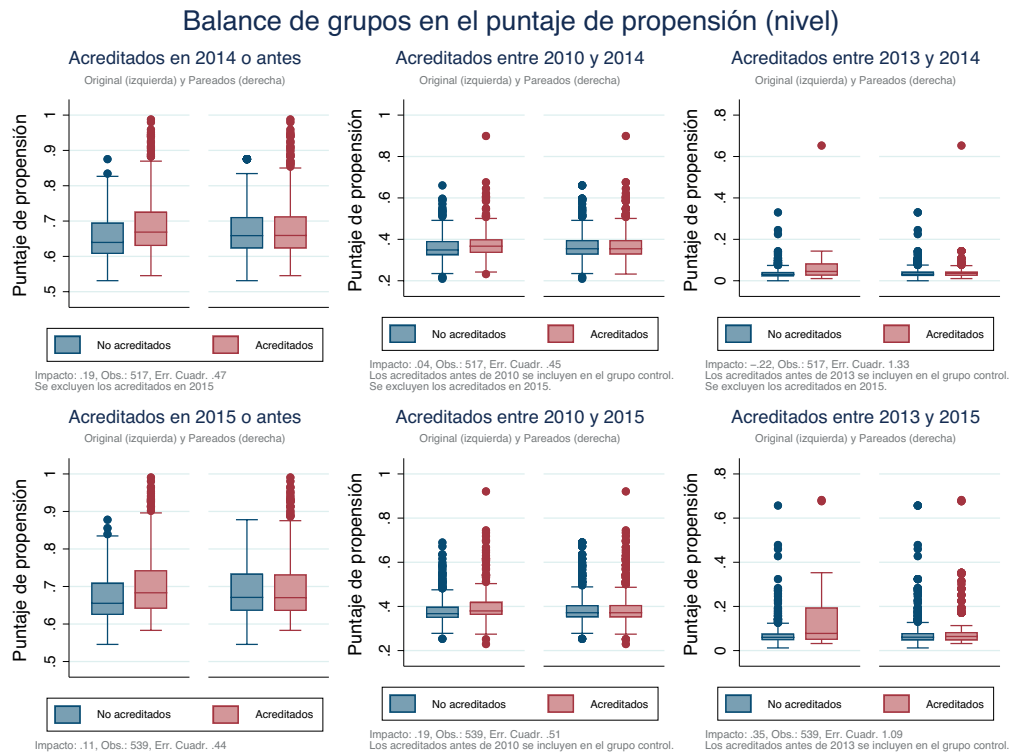


Figura 50. Balance de grupos para el promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico (nivel)

Cuadro 18. Resultado del promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico, diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	0.1	0.0	0.0	-0.1	0.2	0.2
Valor p	0.507	0.762	0.812	0.395	0.284	0.130
IC 95%	[-0.1, 0.2]	[-0.1, 0.2]	[-0.2, 0.2]	[-0.2, 0.1]	[-0.1, 0.5]	[-0.1, 0.4]
Observaciones	505	524	505	524	505	524

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

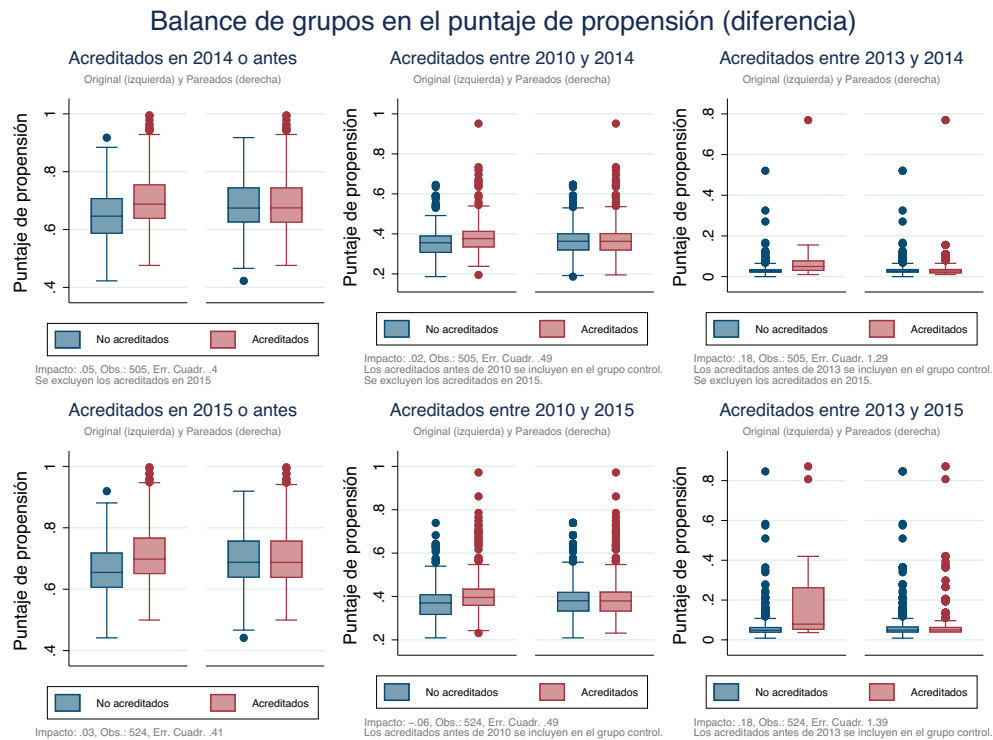


Figura 51. Balance de grupos para el promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico (diferencia)

Lo resultados son, en lo general, consistentes para el análisis de series de tiempo interrumpidas, en el que sólo para el universo restringido se observa un impacto positivo cuando se considera el impacto en el año posterior a la acreditación, pero en el análisis con el universo completo por el contrario las tendencias son decrecientes (signo negativo).

Cuadro 19. Análisis en series de tiempo interrumpidas en el promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	0.1**	0.1***	0.1**	0.1*
Valor p	0.021	0.004	0.017	0.070
IC 95%	[0.0 , 0.1]	[0.0 , 0.1]	[0.0 , 0.3]	[-0.0 , 0.2]
Tendencia	0.0	0.0	0.1***	0.0***
Valor p	0.222	0.183	0.000	0.000
IC 95%	[-0.0 , 0.1]	[-0.0 , 0.1]	[0.0 , 0.1]	[0.0 , 0.1]
Impacto	-0.1	-0.2	-0.1	-0.1
Valor p	0.786	0.366	0.284	0.351
IC 95%	[-0.5 , 0.4]	[-0.5 , 0.2]	[-0.3 , 0.1]	[-0.3 , 0.1]
Cambio de tend.	-0.3***	-0.5***	-0.0**	-0.0**
Valor p	0.002	0.000	0.012	0.032
IC 95%	[-0.4 , -0.1]	[-0.6 , -0.4]	[-0.1 , -0.0]	[-0.1 , -0.0]
Punto de partida	0.6**	0.6**	-0.3	0.0
Valor p	0.043	0.030	0.655	0.989
IC 95%	[0.0 , 1.2]	[0.1 , 1.1]	[-1.6 , 1.0]	[-1.4 , 1.5]
Periodos	18	18	25	25
R cuadrada	0.384	0.391	0.927	0.909

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Egresos: Promedio diario de egresos

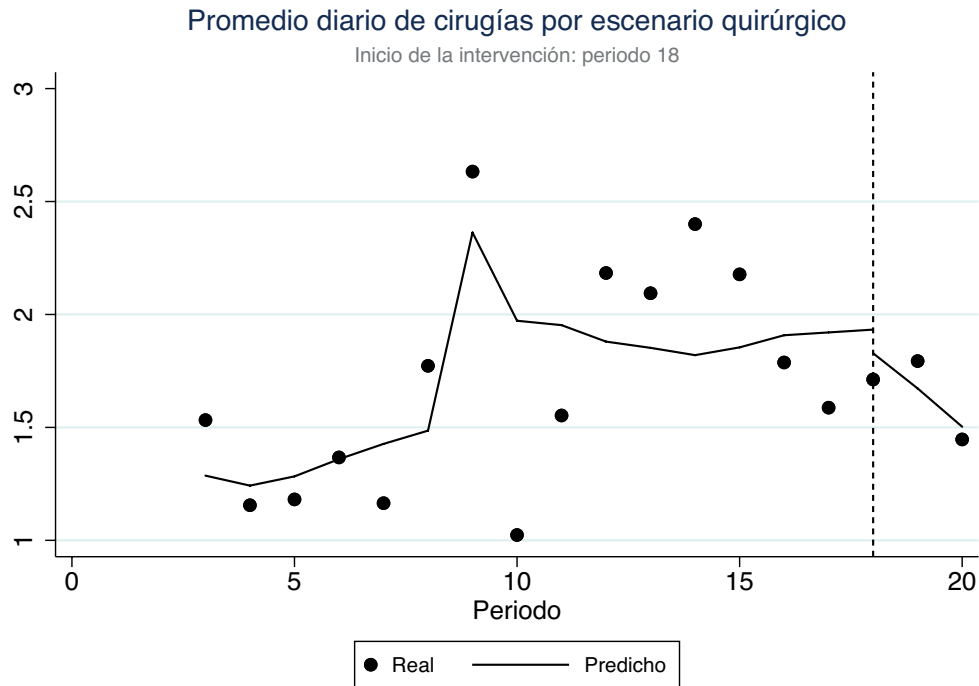


Figura 52. ASTI en el promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

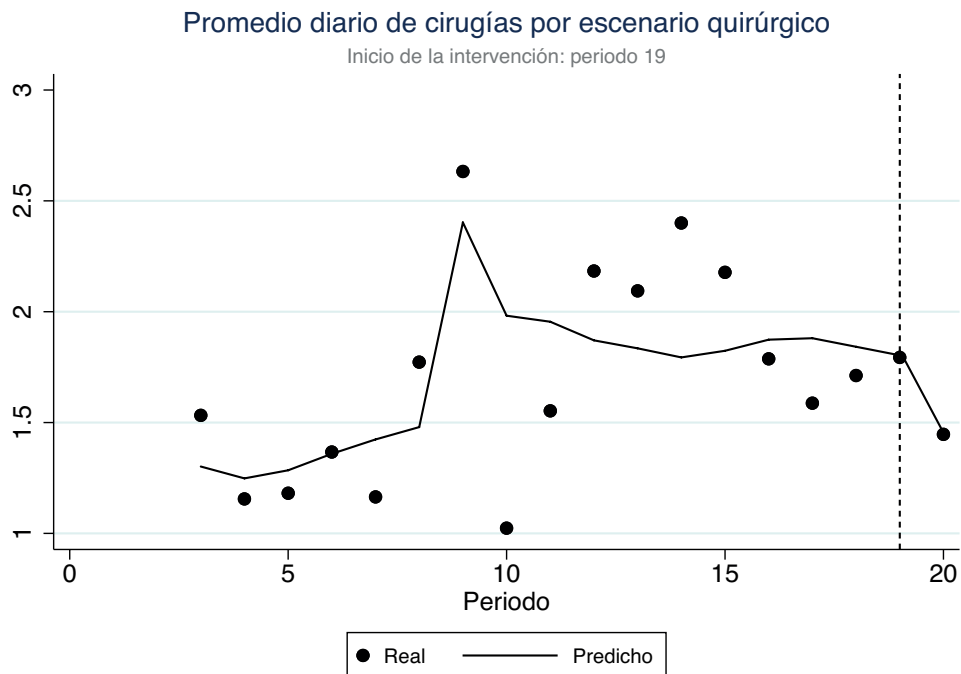


Figura 53. ASTI en el promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

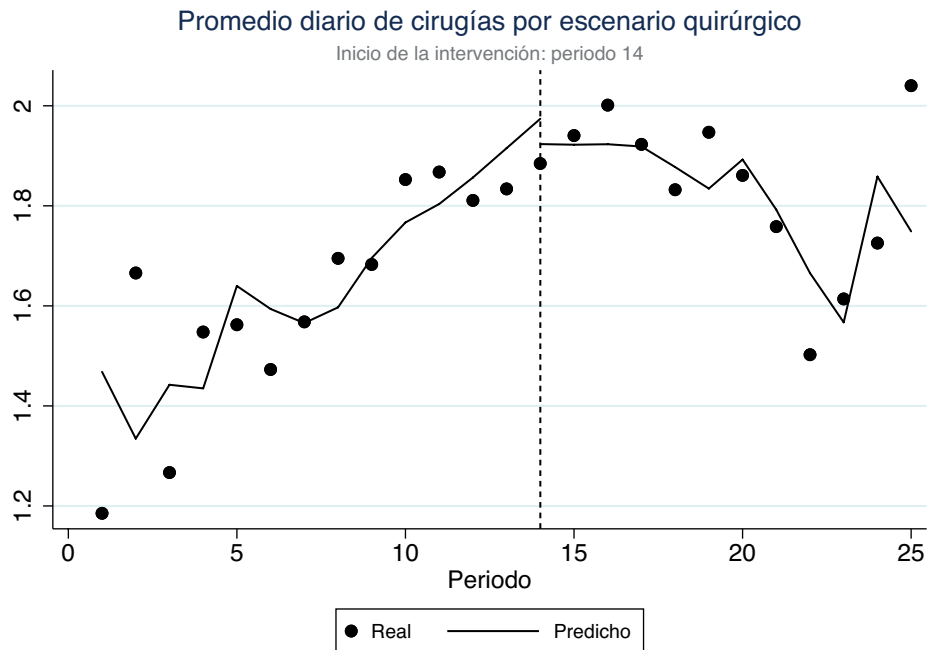


Figura 54. ASTI en el promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

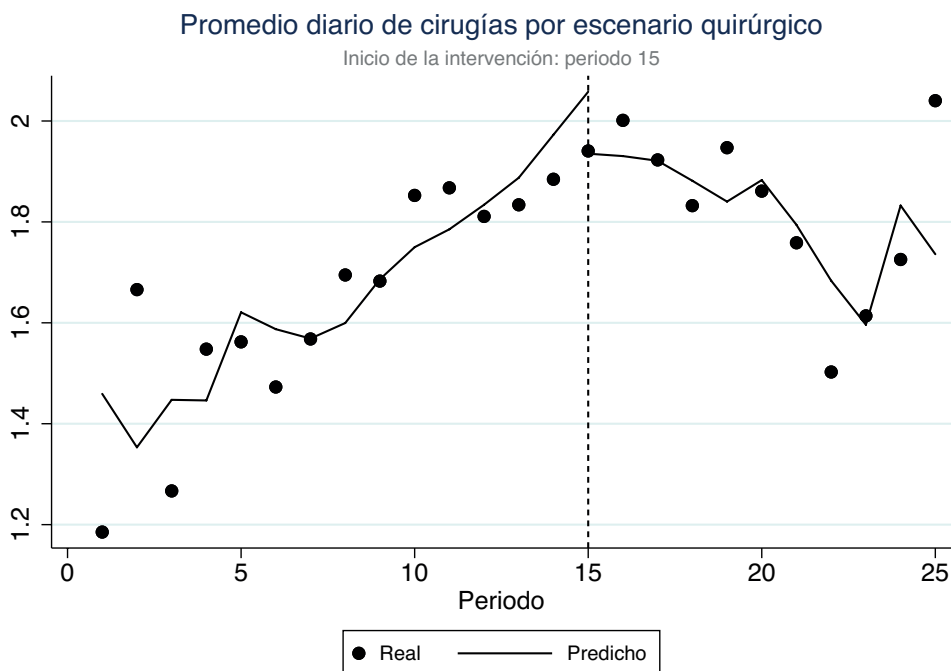


Figura 55. ASTI en el promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

En resumen, la evidencia sugiere que no hay efecto de la acreditación en la eficiencia, medida a través del promedio de cirugías por escenario quirúrgico. Los resultados que se muestran incluso sugerirían una menor productividad.

Porcentaje de ocupación

A continuación, se muestra la estimación del impacto de la acreditación en la tasa de ocupación, variable que de acuerdo con el punto de partida promedio se espera tenga un comportamiento ascendente, en particular al considerar que se parte de un porcentaje de ocupación de 53.7% antes de la acreditación, y se espera que la misma sea de al menos 85%.

En el Cuadro 20. *Resultado de la tasa de ocupación; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido* se muestra el resultado del pareamiento para el universo restringido, tanto para el nivel como para la diferencia. Como se observa, no hay efecto de la acreditación.

Cuadro 20. Resultado de la tasa de ocupación; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido

	Nivel	Diferencia
Impacto	-3.8	1.7
Valor p	0.861	0.914
IC 95%	[-46.1 , 38.6]	[-29.5 , 32.9]
Observaciones	59	43

Significancia estadística: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

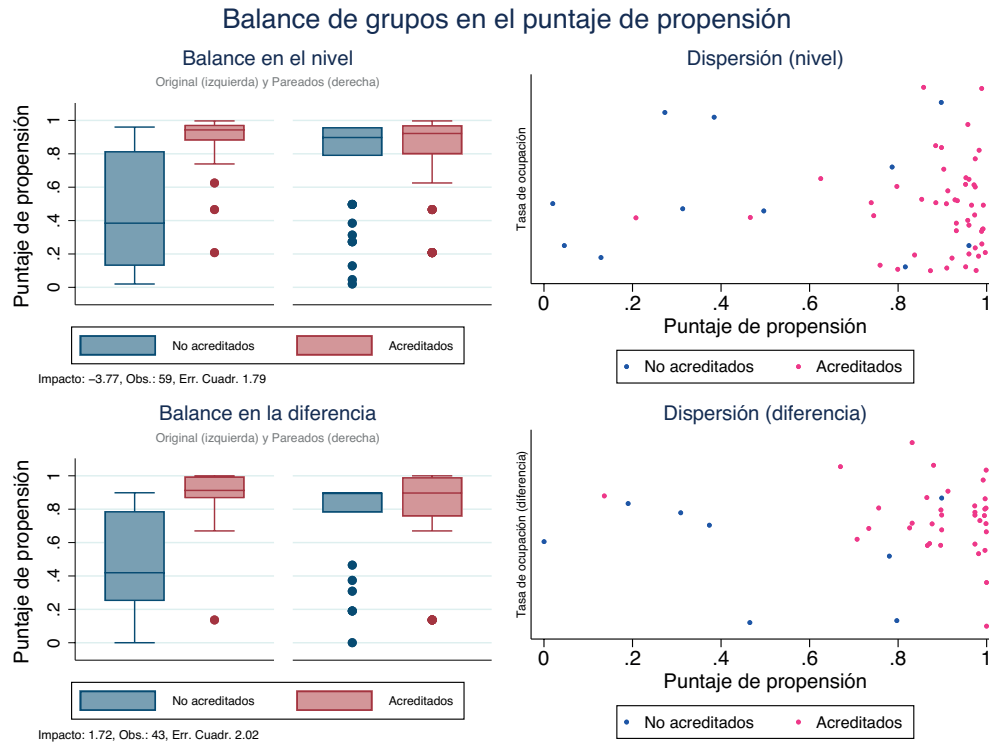


Figura 56. Balance de grupos para la tasa de ocupación. Universo restringido

En el Cuadro 21. *Resultado de la tasa de ocupación, niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión* se muestra el impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 22 se muestra el impacto en la diferencia respecto de 2013. El balance de los grupos se muestra en la figura 57 y la figura 58, para el nivel en 2015 y la diferencia respecto de 2013, de la tasa de ocupación. Para el cambio de nivel, no hay resultados significativos, esto es, no hay efecto de la acreditación. Al considerar como resultado el cambio en la tasa de ocupación entre 2013 y 2015, en 3 de las 6 estimaciones, en el sentido ascendente esperado.

Cuadro 21. Resultado de la tasa de ocupación, niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	0.8	-0.0	-0.3	-0.5	-0.7	3.5
Valor p	0.658	0.990	0.883	0.860	0.863	0.288
IC 95%	[-2.8 , 4.4]	[-3.7 , 3.7]	[-4.4 , 3.8]	[-5.5 , 4.6]	[-8.9 , 7.4]	[-3.0 , 10.0]
Observaciones	638	665	638	665	638	665

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

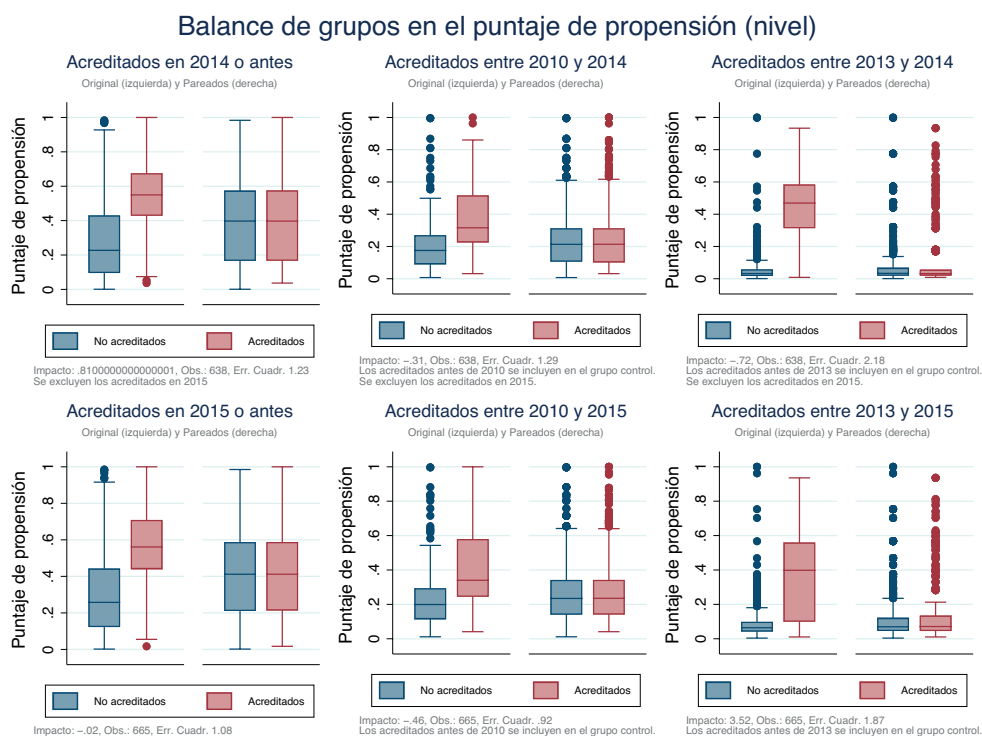


Figura 57. Balance de grupos para la tasa de ocupación (nivel)

Cuadro 22. Resultado de la tasa de ocupación, diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	3.0*	4.1**	1.7	2.5*	5.8	3.8
Valor p	0.087	0.018	0.395	0.095	0.132	0.202
IC 95%	[-0.4 , 6.5]	[0.7 , 7.5]	[-2.2 , 5.5]	[-0.4 , 5.4]	[-1.7 , 13.3]	[-2.1 , 9.7]
Observaciones	589	611	589	611	589	611

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

Balance de grupos en el puntaje de propensión (diferencia)

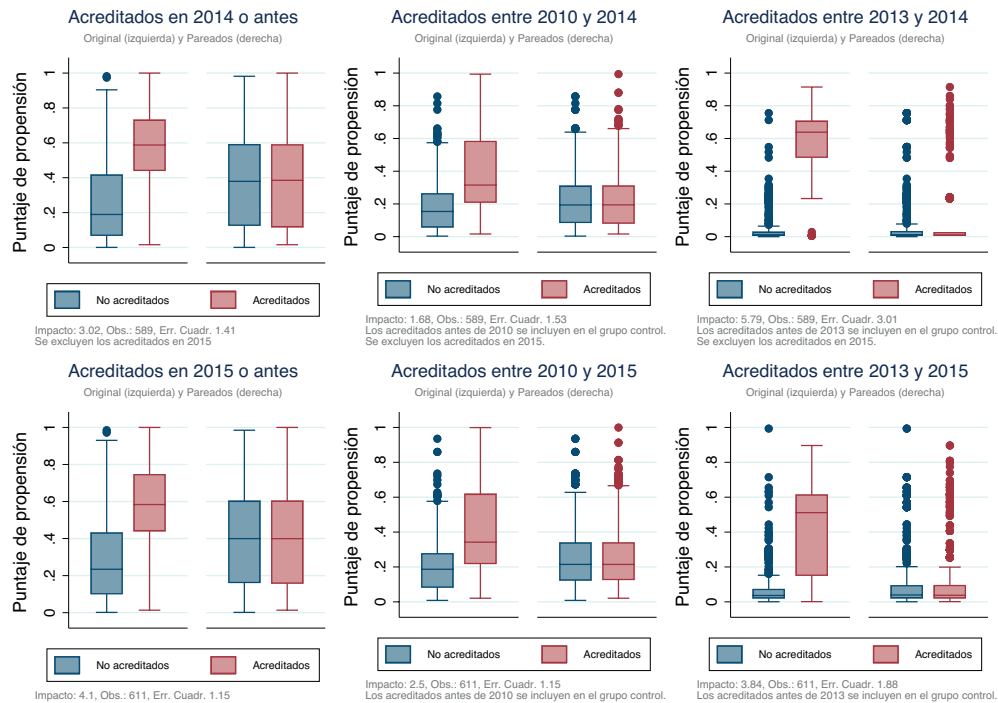


Figura 58. Balance de grupos para la tasa de ocupación (diferencia)

En el Cuadro 23. *Análisis en series de tiempo interrumpidas en la tasa de ocupación* se muestran los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 59 y la figura 60, respectivamente.

Para el año de acreditación y el universo completo, la estimación muestra un resultado positivo y significativo para el nivel. En el caso del universo restringido, se estima un impacto menor a 0 (negativo) en la tendencia, consistente con el resultado en diferencias del abordaje de pareamiento. La figura 59 y la figura 60 hacen evidente la existencia de un componente cíclico en la serie, la cual puede explicar estos resultados contraintuitivos.

Cuadro 23. Análisis en series de tiempo interrumpidas en la tasa de ocupación

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	0.6***	0.5***	-0.1	0.0
Valor p	0.003	0.004	0.914	0.999
IC 95%	[0.3 , 1.0]	[0.2 , 0.9]	[-1.2 , 1.1]	[-1.1 , 1.1]
Tendencia	-0.3	-0.1	0.2	0.3
Valor p	0.624	0.793	0.323	0.130
IC 95%	[-1.7 , 1.1]	[-1.3 , 1.0]	[-0.2 , 0.5]	[-0.1 , 0.6]
Impacto	4.1	2.8	1.6**	0.2
Valor p	0.219	0.337	0.047	0.851
IC 95%	[-2.8 , 11.0]	[-3.2 , 8.8]	[0.0 , 3.3]	[-1.7 , 2.0]
Cambio de tend.	-1.5	-3.1*	0.1	0.1
Valor p	0.419	0.090	0.787	0.875
IC 95%	[-5.5 , 2.4]	[-6.8 , 0.6]	[-0.5 , 0.7]	[-0.6 , 0.7]
Punto de partida	54.1***	54.1***	56.7***	55.7***
Valor p	0.000	0.000	0.000	0.000
IC 95%	[41.3 , 66.9]	[41.3 , 66.9]	[42.9 , 70.4]	[42.1 , 69.4]
Periodos	19	19	25	25
R cuadrada	0.735	0.717	0.926	0.923

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Egresos: Promedio diario de egresos



Figura 59. ASTI en la tasa de ocupación; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido



Figura 60. ASTI en la tasa de ocupación; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

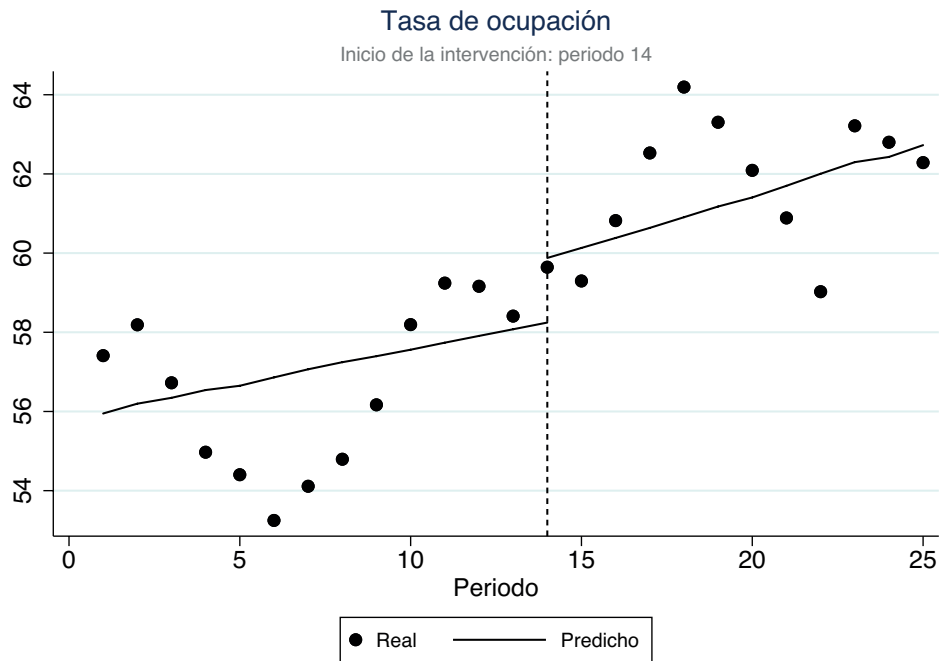


Figura 61. ASTI en la tasa de ocupación; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

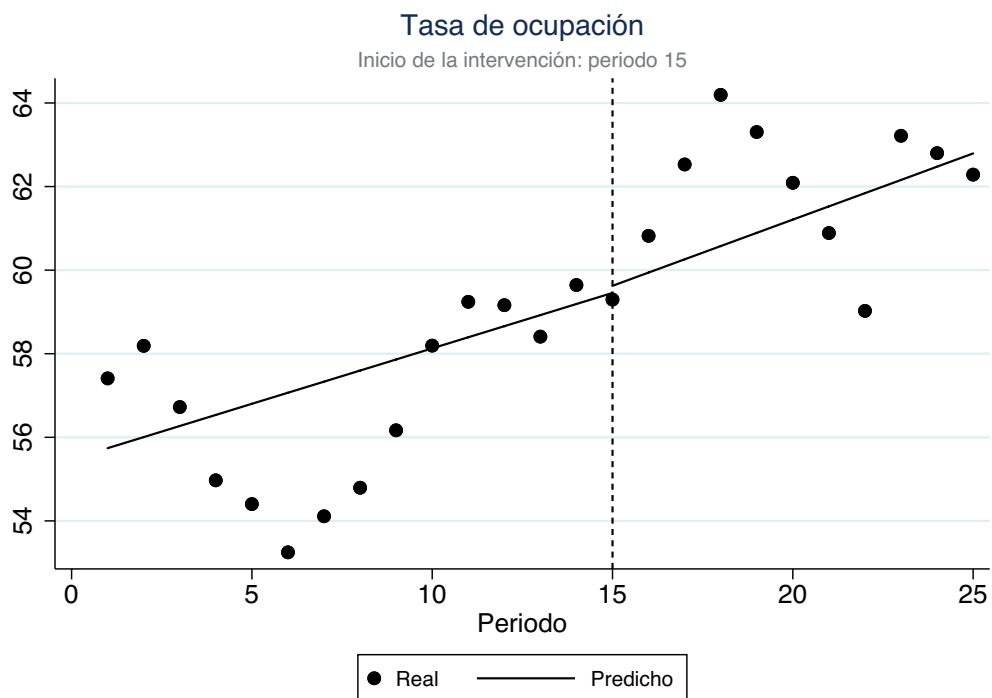


Figura 62. ASTI en la tasa de ocupación; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

Los resultados presentados sugieren que la acreditación se refleja en un incremento en la tasa de ocupación de los hospitales, lo que es consistente con un cambio favorable, ya que se parte inicialmente de bajas tasas de ocupación, si bien el incremento no es suficiente para que la tasa observada se sitúe en los valores deseables.

Tasa de mortalidad general intrahospitalaria

Pasando a indicadores sobre resultados en condiciones de las personas que hacen uso de los servicios, inicialmente se considera la tasa de mortalidad general intrahospitalaria en 2015.

Los resultados para la muestra restringida que se muestra en el Cuadro 24. *Resultado de la tasa de mortalidad general intrahospitalaria; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido* sugieren una reducción significativa en la mortalidad cuando se considera la diferencia en el tiempo en la mortalidad, pero no para el nivel.

En el Cuadro 25. *Resultado de la tasa de mortalidad general intrahospitalaria, niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión* se muestra el impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 26 se muestra el impacto en la diferencia respecto de 2013. El balance de los grupos se muestra en la figura 64 y la figura 65, para el nivel en 2015 y la diferencia respecto de 2013, de la tasa de mortalidad general intrahospitalaria. Para esta estimación con el universo completo, los resultados por el contrario señalan que las comparaciones con estimación significativa son con signo positivo, es decir, que a partir de la acreditación se ha incrementado la mortalidad general intrahospitalaria en los establecimientos acreditados.

Cuadro 24. Resultado de la tasa de mortalidad general intrahospitalaria; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido

	Nivel	Diferencia
Impacto	-5.8	-2.7*
Valor p	0.129	0.062
IC 95%	[-13.3 , 1.7]	[-5.6 , 0.1]
Observaciones	68	56

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

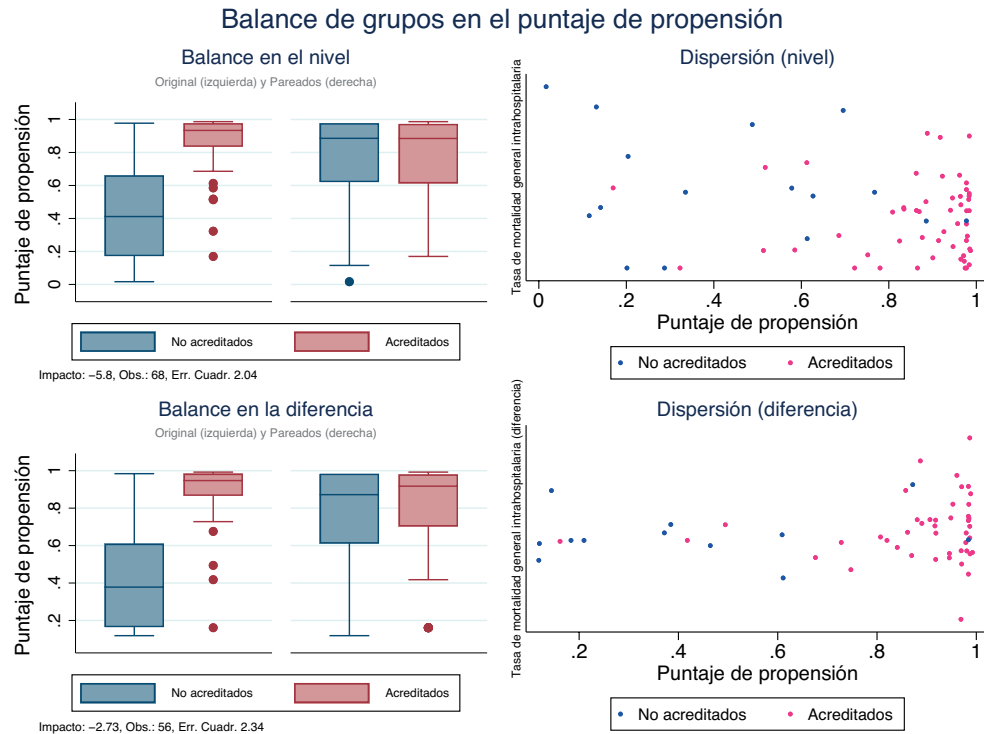


Figura 63. Balance de grupos para tasa de mortalidad general intrahospitalaria. Universo restringido

Cuadro 25. Resultado de la tasa de mortalidad general intrahospitalaria, niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	3.1*	1.1	-0.7	0.3	4.8*	1.8
Valor p	0.075	0.578	0.681	0.861	0.090	0.629
IC 95%	[-0.3 , 6.5]	[-2.7 , 4.9]	[-3.9 , 2.6]	[-2.7 , 3.3]	[-0.8 , 10.3]	[-5.4 , 8.9]
Observaciones	548	570	548	570	548	570

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

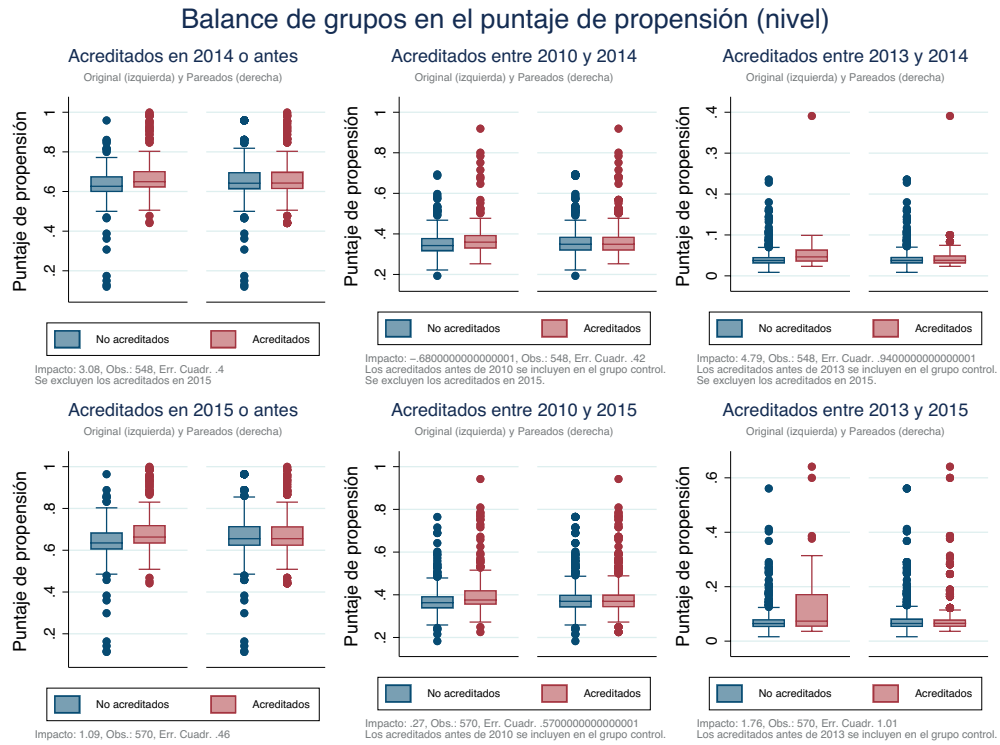


Figura 64. Balance de grupos para la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (nivel)

Cuadro 26. Resultado de la tasa de mortalidad general intrahospitalaria, diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión.

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	-0.2	-0.3	0.9	0.5	5.0***	1.9
Valor p	0.798	0.765	0.412	0.684	0.003	0.389
IC 95%	[-2.1, 1.6]	[-2.1, 1.6]	[-1.3, 3.2]	[-1.9, 2.9]	[1.7, 8.3]	[-2.5, 6.3]
Observaciones	547	569	547	569	547	569

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

Balance de grupos en el puntaje de propensión (diferencia)

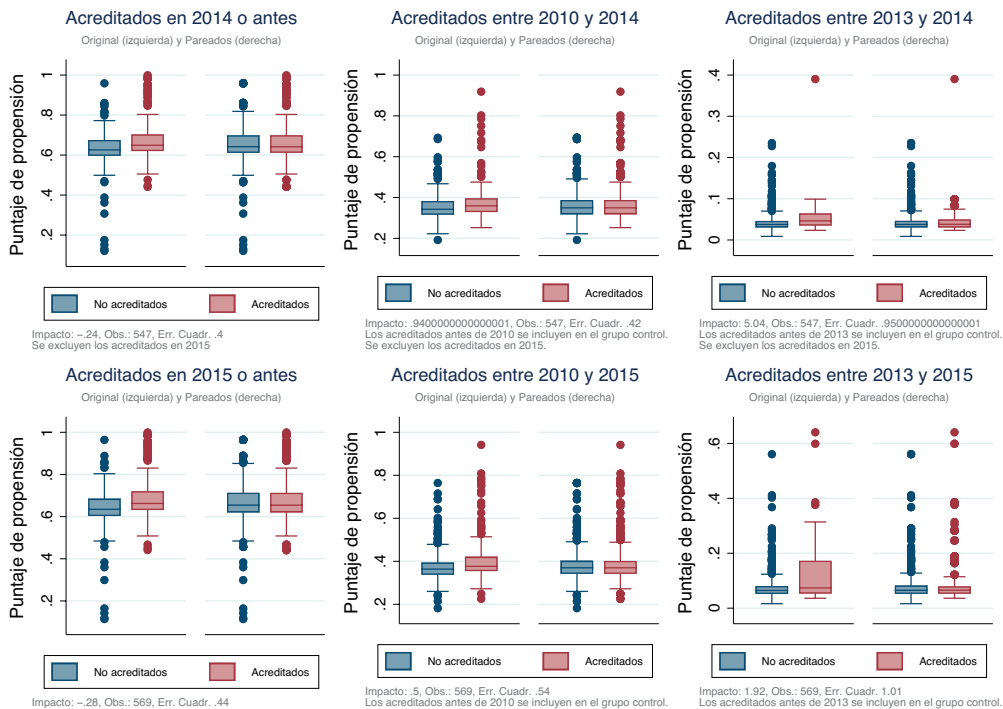


Figura 65. Balance de grupos para la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (diferencia)

En el Cuadro 27. *Análisis en series de tiempo interrumpidas en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria* se muestran los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 66 y la figura 67, respectivamente. De forma consistente con el pareamiento para el universo completo, si bien la ausencia de impacto sugiere que no hay efecto de la acreditación, la tendencia es con signo positivo, sugiriendo mortalidad ascendente en los establecimientos acreditados.

Cuadro 27. Análisis en series de tiempo interrumpidas en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	0.7***	0.7***	-1.1***	-1.0***
Valor p	0.000	0.000	0.006	0.008
IC 95%	[0.5, 0.8]	[0.5, 0.8]	[-1.9, -0.4]	[-1.8, -0.3]
Tendencia	0.4***	0.5***	-0.8***	-0.7***
Valor p	0.004	0.003	0.000	0.000
IC 95%	[0.2, 0.7]	[0.2, 0.8]	[-1.0, -0.6]	[-0.9, -0.6]
Impacto	1.4	-0.8	0.5	0.8
Valor p	0.263	0.318	0.615	0.363
IC 95%	[-1.1, 3.9]	[-2.3, 0.8]	[-1.4, 2.3]	[-1.0, 2.5]
Cambio de tend.	2.6***	4.6***	1.3***	1.3***
Valor p	0.001	0.001	0.000	0.000
IC 95%	[1.3, 4.0]	[2.3, 6.8]	[1.0, 1.5]	[1.0, 1.6]
Punto de partida	13.7***	13.4***	51.8***	50.4***
Valor p	0.000	0.000	0.000	0.000
IC 95%	[10.3, 17.1]	[9.7, 17.1]	[42.7, 60.9]	[41.8, 58.9]
Periodos	20	20	25	25
R cuadrada	0.807	0.824	0.897	0.901

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Egresos: Promedio diario de egresos

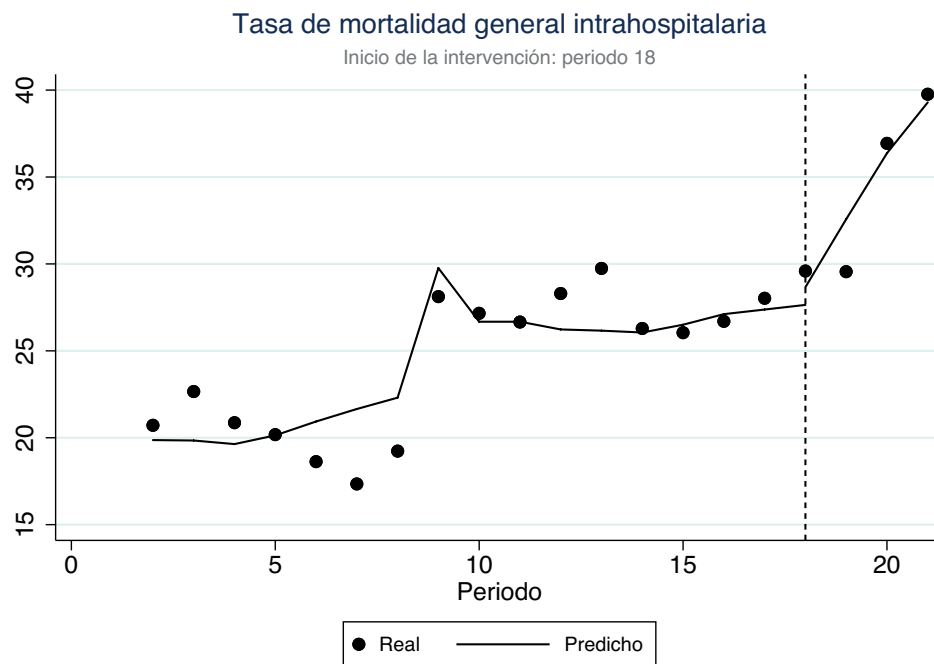


Figura 66. ASTI en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

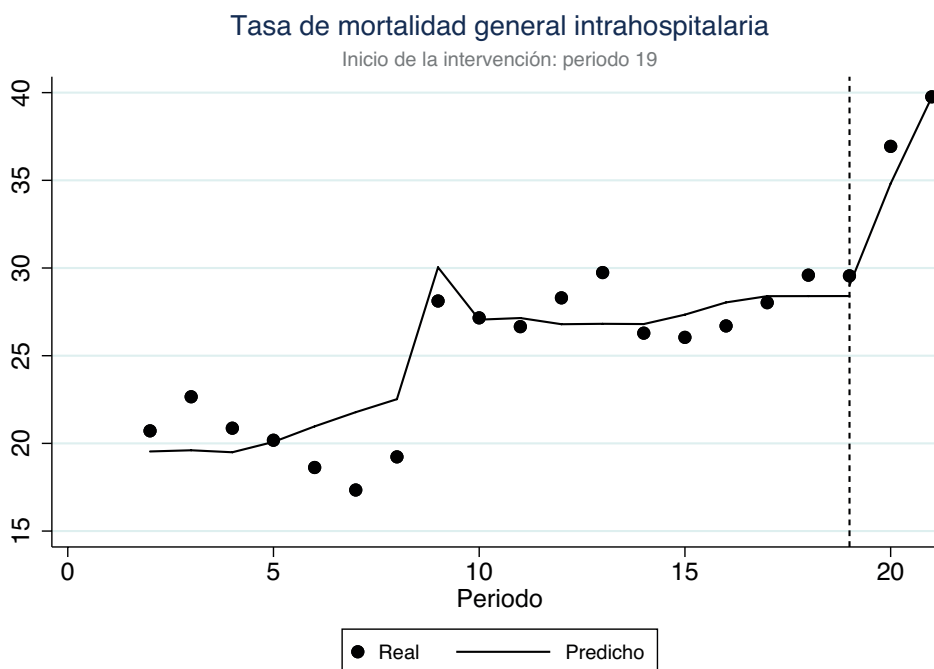


Figura 67. ASTI en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

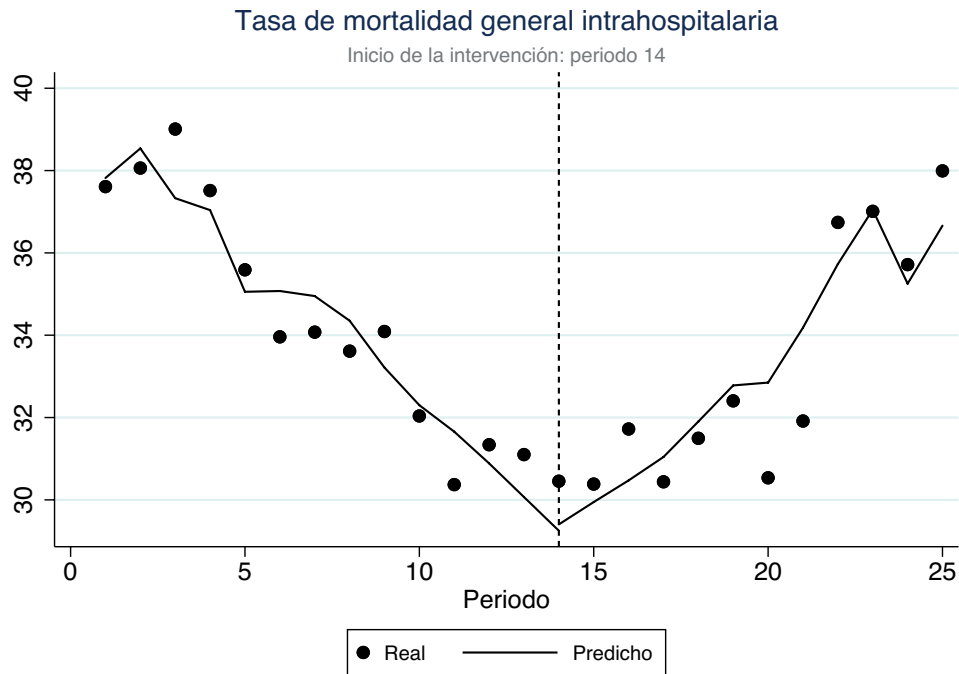


Figura 68. ASTI en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

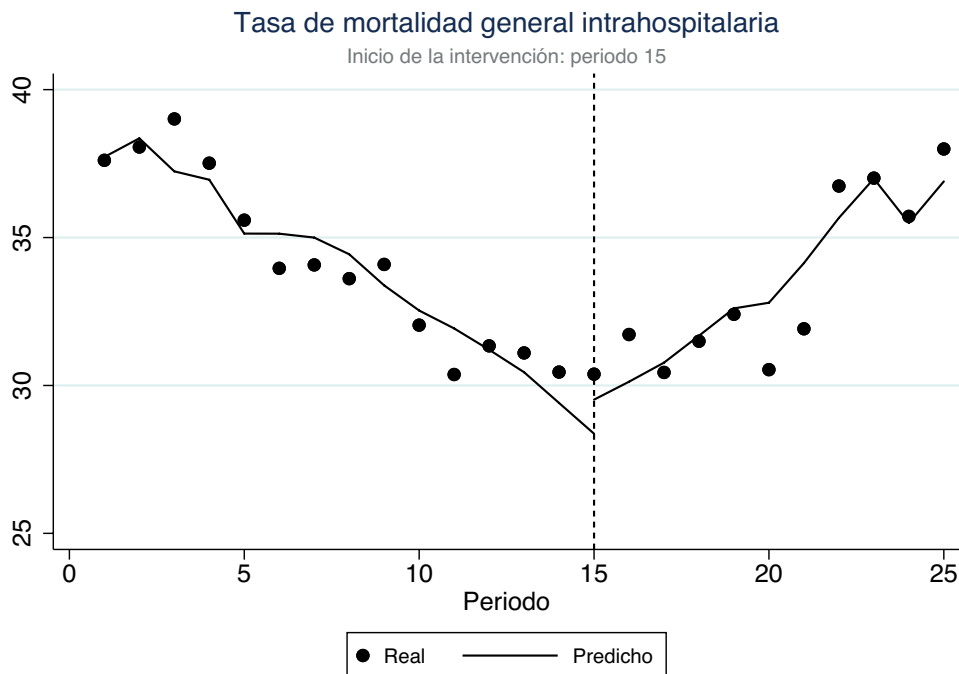


Figura 69. ASTI en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

Los resultados para este indicador son más bien desfavorables, sugiriendo que a partir de la acreditación se ha observado mayor mortalidad intrahospitalaria en los establecimientos acreditados.

Tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos)

La estimación previa considera únicamente a los establecimientos de los Servicios Estatales de Salud, debido a que el indicador que requiere excluir del cálculo a los egresos obstétricos, información que sólo está disponible dichos establecimientos. No obstante, puede generarse una versión análoga del indicador sin realizar la exclusión (entendiendo la limitación de no hacerlo) para incrementar la muestra, y es lo que se presenta a continuación.

En el Cuadro 28. *Resultado de la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos); pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido* se muestra el resultado de la estimación por pareamiento para el universo restringido para la TMGI, sin exclusión de egresos obstétricos. Como se observa, para el nivel se muestra un resultado con signo negativo, esto es, favorable a la acreditación.

Cuadro 28. Resultado de la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos); pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido

	Nivel	Diferencia
Impacto	-7.3**	1.8
Valor p	0.011	0.395
IC 95%	[-13.0 , -1.7]	[-2.3 , 5.8]
Observaciones	90	69

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

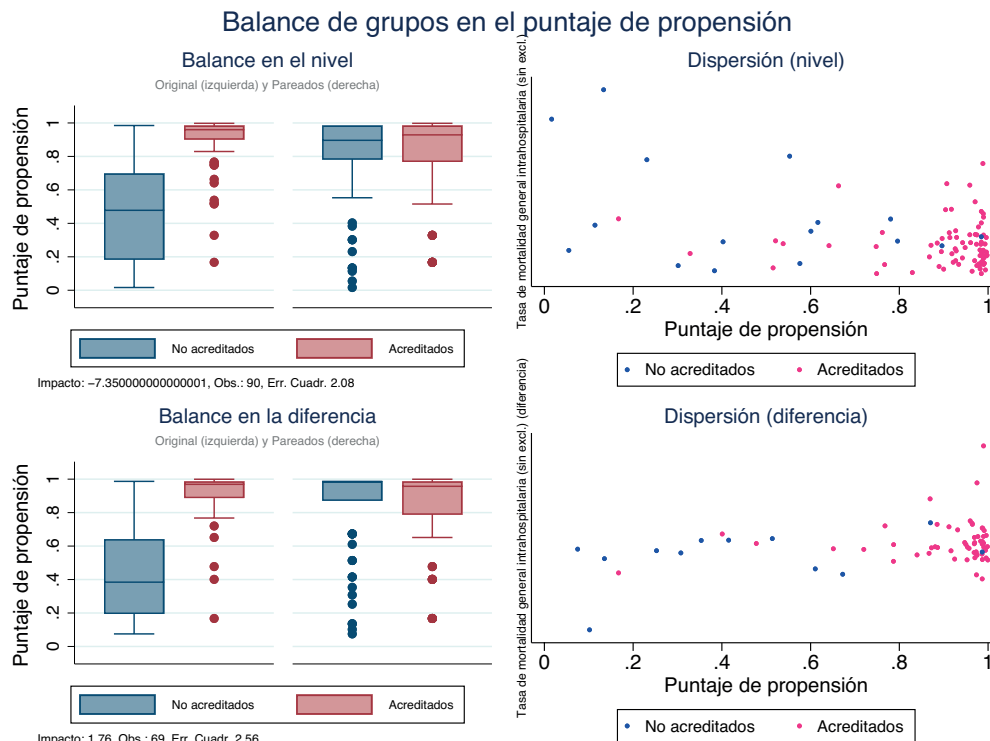


Figura 70. Balance de grupos para tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos). Universo restringido

A continuación, se muestra la estimación del impacto de la acreditación en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos) en 2015. En el Cuadro 29. *Resultado de la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos), niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión* se muestra el impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 30 se muestra el impacto en la diferencia respecto de 2013. El balance de los grupos se muestra en la figura 71 y la figura 72, para el nivel en 2015 y la diferencia respecto de 2013, de la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos). En este caso, si bien una de las seis estimaciones para el nivel muestra el signo esperado (negativo), la mayoría de las estimaciones cuando se usa como resultado el cambio en el indicador entre 2013 y 2015 muestran signo positivo, esto es, desfavorable en relación con la evaluación de la acreditación.

Cuadro 30. Resultado de la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos), diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	1.8***	1.7**	1.5**	1.7*	1.2	1.7
Valor p	0.005	0.044	0.048	0.082	0.746	0.279
IC 95%	[0.5 , 3.0]	[0.0 , 3.4]	[0.0 , 2.9]	[-0.2 , 3.6]	[-5.9 , 8.2]	[-1.4 , 4.9]
Observaciones	948	983	948	983	948	983

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

Balance de grupos en el puntaje de propensión (diferencia)

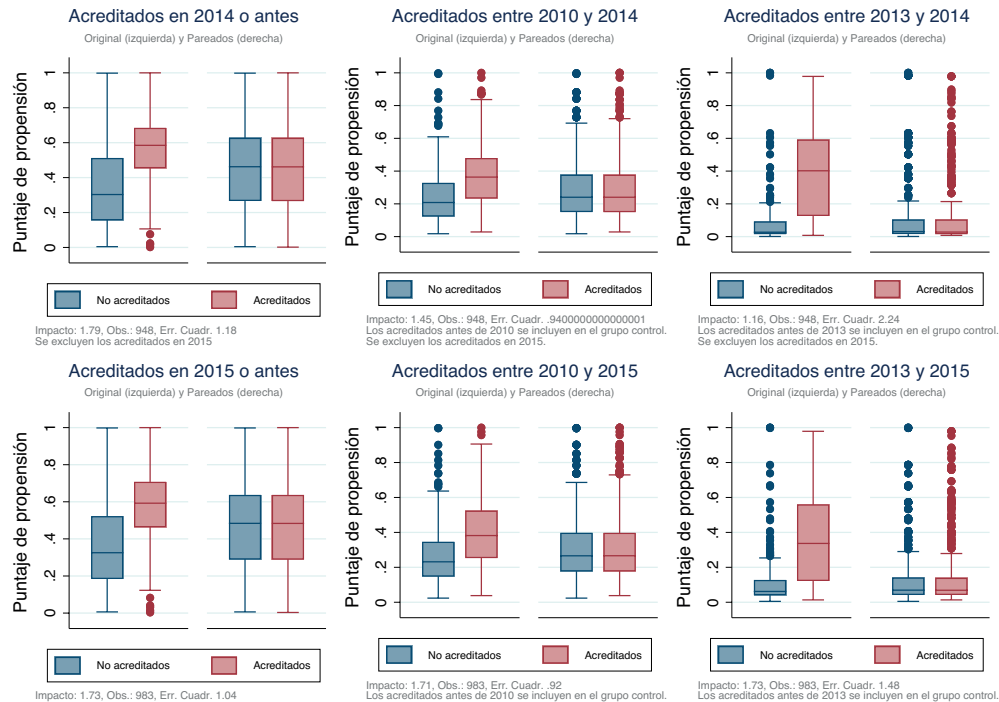


Figura 72. Balance de grupos para la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos) (diferencia)

En el Cuadro 31. *Análisis en series de tiempo interrumpidas en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos)* se muestran los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 73 y la figura 74, respectivamente. De forma consistente con la estimación previa, las tendencias son ascendentes, lo que sugiere que a partir de la acreditación se ha incrementado la mortalidad.

Cuadro 31. Análisis en series de tiempo interrumpidas en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos)

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	0.6***	0.6***	-0.3	-0.1
Valor p	0.000	0.000	0.556	0.875
IC 95%	[0.5 , 0.8]	[0.5 , 0.8]	[-1.2 , 0.6]	[-0.9 , 0.8]
Tendencia	-0.4***	-0.3	-0.7***	-0.6***
Valor p	0.005	0.119	0.000	0.000
IC 95%	[-0.6 , -0.1]	[-0.6 , 0.1]	[-0.8 , -0.5]	[-0.8 , -0.5]
Impacto	2.6*	0.2	0.9	1.3*
Valor p	0.053	0.787	0.201	0.050
IC 95%	[-0.0 , 5.2]	[-1.6 , 2.0]	[-0.5 , 2.3]	[-0.0 , 2.6]
Cambio de tend.	2.7***	4.5***	1.2***	1.2***
Valor p	0.000	0.001	0.000	0.000
IC 95%	[1.6 , 3.7]	[2.2 , 6.7]	[0.9 , 1.4]	[0.9 , 1.4]
Punto de partida	15.0***	14.7***	31.0***	28.6***
Valor p	0.000	0.000	0.000	0.000
IC 95%	[11.0 , 19.1]	[10.0 , 19.4]	[20.5 , 41.4]	[18.7 , 38.5]
Periodos	20	20	25	25
R cuadrada	0.748	0.770	0.911	0.908

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Egresos: Promedio diario de egresos

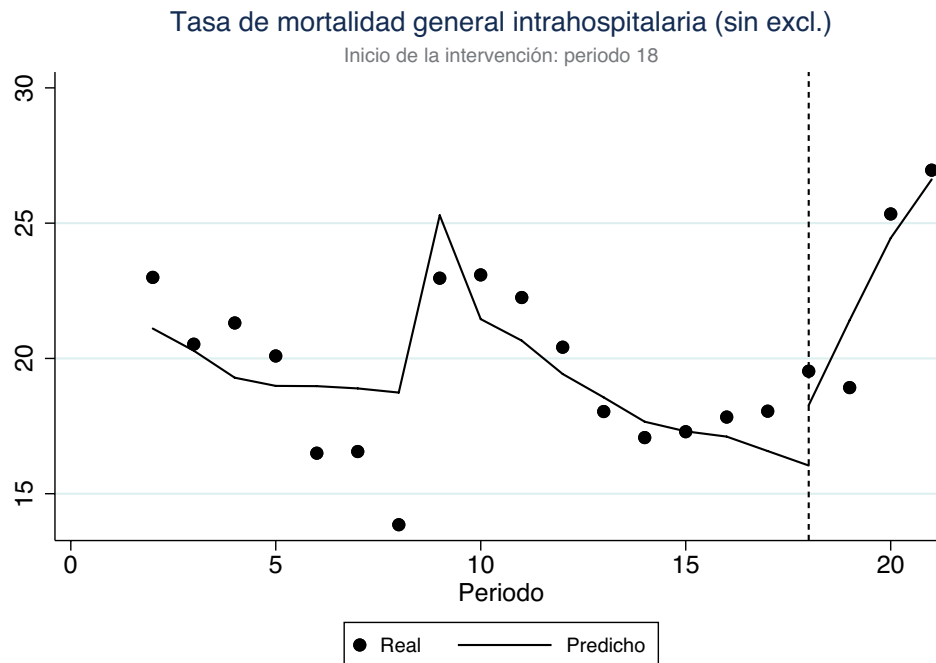


Figura 73. ASTI en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos); mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

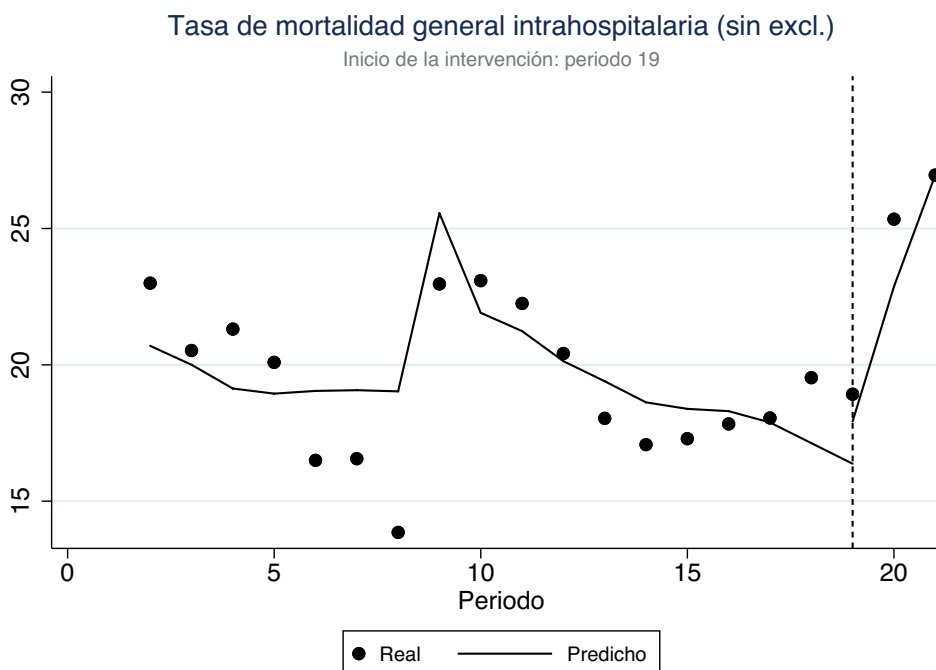


Figura 74. ASTI en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos); año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

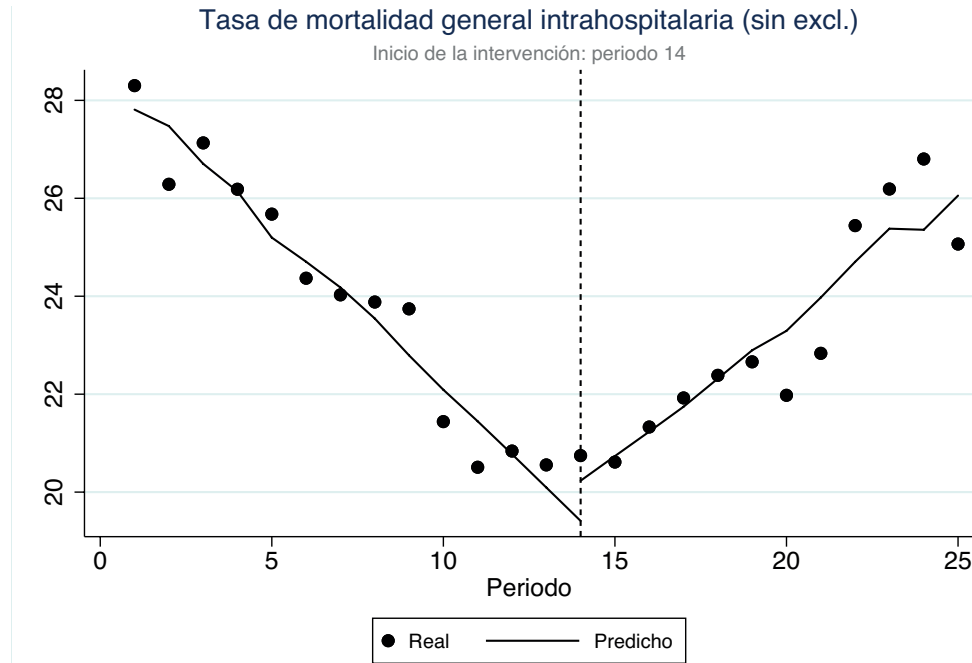


Figura 75. ASTI en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos); mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

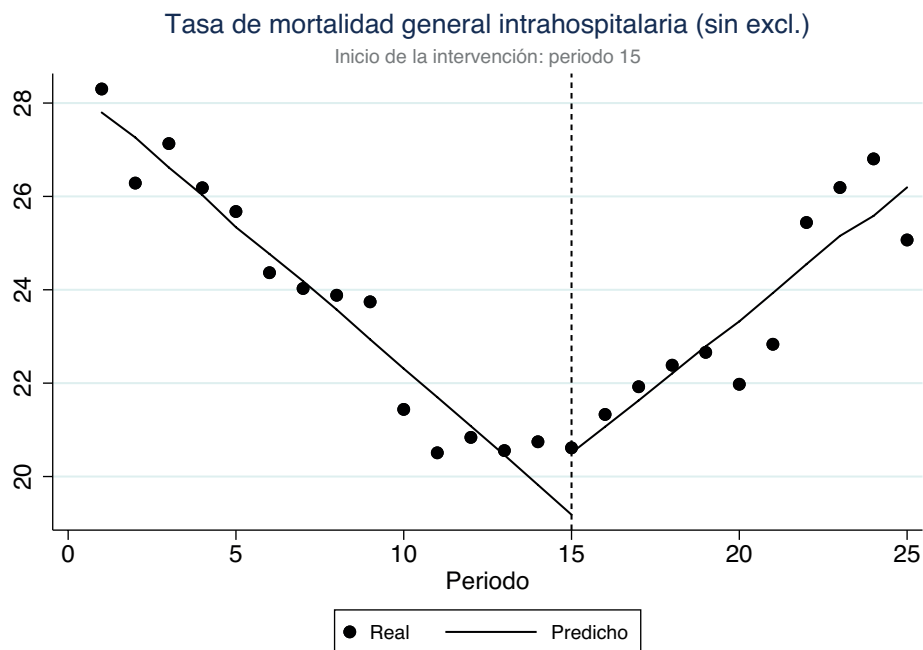


Figura 76. ASTI en la tasa de mortalidad general intrahospitalaria (incluye egresos obstétricos); año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

Como en el caso previo, el resultado es desfavorable, al encontrarse que a partir de la acreditación se incrementa la mortalidad intrahospitalaria en los establecimientos que se acreditan en comparación con los que no lo hacen.

Tasa de bacteriemias (como afección secundaria)

A continuación, se muestra la estimación del impacto de la acreditación en la tasa de bacteriemias con afección secundaria, indicador de seguridad del paciente, y para el que se espera un signo negativo en términos del impacto y la tendencia.

En el Cuadro 32. *Resultado de la tasa de bacteremias (como afección secundaria), niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión* se muestra el impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 33 se muestra el impacto en la diferencia respecto de 2013. El balance de los grupos se muestra en la figura 77 y la figura 78, para el nivel en 2015 y la diferencia respecto de 2013, de la tasa de bacteriemias (como afección secundaria). Como se observa, contrario a lo deseable, el coeficiente es positivo en los casos que resulta significativo, tanto para el cambio de nivel, como para el cambio entre 2013 y 2015.

Cuadro 32. Resultado de la tasa de bacteremias (como afección secundaria), niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	0.1	0.1	0.2**	0.1**	0.2	0.2
Valor p	0.232	0.298	0.010	0.022	0.319	0.315
IC 95%	[-0.0, 0.2]	[-0.1, 0.2]	[0.1, 0.4]	[0.0, 0.2]	[-0.2, 0.5]	[-0.2, 0.5]
Observaciones	548	570	548	570	548	570
Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1						
^β Se excluyen los acreditados en el 2015.						

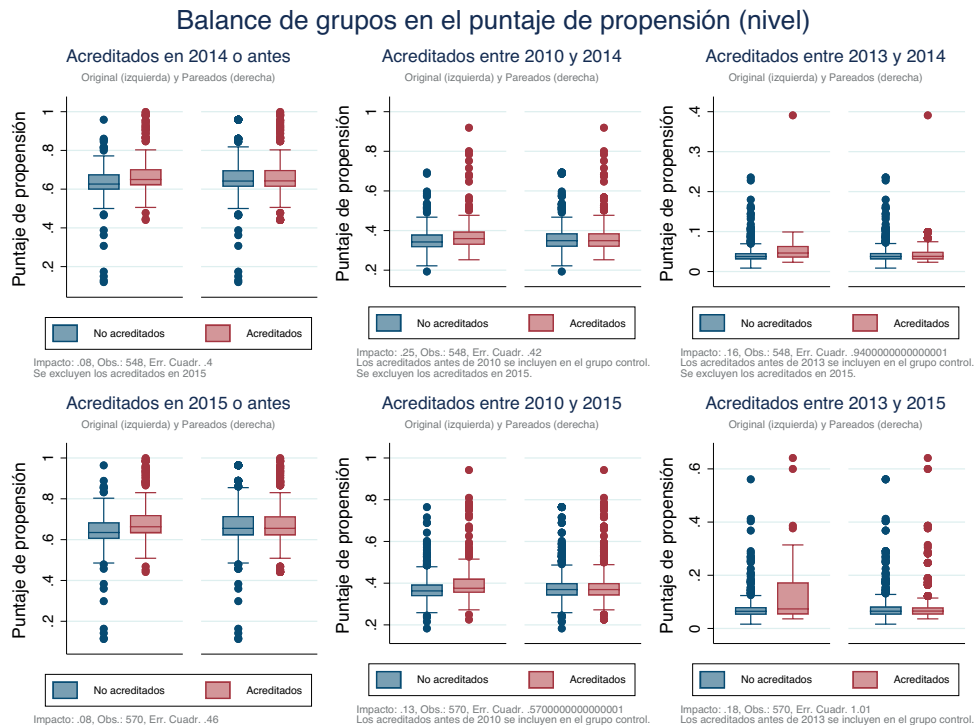


Figura 77. Balance de grupos para la tasa de bacteremias (como afección secundaria) (nivel)

Cuadro 33. Resultado de la tasa de bacteremias (como afección secundaria), diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	0.0	0.0	0.3**	0.2**	0.1	0.2
Valor p	0.658	0.538	0.026	0.024	0.267	0.359
IC 95%	[-0.1, 0.2]	[-0.1, 0.2]	[0.0, 0.5]	[0.0, 0.3]	[-0.1, 0.4]	[-0.2, 0.5]
Observaciones	547	569	547	569	547	569
Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1						
^β Se excluyen los acreditados en el 2015.						

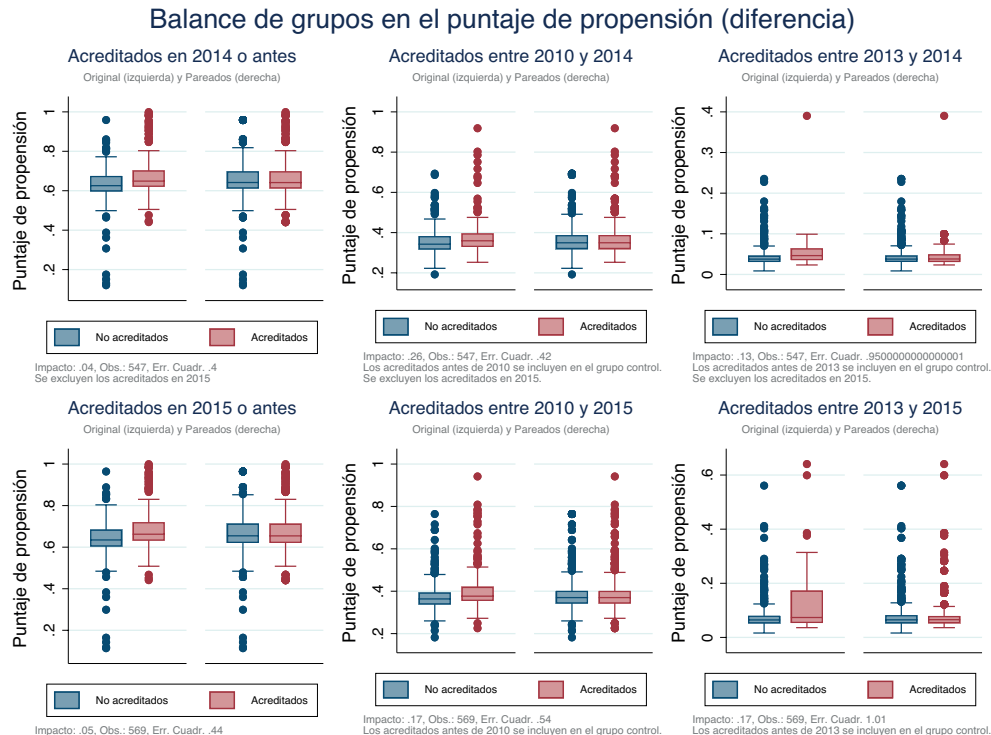


Figura 78. Balance de grupos para la tasa de bacteremias (como afección secundaria) (diferencia)

En el Cuadro 34. *Análisis en series de tiempo interrumpidas en la tasa de bacteremias (como afección secundaria)* se muestran los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 79 y la figura 80, respectivamente. En este caso, el análisis sugiere un impacto con el signo esperado (negativo) al considerar el nivel, pero no significativo para la tendencia.

Cuadro 34. Análisis en series de tiempo interrumpidas en la tasa de bacteremias (como afección secundaria)

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	0.3***	0.3***	-0.2	-0.2
Valor p	0.001	0.000	0.195	0.128
IC 95%	[0.1 , 0.4]	[0.2 , 0.4]	[-0.4 , 0.1]	[-0.6 , 0.1]
Tendencia	0.0	-0.0	0.1*	0.0
Valor p	0.750	0.813	0.082	0.384
IC 95%	[-0.1 , 0.2]	[-0.1 , 0.1]	[-0.0 , 0.1]	[-0.0 , 0.1]
Impacto	-1.9*	-1.3*	-0.9***	-0.7**
Valor p	0.061	0.089	0.005	0.039
IC 95%	[-3.9 , 0.1]	[-2.9 , 0.2]	[-1.4 , -0.3]	[-1.3 , -0.0]
Cambio de tend.	0.6*		-0.2***	-0.2***
Valor p	0.066		0.000	0.003
IC 95%	[-0.0 , 1.3]		[-0.3 , -0.1]	[-0.3 , -0.1]
Punto de partida	-1.7**	-1.7**	2.8*	3.8**
Valor p	0.014	0.019	0.065	0.040
IC 95%	[-3.0 , -0.4]	[-3.1 , -0.3]	[-0.2 , 5.9]	[0.2 , 7.3]
Periodos	18	18	25	25
R cuadrada	0.631	0.514	0.786	0.666
Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).				
Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1				
Egresos: Promedio diario de egresos				

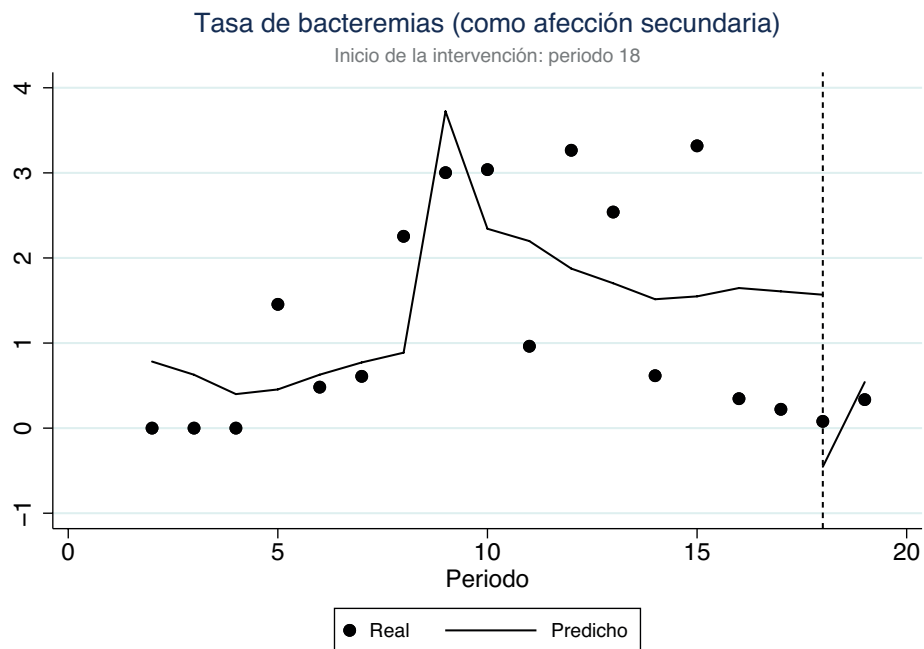


Figura 79. ASTI en la tasa de bacteremias (como afección secundaria); mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

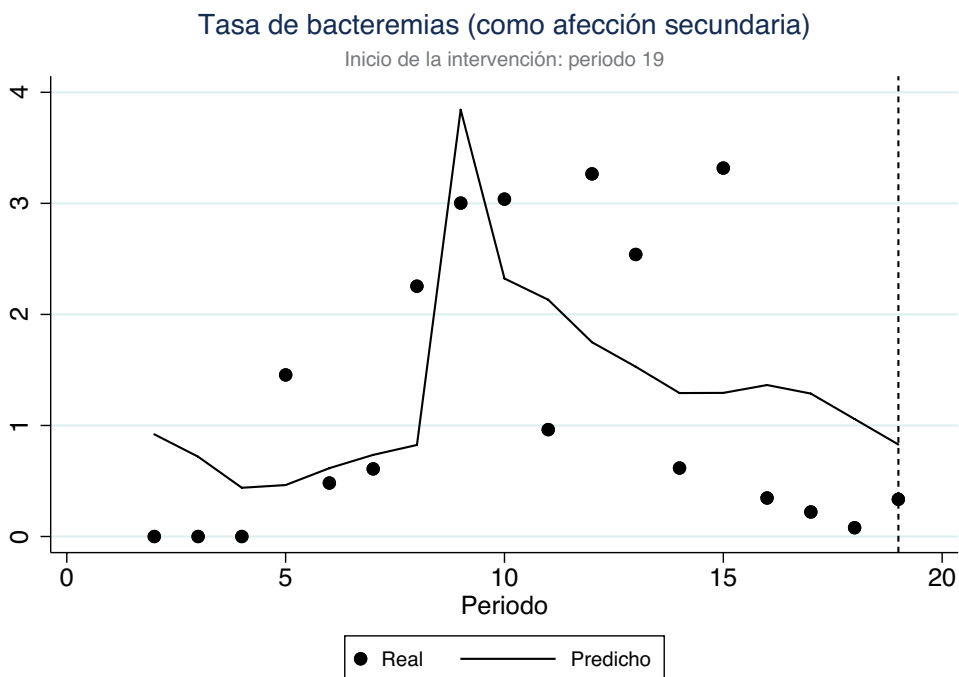


Figura 80. ASTI en la tasa de bacteremias (como afección secundaria); año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

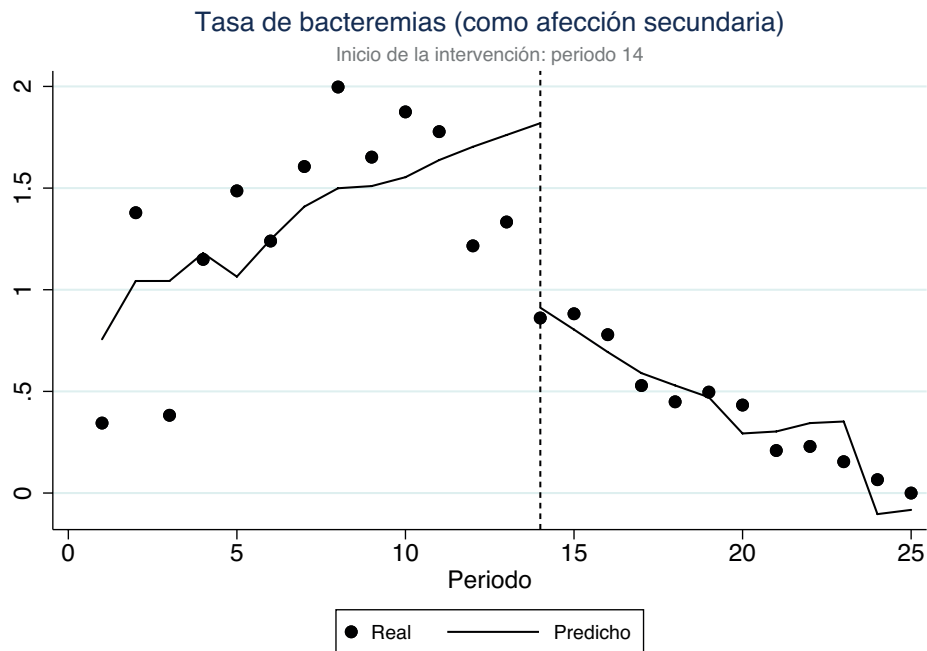


Figura 81. ASTI en la tasa de bacteremias (como afección secundaria); mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

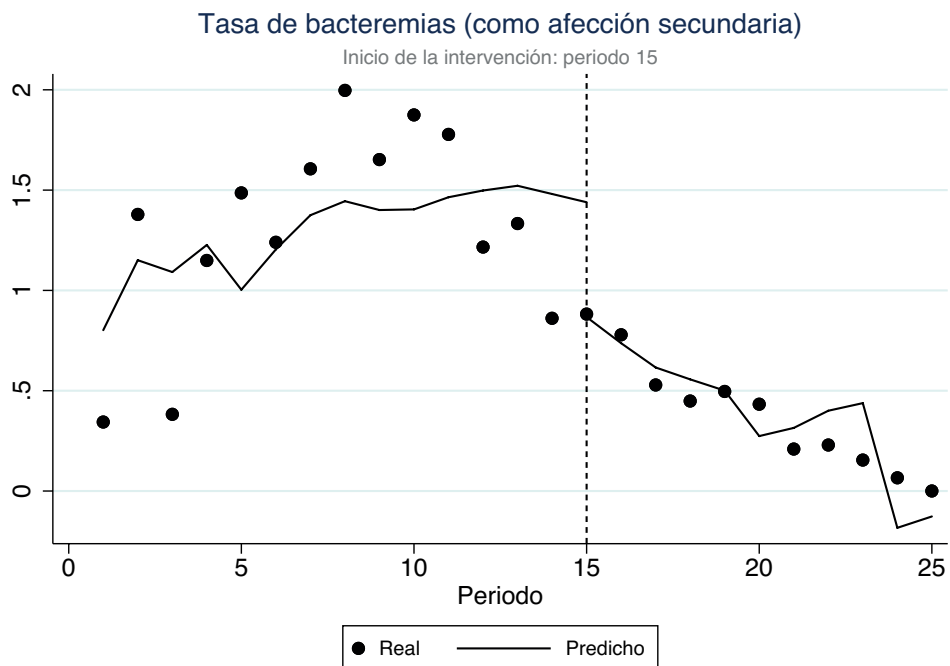


Figura 82. ASTI en la tasa de bacteremias (como afección secundaria); año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

Los resultados son no concluyentes al contrastar lo que se obtiene por el pareamiento con lo observado con el análisis de STI, lo que indica es que no se cuenta con evidencia de que la acreditación haya incidido en este indicador, si bien por el comportamiento del mismo es en particular complejo identificar resultados.

Tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo al miocardio

A continuación, se muestra la estimación del impacto de la acreditación en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM. Como indicador de efectividad, se espera un comportamiento descendiente a partir de la acreditación.

En el análisis de pareamiento considerando el universo restringido (Cuadro 35. Resultados de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM. Universo restringido) señala la ausencia de impactos significativos de la acreditación en la mortalidad por IAM.

Cuadro 35. Resultados de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM. Universo restringido

	Nivel	Diferencia
Impacto	16.5	-3.2
Valor p	0.319	0.704
IC 95%	[-16.0 , 49.0]	[-19.6 , 13.2]
Observaciones	52	35
Significancia estadística: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$		

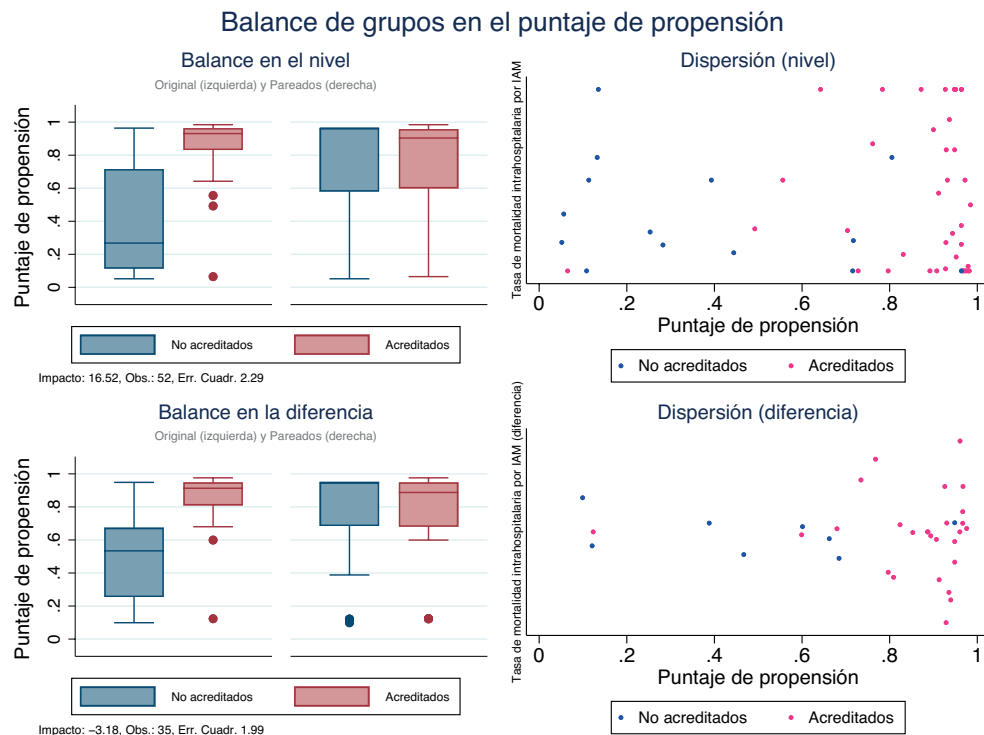


Figura 83. Balance de grupos para tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM. Universo restringido

En el Cuadro 36. *Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM, niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión* se muestra el impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 37 se muestra el impacto en la diferencia respecto de 2013. El balance de los grupos se muestra en la figura 84 y la figura 85, para el nivel en 2015 y la diferencia respecto de 2013, de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM. En lo general, no hay resultados significativos, y el único que se observa en el análisis del cambio entre 2013 y 2015 es con el signo contrario al deseable, esto es, un coeficiente positivo que implicaría mayor mortalidad por IAM en establecimientos acreditados.

Cuadro 36. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM, niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	-0.2	-1.4	2.2	4.5	24.1	-1.1
Valor p	0.967	0.785	0.594	0.325	0.126	0.920
IC 95%	[-9.9, 9.5]	[-11.5, 8.7]	[-5.9, 10.3]	[-4.5, 13.5]	[-6.8, 55.0]	[-22.6, 20.4]
Observaciones	304	322	304	322	304	322

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

Balance de grupos en el puntaje de propensión (nivel)

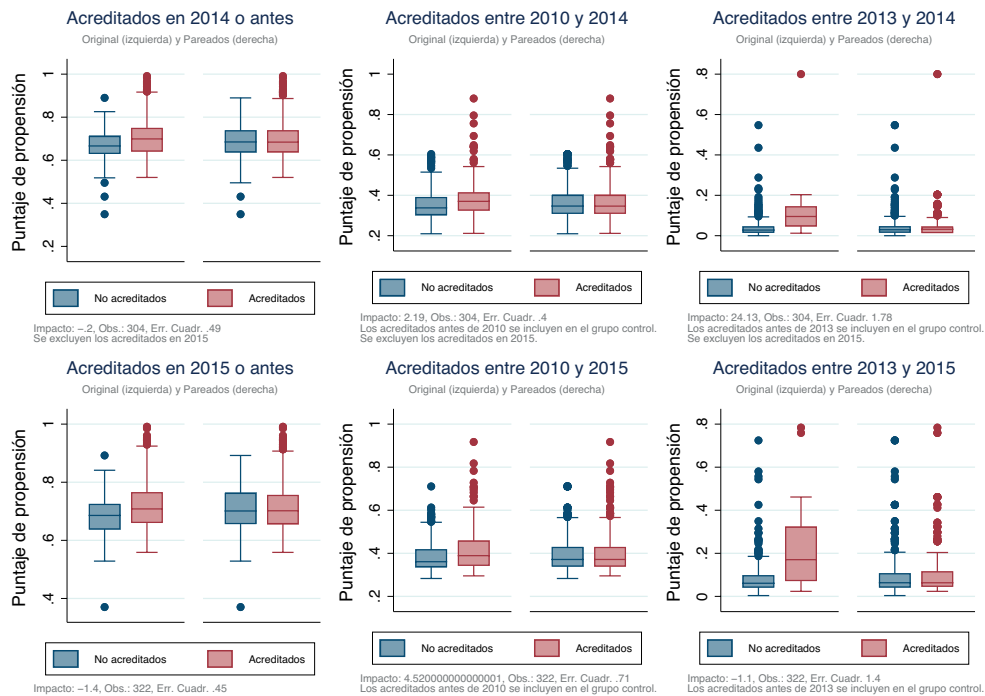


Figura 84. Balance de grupos para la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (nivel)

Cuadro 37. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM, diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	-0.7	2.3	5.6	7.7*	4.6	9.6
Valor p	0.902	0.663	0.252	0.093	0.799	0.102
IC 95%	[-11.8, 10.4]	[-8.2, 12.9]	[-4.0, 15.1]	[-1.3, 16.6]	[-31.0, 40.2]	[-1.9, 21.2]
Observaciones	258	273	258	273	258	273

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

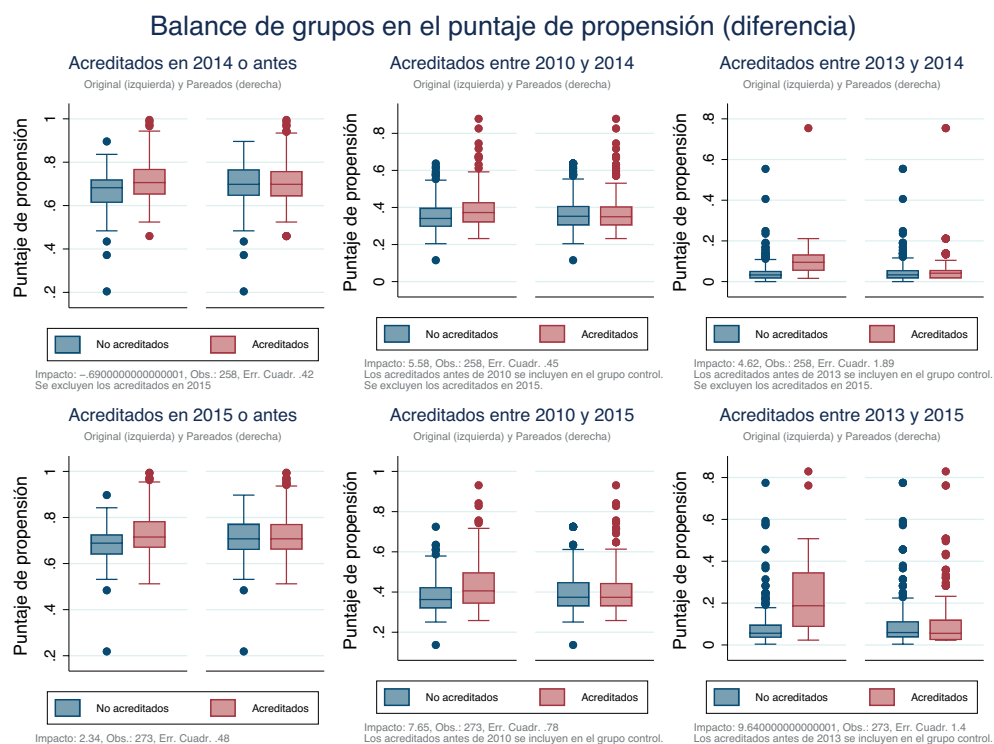


Figura 85. Balance de grupos para la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (diferencia)

En el Cuadro 38. *Análisis en series de tiempo Interrumpidas de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM* se muestran los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 86 y la figura 87, respectivamente. No hay resultados significativos.

Cuadro 38. Análisis en series de tiempo interrumpidas de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	-1.7***	-1.6***	-1.7**	-1.9***
Valor p	0.005	0.009	0.021	0.009
IC 95%	[-2.8 , -0.6]	[-2.7 , -0.4]	[-3.2 , -0.3]	[-3.3 , -0.5]
Tendencia	0.4	0.1	0.0	-0.0
Valor p	0.476	0.763	0.875	0.965
IC 95%	[-0.7 , 1.4]	[-0.9 , 1.1]	[-0.2 , 0.2]	[-0.2 , 0.2]
Impacto	-3.7	3.8	0.3	0.9
Valor p	0.503	0.411	0.697	0.249
IC 95%	[-15.1 , 7.8]	[-5.8 , 13.4]	[-1.5 , 2.2]	[-0.6 , 2.4]
Cambio de tend.	-0.4	-4.8***	-0.0	-0.1
Valor p	0.888	0.008	0.970	0.595
IC 95%	[-5.6 , 4.9]	[-8.2 , -1.5]	[-0.3 , 0.3]	[-0.3 , 0.2]
Punto de partida	44.9***	44.3***	45.7***	47.6***
Valor p	0.000	0.000	0.000	0.000
IC 95%	[28.3 , 61.6]	[27.0 , 61.7]	[28.7 , 62.7]	[31.6 , 63.6]
Periodos	20	20	25	25
R cuadrada	0.191	0.209	0.853	0.870

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Egresos: Promedio diario de egresos

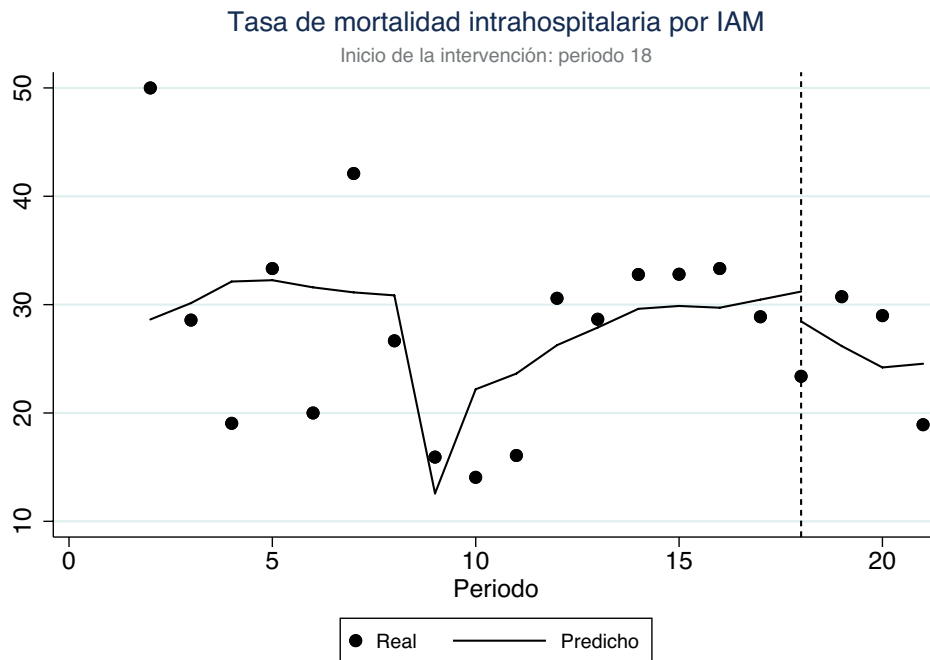


Figura 86. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

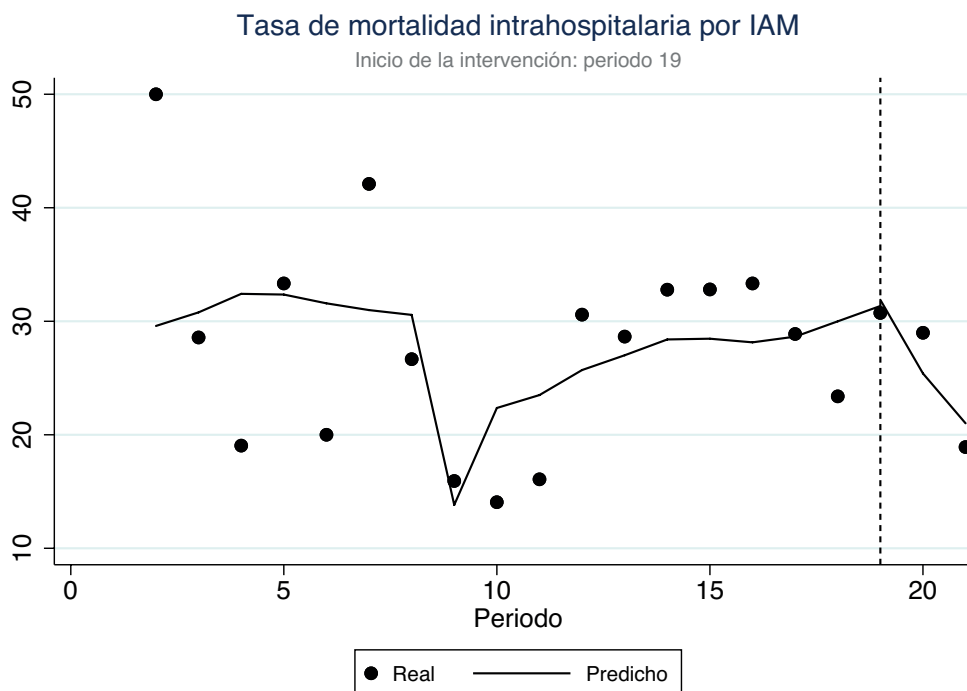


Figura 87. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

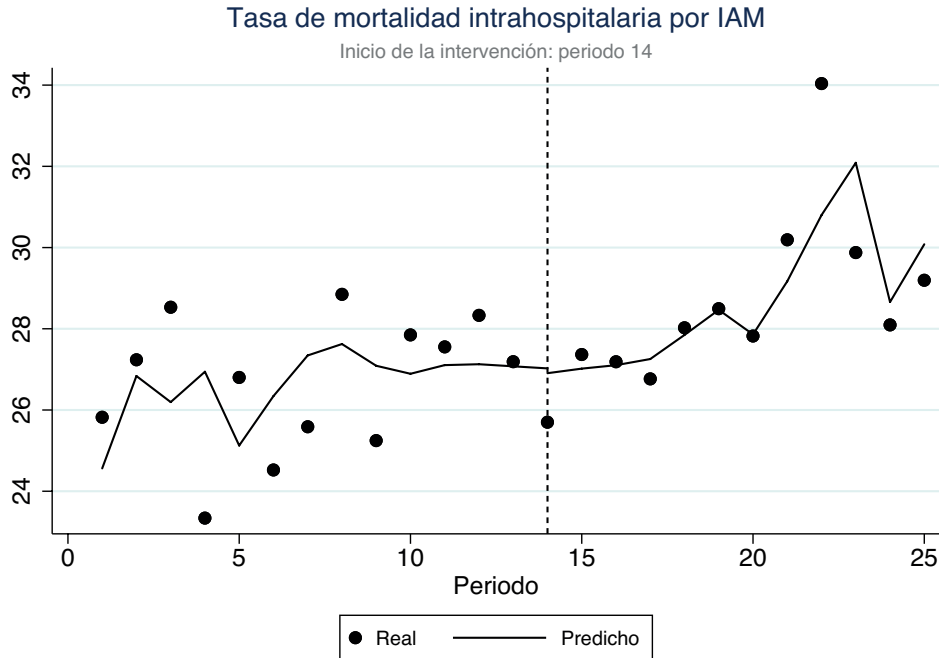


Figura 88. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

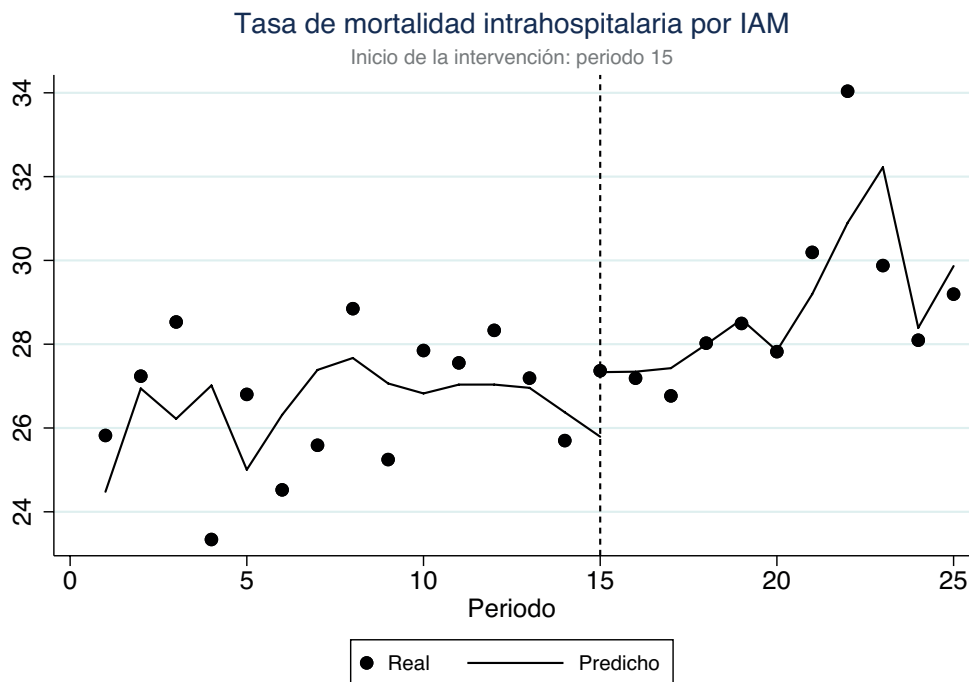


Figura 89. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

La acreditación no parece tener incidencia en la mortalidad intrahospitalaria por IAM de acuerdo con los resultados mostrados, que son consistentes entre los dos abordajes implementados.

Tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo al miocardio (sin exclusión por procedencia)

A continuación, se muestra la estimación del impacto de la acreditación en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin exclusión procedencia), lo que permite incrementar la muestra de análisis, ya que la procedencia sólo está disponible para los establecimientos de los Sesa.

La estimación para el pareamiento con la muestra restringida (Cuadro 39. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por iam (sin excl. procedencia); pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido) expone signos opuestos en el nivel y la diferencia, pero sólo es significativa la relativa al nivel, que va en el sentido contrario al deseable, con un coeficiente positivo que implica mayor mortalidad en los establecimientos acreditados.

Cuadro 39. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia); pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido

	Nivel	Diferencia
Impacto	29.2**	-4.1
Valor p	0.042	0.675
IC 95%	[1.1 , 57.4]	[-23.4 , 15.2]
Observaciones	66	41

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

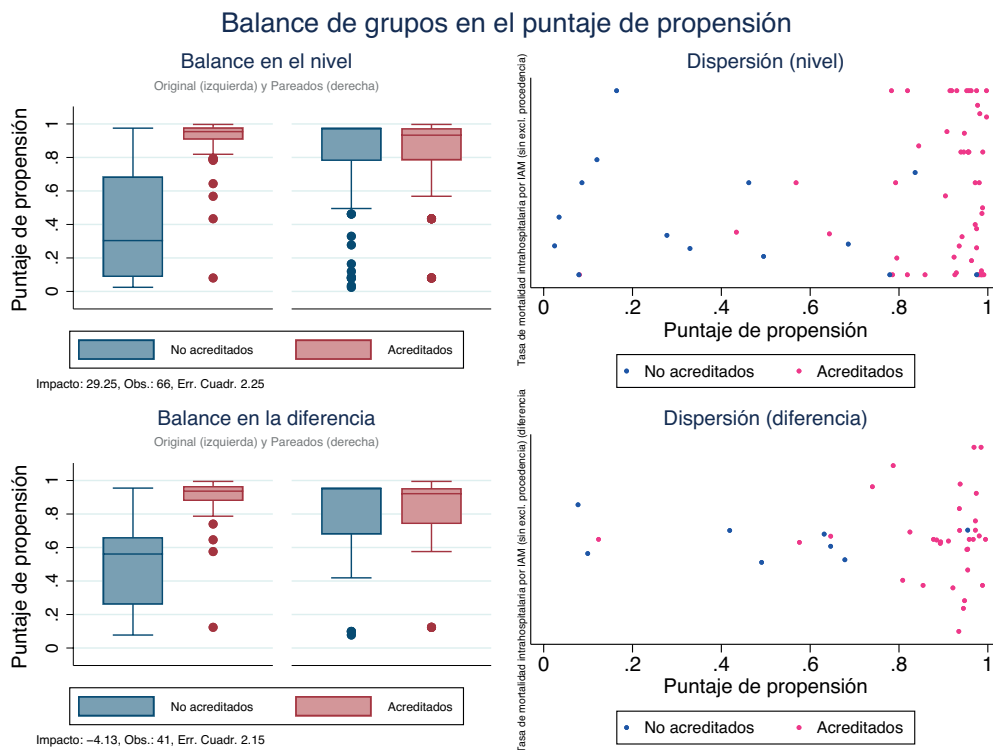


Figura 90. Balance de grupos para tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia). Universo restringido

En el Cuadro 40. *Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia), niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión* se muestra el impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 41 se muestra el impacto en la diferencia respecto de 2013. El balance de los grupos se muestra en la figura 91 y la figura 92, para el nivel en 2015 y la diferencia respecto de 2013, de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia). Para esta estimación, se observan resultados con el signo esperado (negativo) en 3 de las 6 implementaciones alternativas de grupos de comparación para el nivel en 2015 del indicador, en tanto que para el cambio entre 2013 y 2015, en 1 de las 6 implementaciones se observa por el contrario un signo positivo y significativo.

Cuadro 40. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia), niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	-9.2***	-5.6*	-7.8**	-3.4	2.8	-0.7
Valor p	0.002	0.070	0.015	0.289	0.806	0.888
IC 95%	[-14.9, -3.5]	[-11.7, 0.5]	[-14.1, -1.5]	[-9.6, 2.8]	[-19.3, 24.9]	[-11.2, 9.7]
Observaciones	638	668	638	668	638	668

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

Balance de grupos en el puntaje de propensión (nivel)

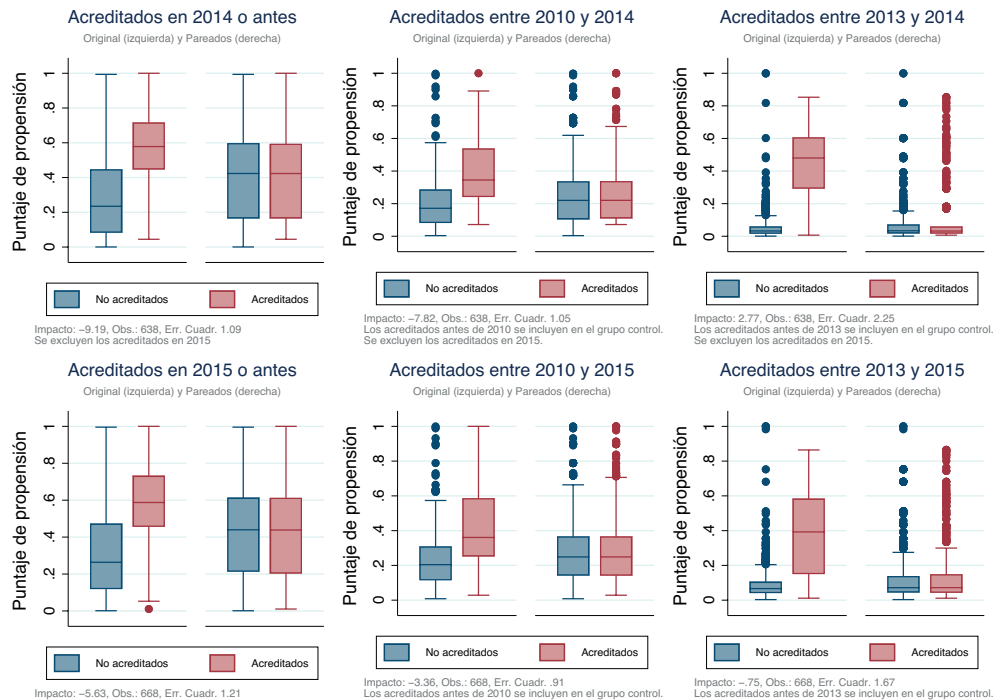


Figura 91. Balance de grupos para la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia) (nivel)

Cuadro 41. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia), diferencia* 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	3.9	3.3	4.0	6.7*	11.7	5.3
Valor p	0.210	0.426	0.187	0.070	0.436	0.381
IC 95%	[-2.2, 10.0]	[-4.8, 11.3]	[-1.9, 9.9]	[-0.6, 14.0]	[-17.7, 41.1]	[-6.5, 17.1]
Observaciones	550	577	550	577	550	577

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

Balance de grupos en el puntaje de propensión (diferencia)

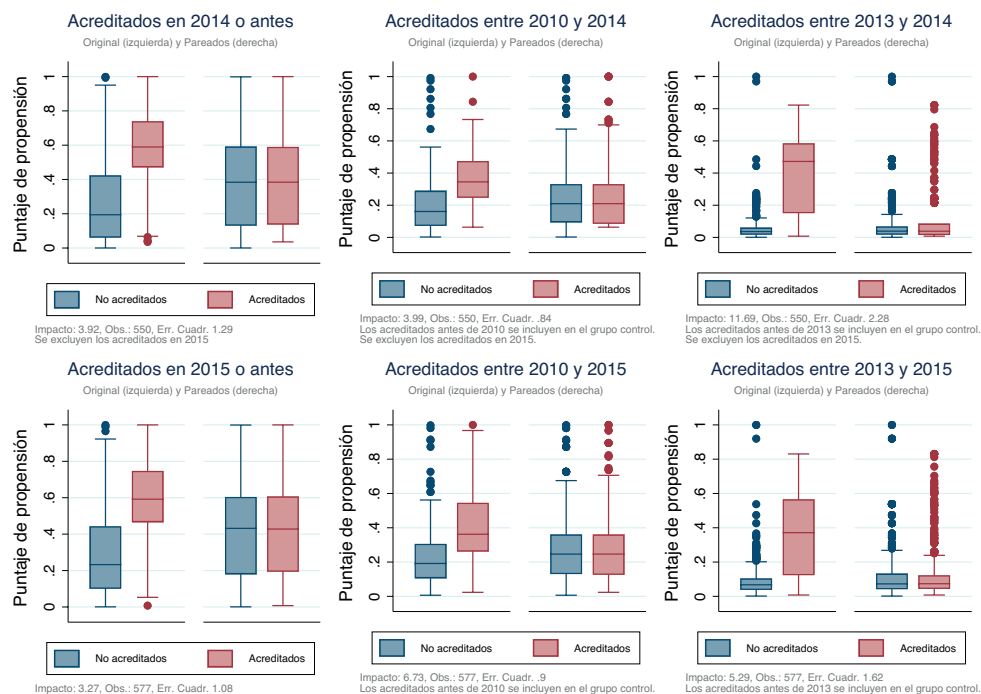


Figura 92. Balance de grupos para la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia) (diferencia*)

En el Cuadro 42. *Análisis en series de tiempo interrumpidas de tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia)* se muestran los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 93 y figura 94, para el universo restringido, y la figura 95 y figura 96, para el universo completo. No hay efectos significativos para el universo completo.

Los resultados mostrados resultan no concluyentes al mostrar signos contrarios, lo que señala que la acreditación no está incidiendo en este indicador. Esto es, la evidencia permite asegurar que la acreditación no incide en la mortalidad.

Cuadro 42. Análisis en series de tiempo interrumpidas de tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia)

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	-1.8***	-1.6***	-1.5*	-1.5**
Valor p	0.007	0.009	0.062	0.041
IC 95%	[-3.0, -0.6]	[-2.8, -0.5]	[-3.0, 0.1]	[-3.0, -0.1]
Tendencia	0.7	0.5	0.1	0.1
Valor p	0.290	0.449	0.339	0.319
IC 95%	[-0.6, 2.0]	[-0.8, 1.7]	[-0.1, 0.4]	[-0.1, 0.3]
Impacto	-2.8	3.8	-0.1	0.1
Valor p	0.677	0.402	0.937	0.935
IC 95%	[-17.1, 11.4]	[-5.6, 13.2]	[-2.2, 2.1]	[-1.7, 1.9]
Cambio de tend.	-2.6	-7.8***	-0.2	-0.2
Valor p	0.331	0.000	0.239	0.186
IC 95%	[-8.2, 3.0]	[-9.9, -5.7]	[-0.4, 0.1]	[-0.5, 0.1]
Punto de partida	44.8***	44.4***	42.3***	43.4***
Valor p	0.000	0.000	0.000	0.000
IC 95%	[25.3, 64.2]	[24.1, 64.7]	[24.3, 60.3]	[26.2, 60.6]
Periodos	20	20	25	25
R cuadrada	0.251	0.284	0.690	0.702

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Egresos: Promedio diario de egresos

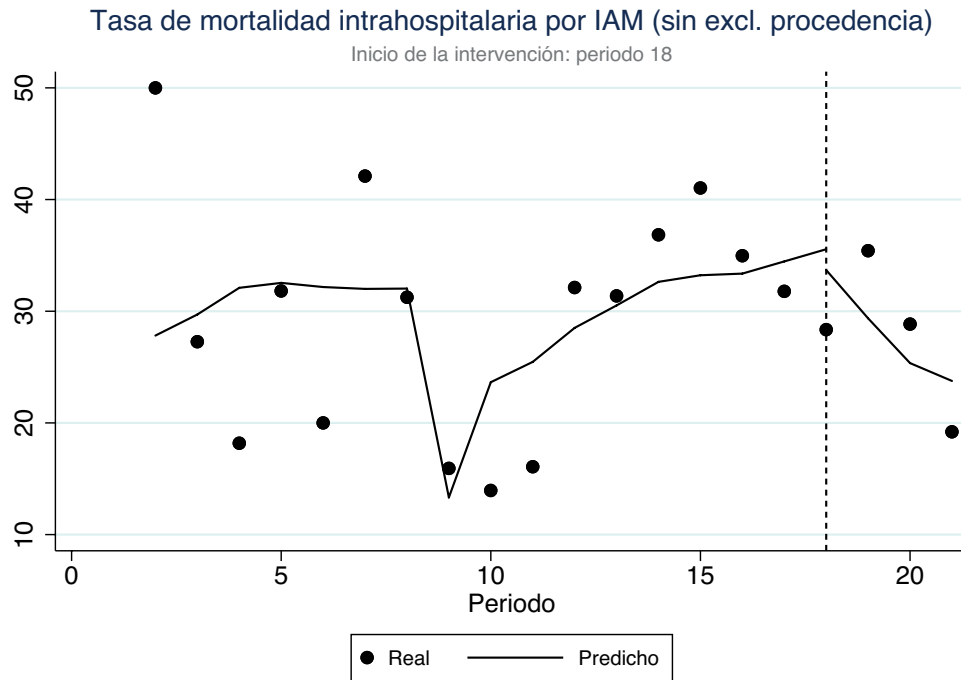


Figura 93. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia); mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

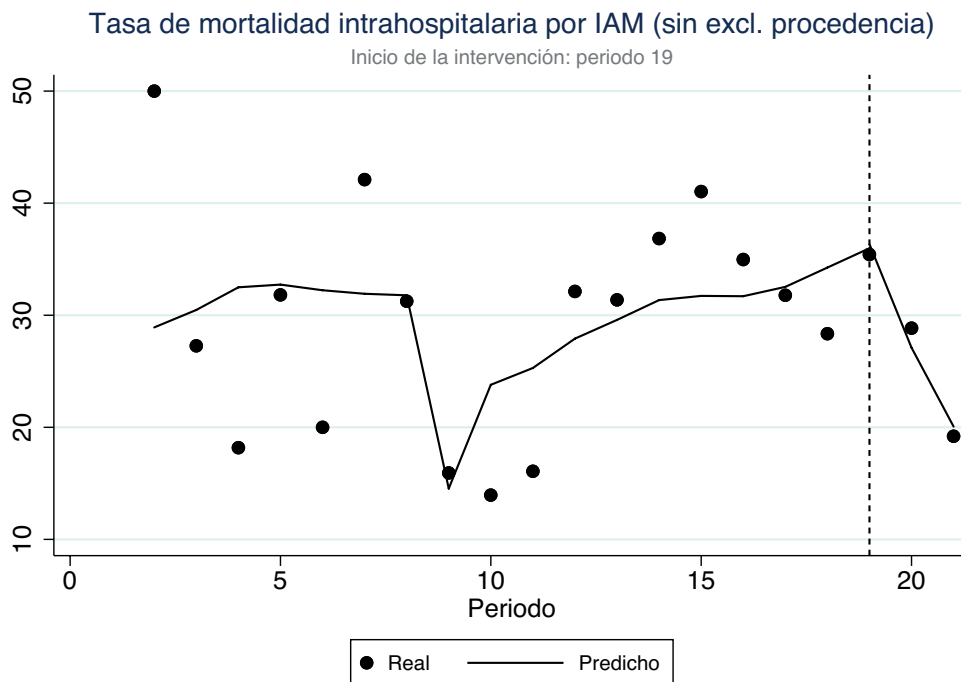


Figura 94. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia); año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

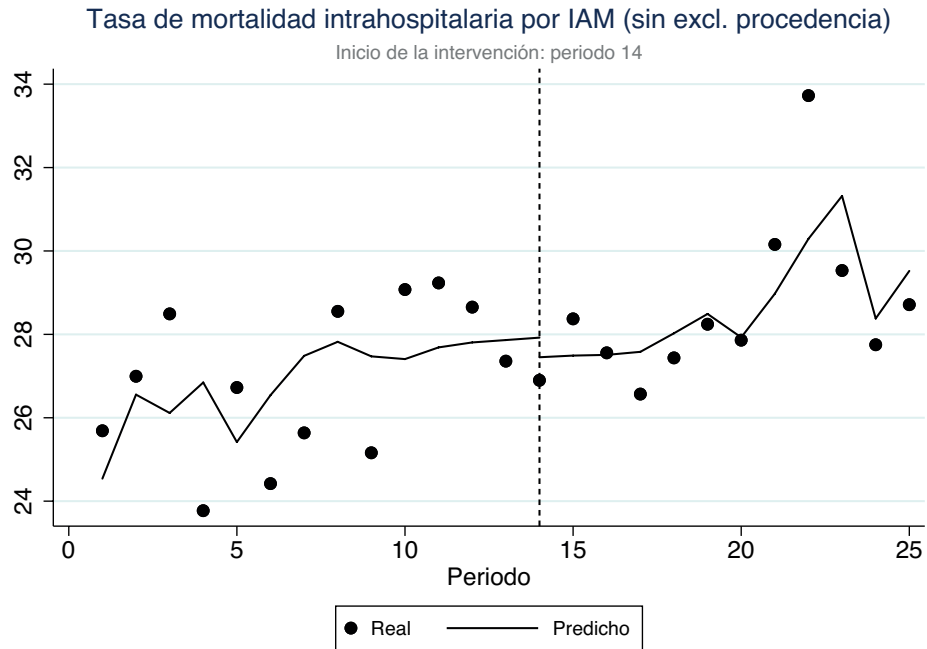


Figura 95. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia); mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

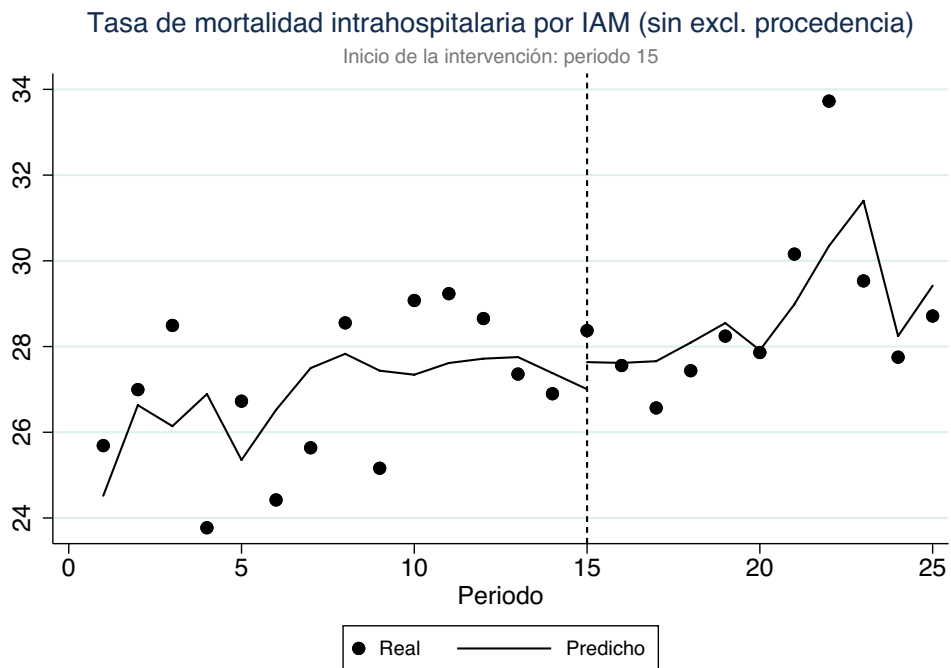


Figura 96. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia); año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

Promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin exclusión por procedencia)

A continuación, se muestra la estimación del impacto de la acreditación en el promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia) en 2015.

En el Cuadro 44. *Resultado de la promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia), niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión* se muestra el impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 45. *Resultado del promedio*

Cuadro 43. Resultado del promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia); pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido

	Nivel	Diferencia
Impacto	1.6*	
Valor p	0.071	
IC 95%	[-0.1 , 3.3]	
Observaciones	41	
Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

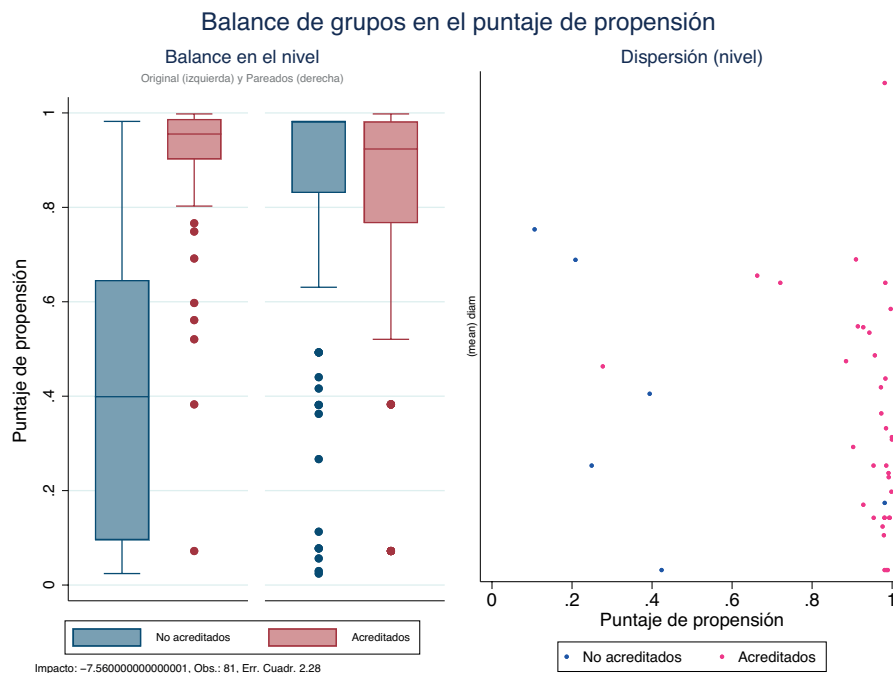


Figura 97. Balance de grupos para el promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia). Universo restringido

de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia), diferencia* 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión se muestra el impacto en la diferencia respecto de 2013. El balance de los grupos se muestra en la figura 98 y la figura 99, para el nivel en 2015 y la diferencia respecto de 2013, del promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia).

En el Cuadro 42. *Análisis en series de tiempo interrumpidas de tasa de mortalidad intrahospitalaria por IAM (sin excl. procedencia)* se muestran los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 100 y figura 101, para el universo restringido, y en la figura 102 y la figura 103, para el universo completo.

Los resultados señalan que la acreditación no está incidiendo en este indicador en el sentido esperado, mostrando un incremento en los días de estancia.

Cuadro 44. Resultado de la promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia), niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	-0.0	-0.0	0.0	-0.0	1.7**	0.2
Valor p	0.903	0.981	0.868	0.983	0.011	0.640
IC 95%	[-0.4 , 0.3]	[-0.4 , 0.4]	[-0.3 , 0.4]	[-0.6 , 0.6]	[0.4 , 3.0]	[-0.6 , 1.0]
Observaciones	648	678	648	678	648	678

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

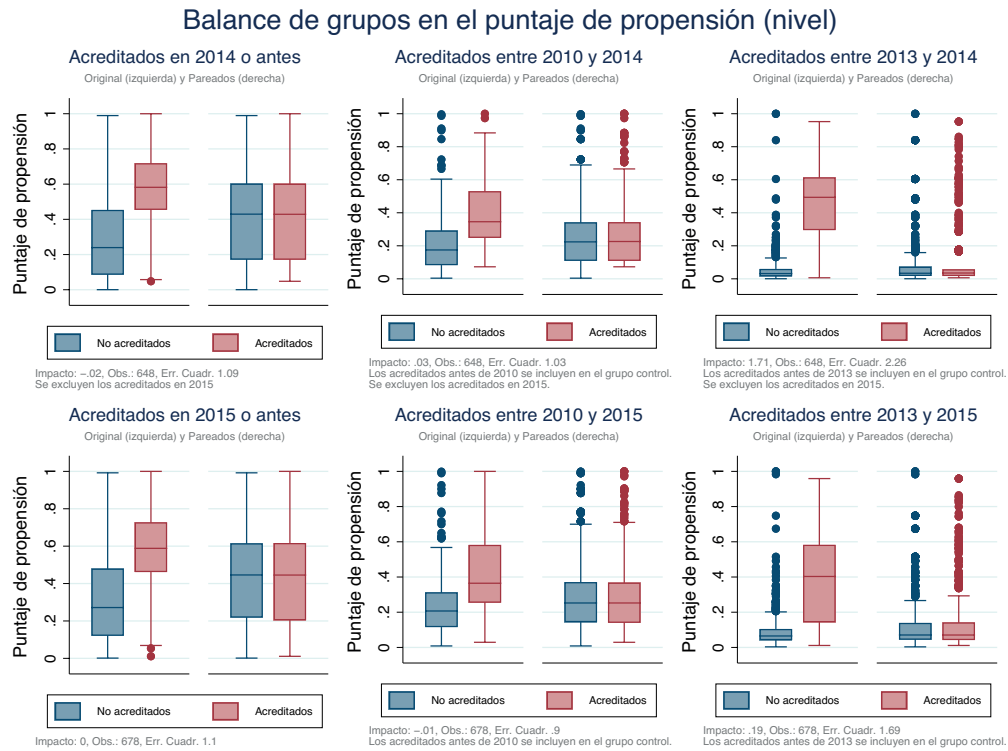


Figura 98. Balance de grupos para el promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia) (nivel)

Cuadro 45. Resultado del promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia), diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	-0.3	-0.3	-0.2	-0.2	1.1*	0.2
Valor p	0.150	0.307	0.136	0.455	0.086	0.730
IC 95%	[-0.7, 0.1]	[-0.8, 0.2]	[-0.5, 0.1]	[-0.8, 0.4]	[-0.2, 2.4]	[-0.7, 1.1]
Observaciones	558	586	558	586	558	586

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

Balance de grupos en el puntaje de propensión (diferencia)

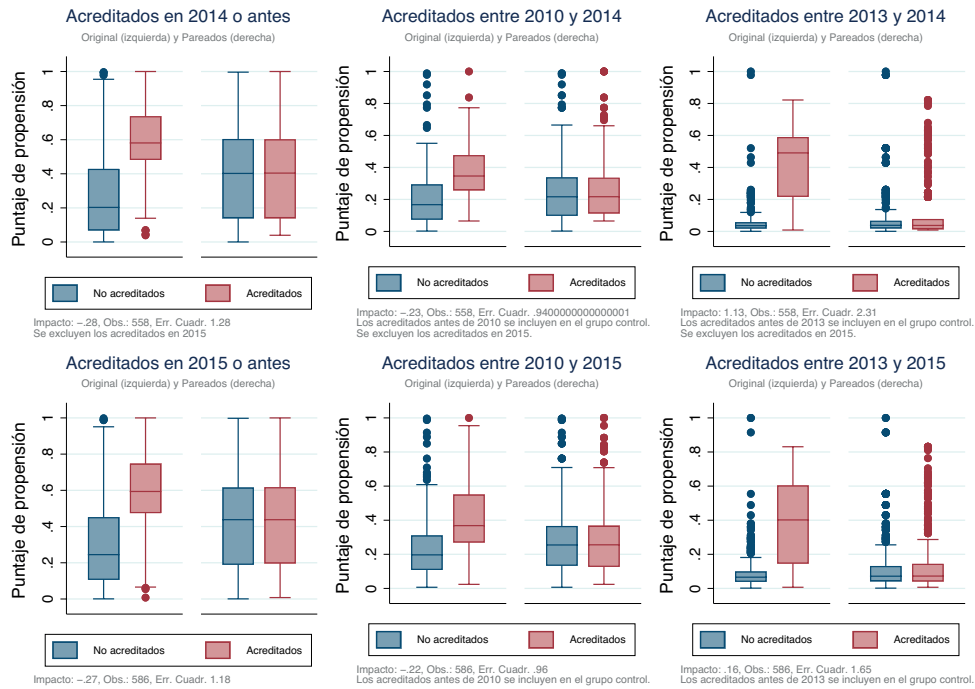


Figura 99. Balance de grupos para el promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia) (diferencia)

Cuadro 46. Análisis en series de tiempo interrumpidas en el promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia)

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	0.3***	0.3***	-0.4***	-0.4***
Valor p	0.000	0.000	0.000	0.000
IC 95%	[0.2, 0.4]	[0.2, 0.4]	[-0.7, -0.2]	[-0.7, -0.2]
Tendencia	0.0	0.0	-0.1***	-0.1***
Valor p	0.847	0.676	0.001	0.002
IC 95%	[-0.1, 0.1]	[-0.0, 0.1]	[-0.1, -0.0]	[-0.1, -0.0]
Impacto	0.1	0.2	0.5**	0.3**
Valor p	0.579	0.265	0.021	0.038
IC 95%	[-0.4, 0.7]	[-0.2, 0.7]	[0.1, 0.8]	[0.0, 0.7]
Cambio de tend.	0.2*		-0.1**	-0.1***
Valor p	0.069		0.017	0.008
IC 95%	[-0.0, 0.3]		[-0.2, -0.0]	[-0.2, -0.0]
Punto de partida	1.3***	1.3***	11.1***	11.0***
Valor p	0.006	0.005	0.000	0.000
IC 95%	[0.4, 2.2]	[0.5, 2.1]	[8.6, 13.6]	[8.5, 13.4]
Periodos	18	18	25	25
R cuadrada	0.833	0.837	0.858	0.856

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Egresos: Promedio diario de egresos

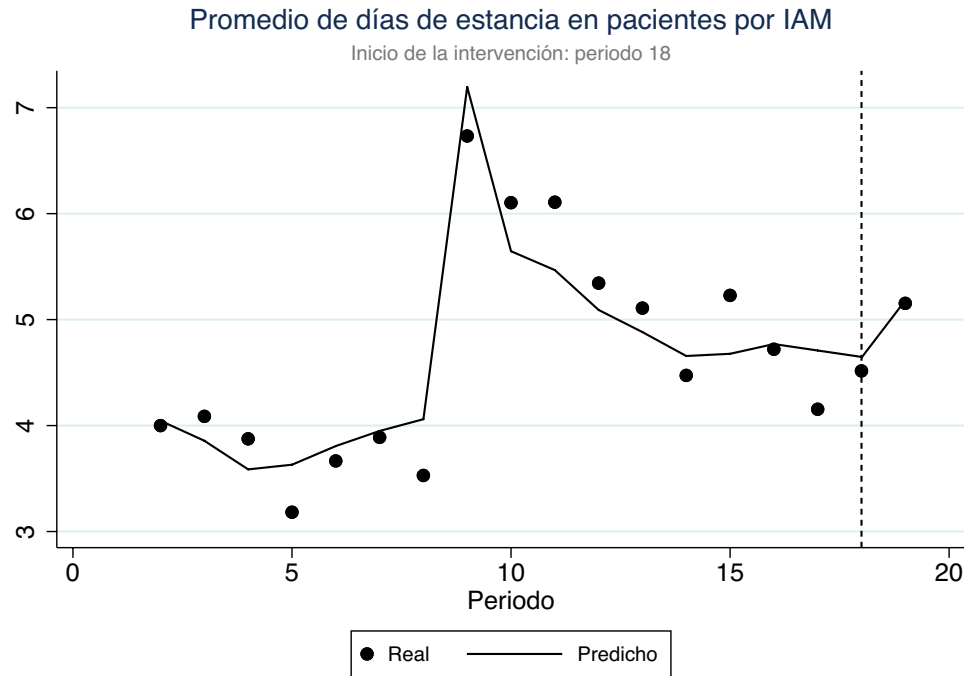


Figura 100. ASTI en el promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia); mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

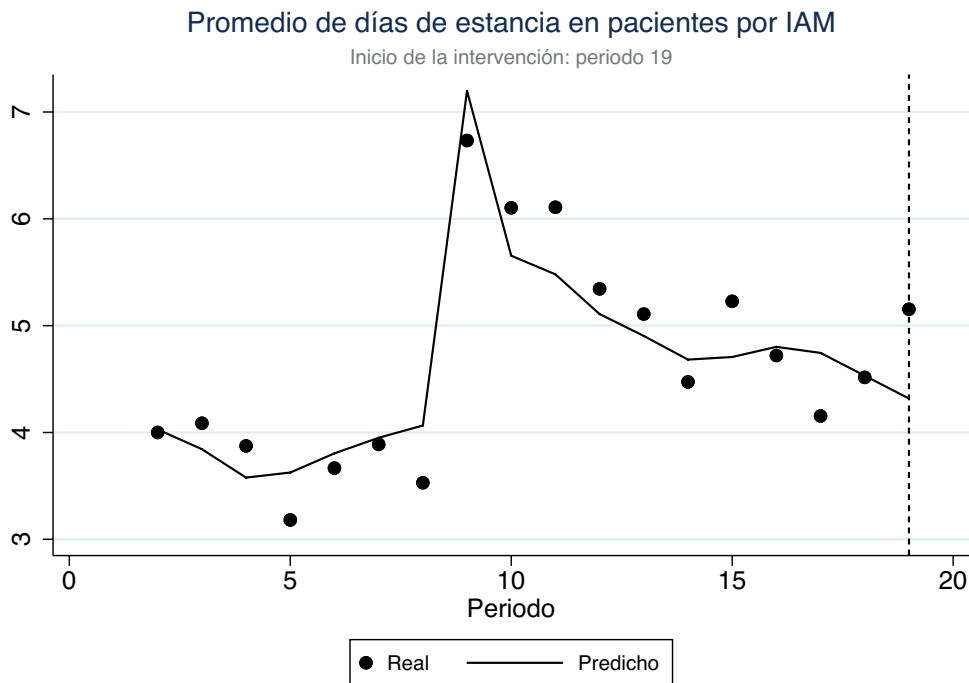


Figura 101. ASTI en el promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia); año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

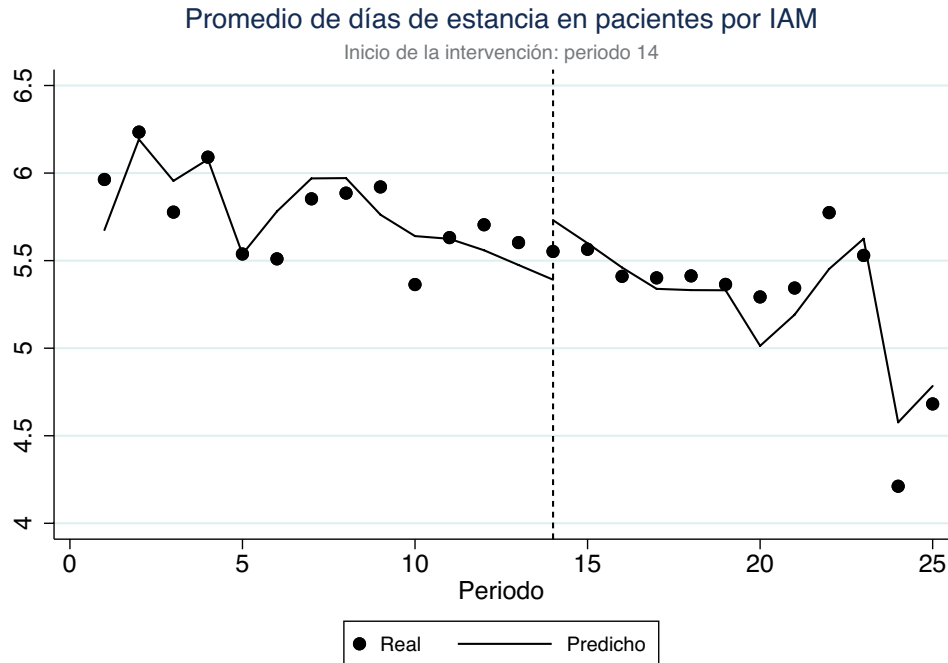


Figura 102. ASTI en el promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia); mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

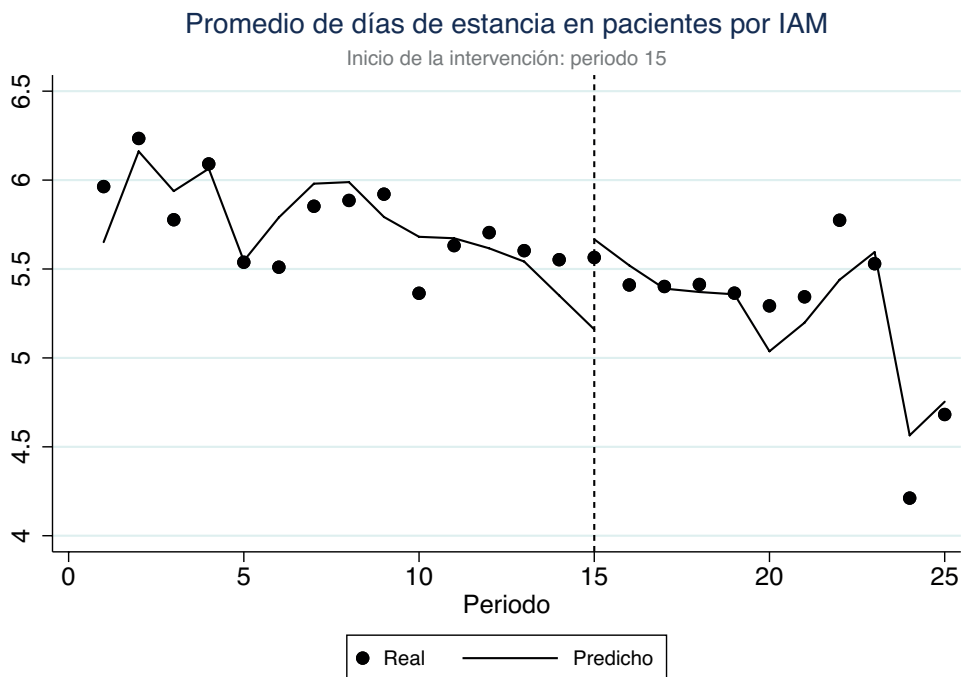


Figura 103. ASTI en el promedio de días de estancia en pacientes por IAM (sin excl. procedencia); año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

Tasa de mortalidad intrahospitalaria por diabetes mellitus tipo II

A continuación, se muestra la estimación del impacto de la acreditación en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2, otro indicador de efectividad para el que se espera un comportamiento descendiente. En esta primera implementación, se considera la versión que excluye casos procedentes de otros hospitales, esto es, la versión con mayor precisión del indicador, y sólo estimable para los establecimientos de los Sesa.

Para el pareamiento con el universo restringido, como se observa en el Cuadro 47. *Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido*, los resultados para el nivel y la diferencia en el tiempo son de signos opuestos: en tanto que el nivel decrece (lo que es favorable en relación con la acreditación), el cambio muestra un signo positivo.

En el Cuadro 48. *Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2, niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión* se muestra el impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 49 se muestra el impacto en la diferencia respecto de 2013.

Cuadro 47. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2; pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido

	Nivel	Diferencia
Impacto	-6.2**	2.3***
Valor p	0.028	0.000
IC 95%	[-11.7 , -0.7]	[1.4 , 3.2]
Observaciones	60	48

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

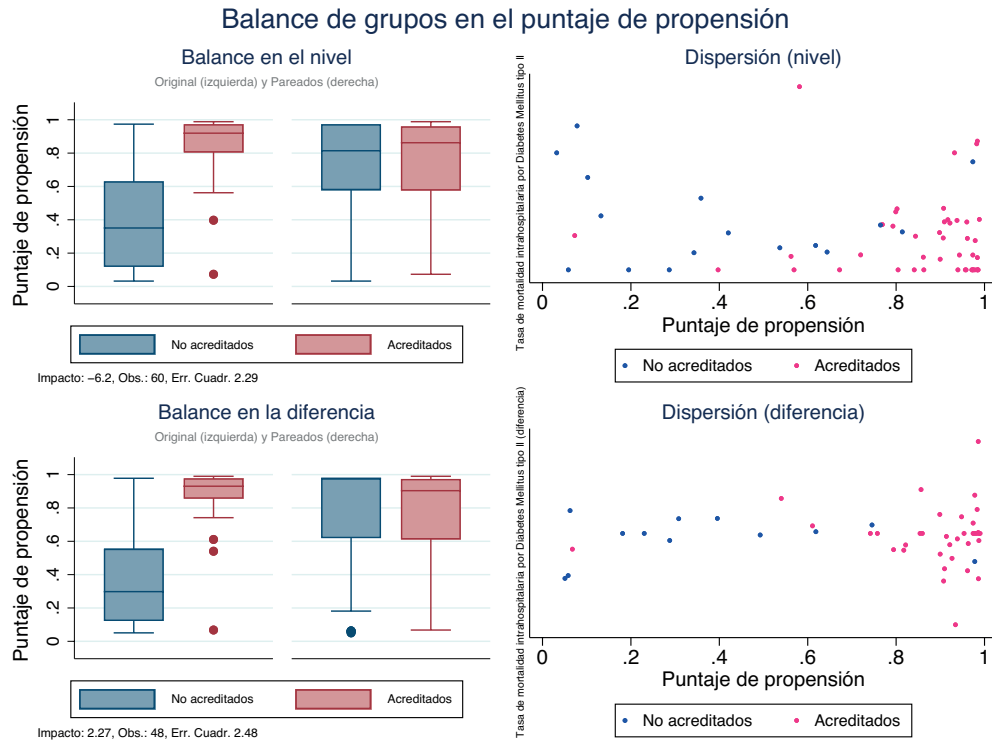


Figura 104. Balance de grupos para la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2. Universo restringido

El balance de los grupos se muestra en la figura 105 y la figura 106, para el nivel en 2015 y la diferencia respecto de 2013, de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2. Para el universo completo, no hay resultados significativos para el nivel en 2015, y sólo uno en el caso del cambio entre 2013 y 2015, pero con signo positivo, esto es, contrario al deseable, ya que implicaría un incremento en la mortalidad.

En el Cuadro 50. *Análisis en series de tiempo interrumpidas tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2* se muestran los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos

Cuadro 48. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2, niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	-0.5	0.2	0.5	0.5	0.7	1.6
Valor p	0.278	0.604	0.486	0.514	0.855	0.169
IC 95%	[-1.5 , 0.4]	[-0.6 , 1.0]	[-0.9 , 2.0]	[-0.9 , 1.9]	[-6.6 , 7.9]	[-0.7 , 3.9]
Observaciones	489	511	489	511	489	511

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

β Se excluyen los acreditados en el 2015.

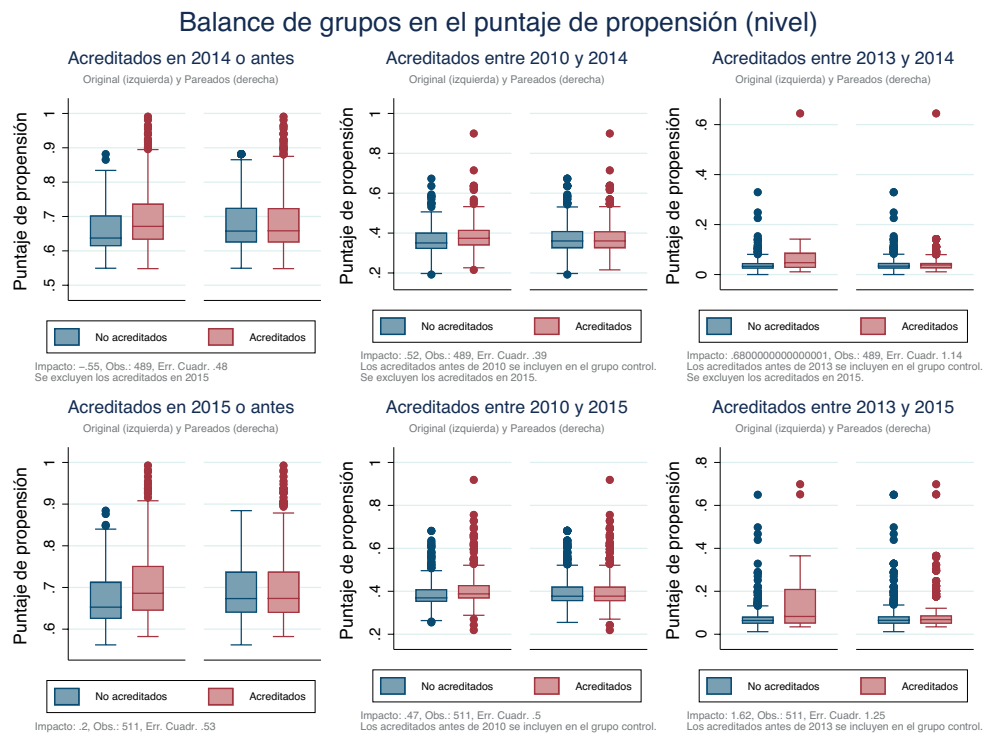


Figura 105. Balance de grupos para la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (nivel)

Cuadro 49. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2, diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	0.6	0.9	0.5	0.3	3.9***	1.1
Valor p	0.446	0.397	0.465	0.621	0.003	0.362
IC 95%	[-0.9 , 2.1]	[-1.2 , 3.1]	[-0.8 , 1.8]	[-0.8 , 1.4]	[1.3 , 6.5]	[-1.3 , 3.5]
Observaciones	473	495	473	495	473	495

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

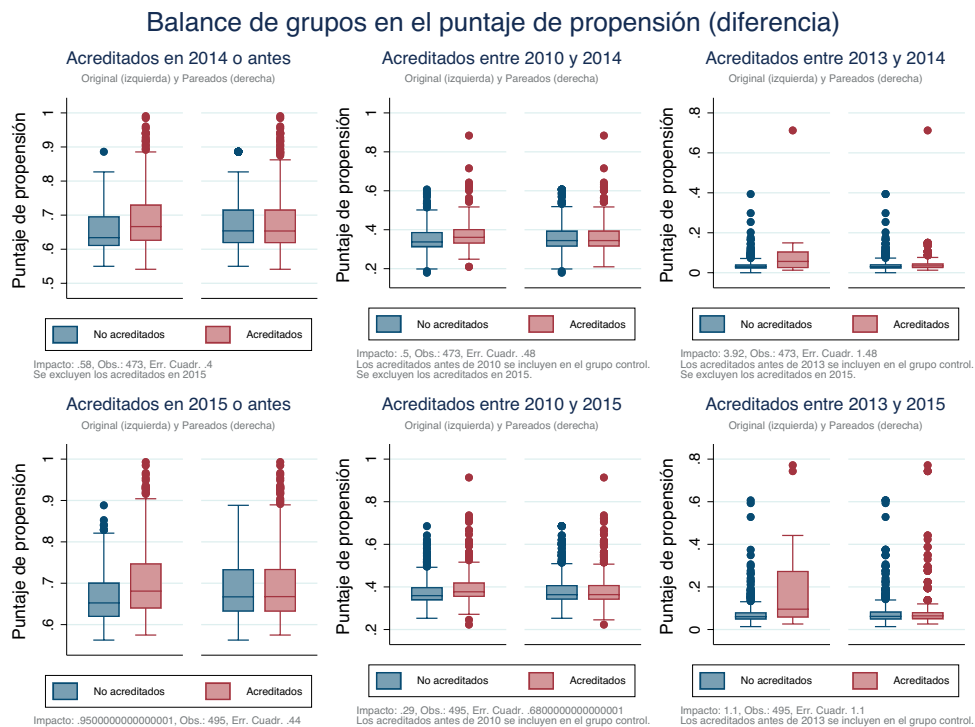


Figura 106. Balance de grupos para la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (diferencia)

momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 107 y la figura 108, respectivamente. En este caso, los resultados sugieren para el momento posterior a la acreditación un incremento en la mortalidad intrahospitalaria por DM-2.

A pesar de que el análisis gráfico sugiere una tendencia decreciente, ésta no es significativa, y no resulta asociada con la acreditación. Los resultados, al no ser significativos en lo general, implican ausencia de efecto de la acreditación.

Cuadro 50. Análisis en series de tiempo Interrumpidas tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	-0.2**	-0.1***	0.3	0.3
Valor p	0.018	0.009	0.174	0.122
IC 95%	[-0.3 , -0.0]	[-0.2 , -0.0]	[-0.1 , 0.6]	[-0.1 , 0.6]
Tendencia	-0.1	-0.1	-0.3***	-0.3***
Valor p	0.170	0.157	0.000	0.001
IC 95%	[-0.3 , 0.1]	[-0.3 , 0.1]	[-0.4 , -0.2]	[-0.4 , -0.1]
Impacto	0.3	0.1	0.1	1.4***
Valor p	0.683	0.857	0.627	0.003
IC 95%	[-1.4 , 2.0]	[-1.0 , 1.2]	[-0.4 , 0.6]	[0.5 , 2.2]
Cambio de tend.	0.8***	1.2***	0.2	0.1
Valor p	0.009	0.000	0.247	0.460
IC 95%	[0.2 , 1.3]	[0.7 , 1.7]	[-0.1 , 0.4]	[-0.2 , 0.3]
Punto de partida	7.5***	7.2***	7.5***	6.8***
Valor p	0.000	0.000	0.004	0.003
IC 95%	[5.0 , 10.0]	[4.5 , 9.8]	[2.7 , 12.3]	[2.6 , 11.0]
Periodos	20	20	25	25
R cuadrada	0.415	0.407	0.825	0.896

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Egresos: Promedio diario de egresos

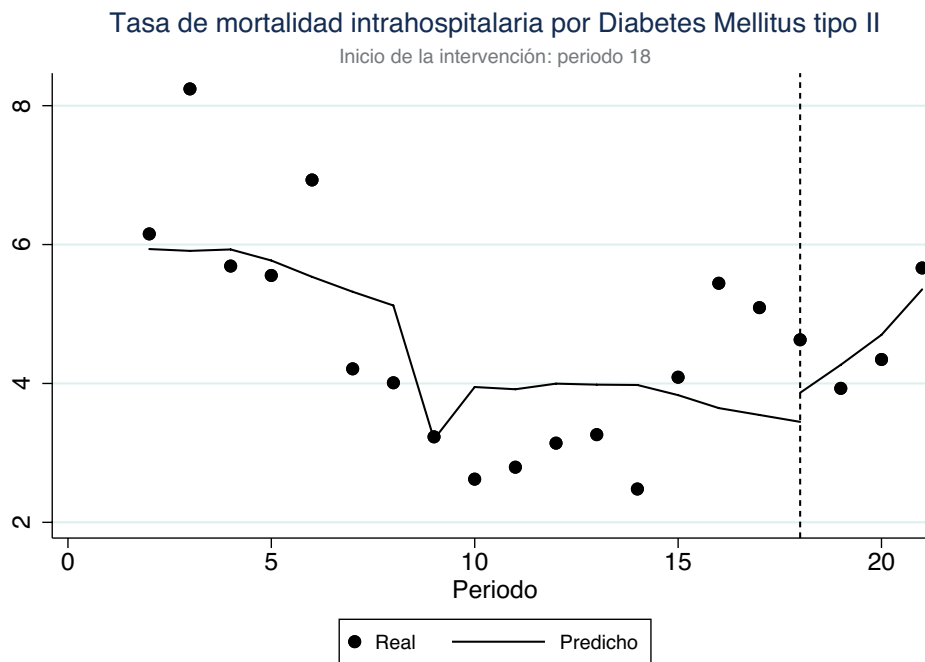


Figura 107. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

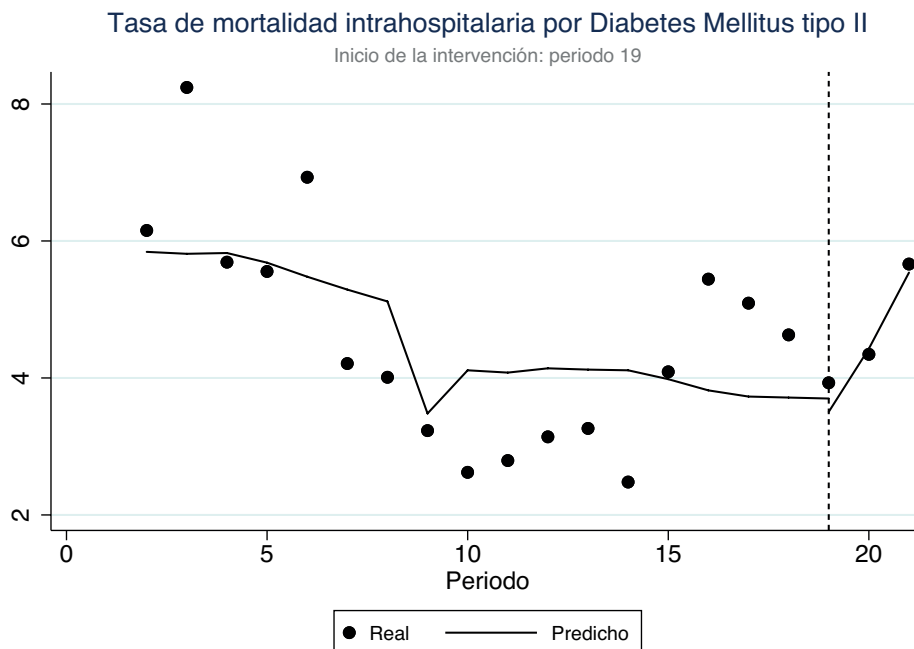


Figura 108. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

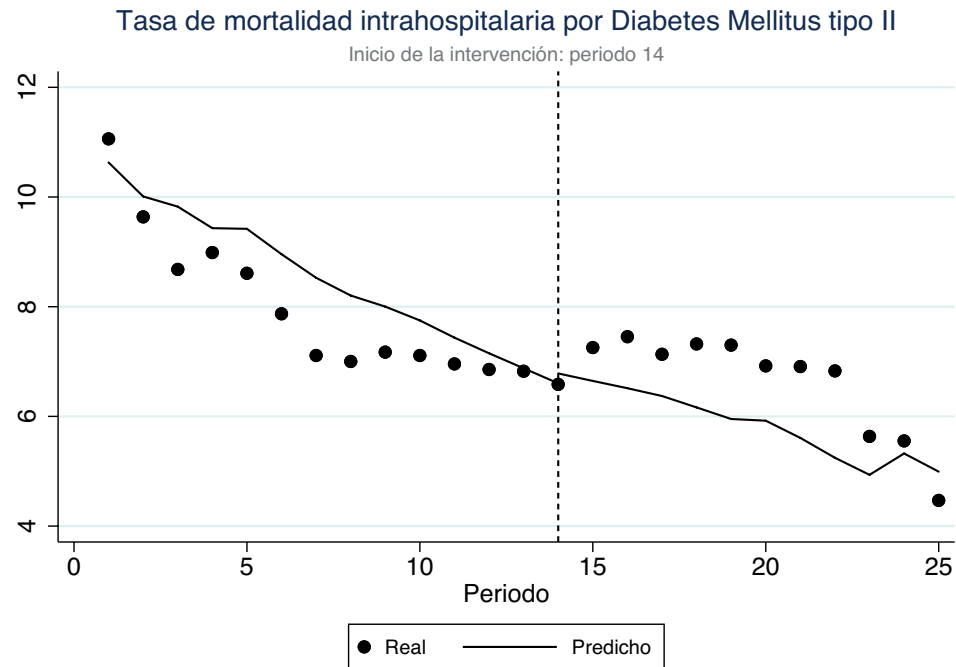


Figura 109. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2; mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

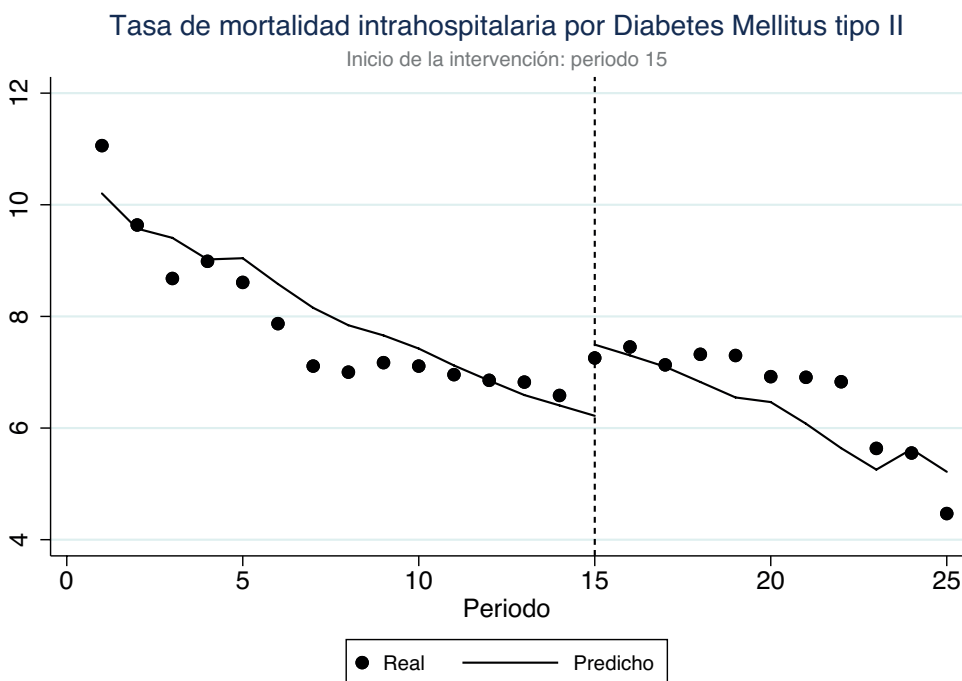


Figura 110. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2; año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

Tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 sin exclusión por procedencia

A continuación, se muestra la estimación del impacto de la acreditación en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2, en este caso sin exclusión por procedencia, con la finalidad de para incrementar el tamaño de muestra.*

También se presentan, para el universo restringido (Cuadro 51. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia); pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido), signos opuestos para el nivel (negativo) y el cambio (positivo).

En el Cuadro 52. *Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia), niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión* se muestra el impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 53 se muestra el impacto en la diferencia respecto de 2013. El balance de los grupos se muestra en la figura 112 y la figura

Cuadro 51. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia); pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido

	Nivel	Diferencia
Impacto	-7.6**	3.1**
Valor p	0.037	0.014
IC 95%	[-14.7 , -0.5]	[0.6 , 5.5]
Observaciones	81	61

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

* Muchos de los establecimientos no tienen datos sobre la procedencia de los pacientes.

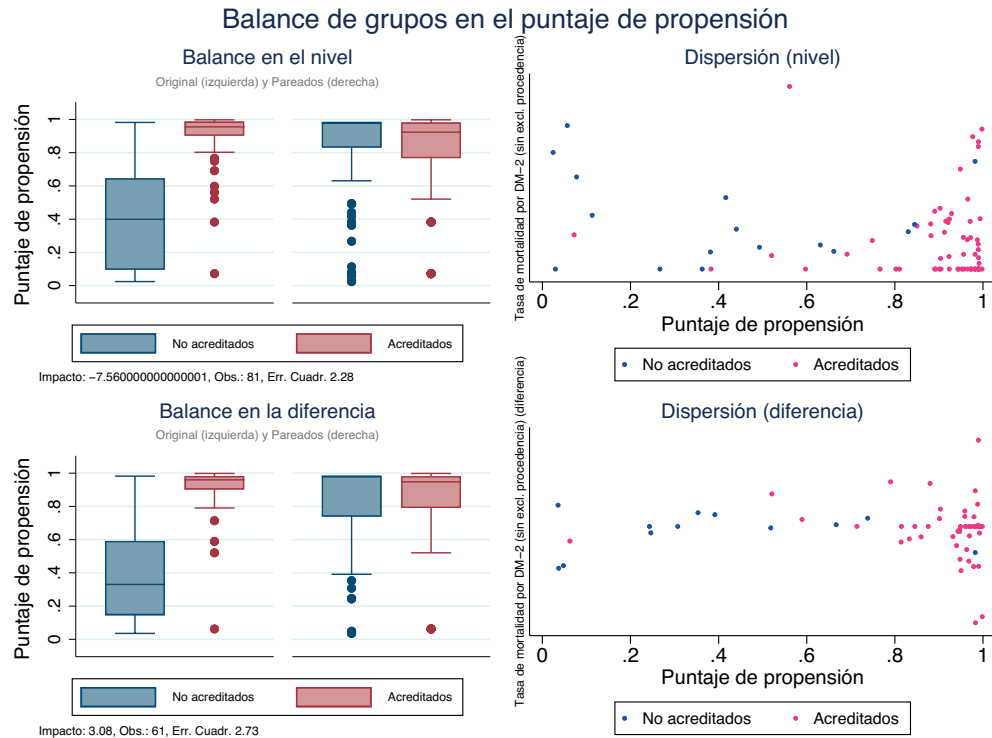


Figura 111. Balance de grupos para la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia). Universo restringido

113, para el nivel en 2015 y la diferencia respecto de 2013, de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin exclusión procedencia). Los resultados que resultan significativos en las estimaciones (2 de 6 para el nivel y 1 de 6 para el cambio entre 2013 y 2015) son de signo positivo, esto es, desfavorables para la acreditación.

En el Cuadro 54. *Análisis en series de tiempo interrumpidas en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia)* se muestran los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado

Cuadro 52. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia), niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	1.3	1.8***	0.7	0.5	2.6*	0.0
Valor p	0.204	0.003	0.252	0.335	0.075	0.993
IC 95%	[-0.7 , 3.4]	[0.6 , 3.0]	[-0.5 , 2.0]	[-0.5 , 1.4]	[-0.3 , 5.4]	[-2.4 , 2.4]
Observaciones	878	913	878	913	878	913

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

Balance de grupos en el puntaje de propensión (nivel)

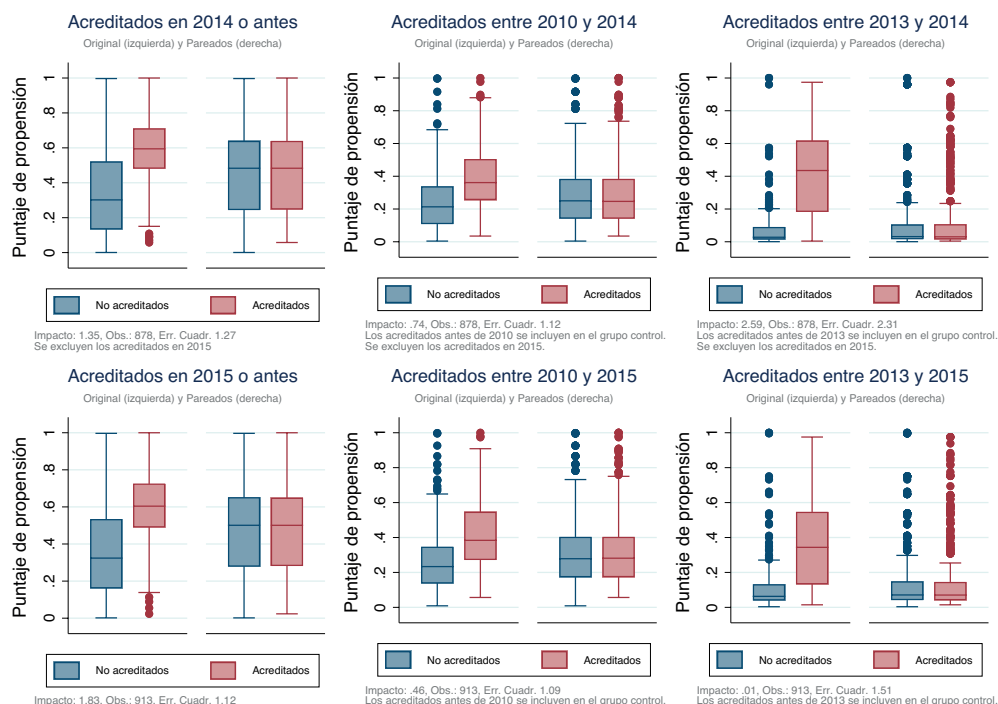


Figura 112. Balance de grupos para la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia) (nivel)

Cuadro 53. Resultado de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia), diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	0.4	0.2	1.9**	-0.0	-1.7	0.1
Valor p	0.540	0.682	0.033	0.952	0.466	0.835
IC 95%	[-0.9 , 1.8]	[-0.8 , 1.3]	[0.2 , 3.7]	[-0.8 , 0.8]	[-6.4 , 2.9]	[-1.0 , 1.3]
Observaciones	855	890	855	890	855	890

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

Balance de grupos en el puntaje de propensión (diferencia)

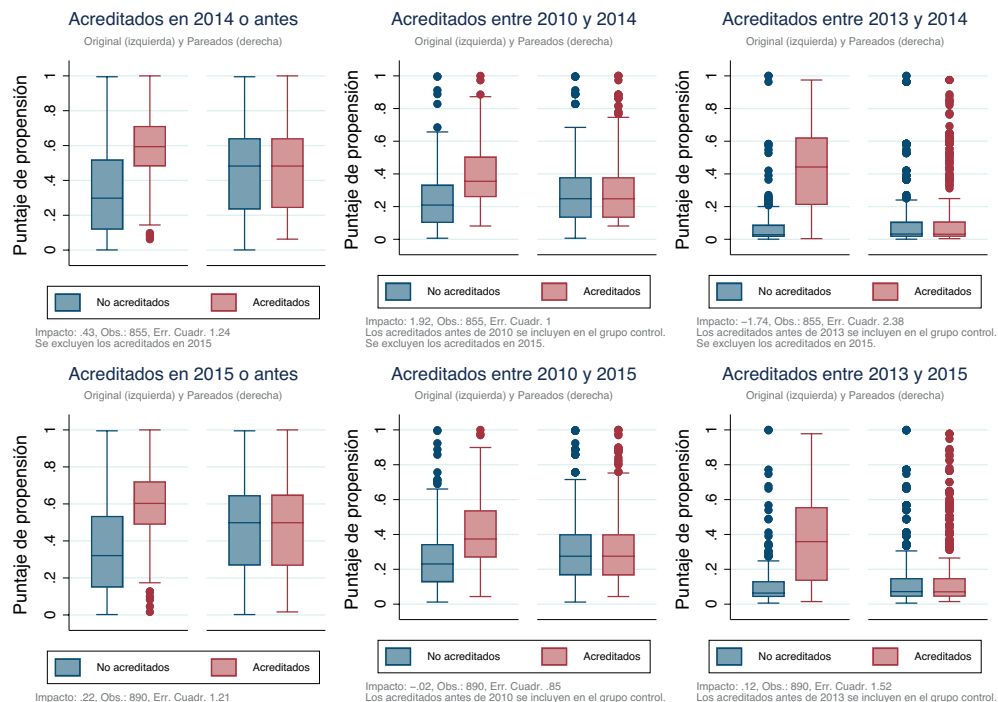


Figura 113. Balance de grupos para la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia) (diferencia)

para medir el impacto en dos momentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 114 y la figura 115, respectivamente. El signo positivo en el impacto al año posterior a la acreditación es consistente con lo observado para el pareamiento, esto es, incremento en la mortalidad.

En la lectura integrada, los resultados sugieren que a partir de la acreditación se ha incrementado la mortalidad intrahospitalaria por DM-2 en los hospitales acreditados en comparación con los no acreditados.

Cuadro 54. Análisis en series de tiempo interrumpidas en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia)

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	-0.2**	-0.2**	0.3	0.3*
Valor p	0.029	0.020	0.123	0.097
IC 95%	[-0.4 , -0.0]	[-0.3 , -0.0]	[-0.1 , 0.6]	[-0.1 , 0.6]
Tendencia	-0.2**	-0.2**	-0.3***	-0.3***
Valor p	0.043	0.035	0.000	0.000
IC 95%	[-0.3 , -0.0]	[-0.3 , -0.0]	[-0.5 , -0.2]	[-0.5 , -0.2]
Impacto	0.5	0.4	0.1	1.2***
Valor p	0.569	0.413	0.674	0.000
IC 95%	[-1.3 , 2.2]	[-0.7 , 1.5]	[-0.3 , 0.5]	[0.8 , 1.6]
Cambio de tend.	1.0***	1.5***	0.3	0.2
Valor p	0.001	0.000	0.100	0.147
IC 95%	[0.5 , 1.5]	[1.2 , 1.9]	[-0.1 , 0.6]	[-0.1 , 0.5]
Punto de partida	7.7***	7.4***	7.6***	7.4***
Valor p	0.000	0.000	0.001	0.001
IC 95%	[5.4 , 10.0]	[5.1 , 9.7]	[3.3 , 11.8]	[3.5 , 11.3]
Periodos	20	20	25	25
R cuadrada	0.562	0.539	0.792	0.854

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1
Egresos: Promedio diario de egresos

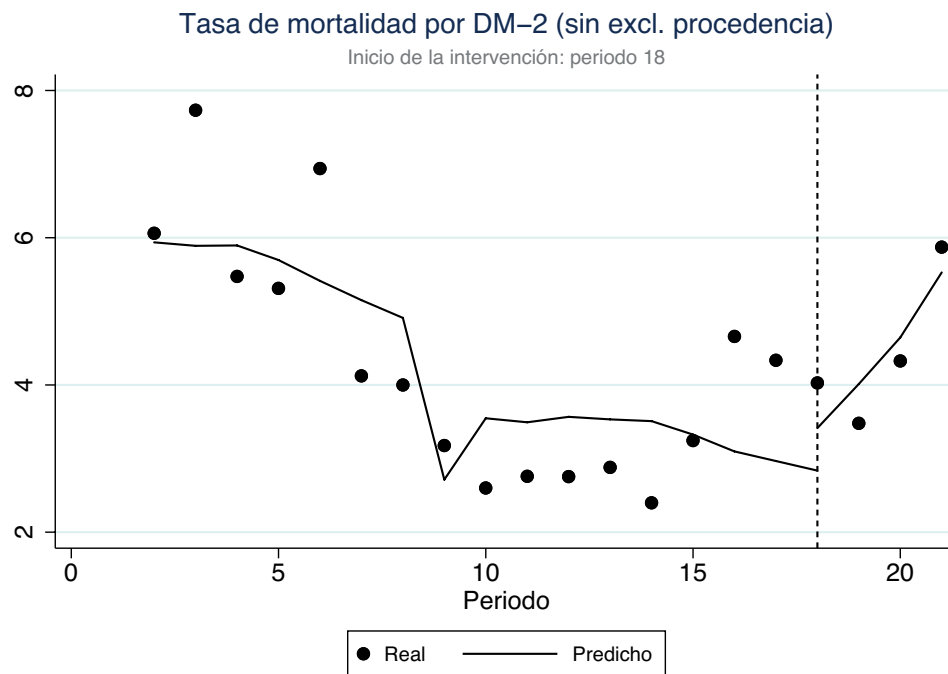


Figura 114. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia); mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

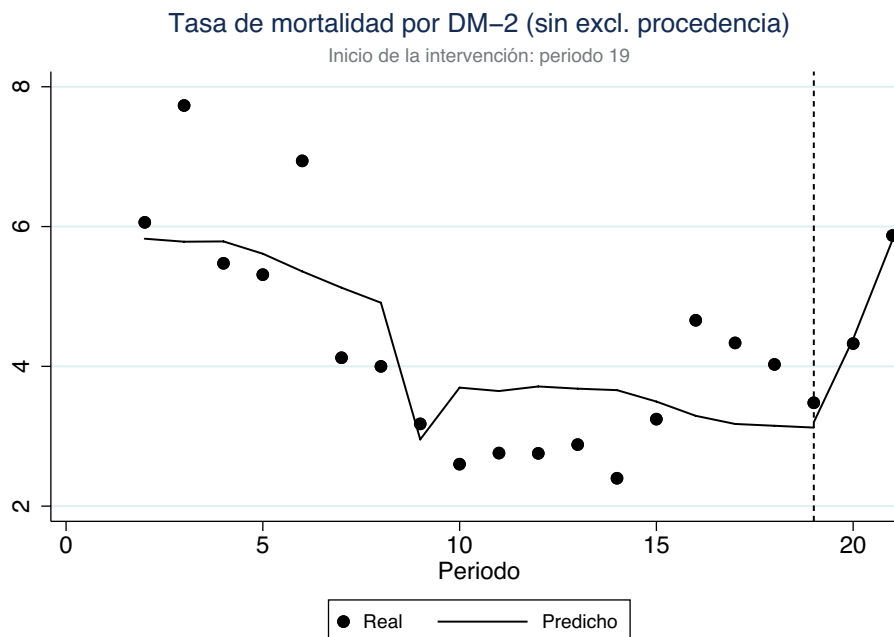


Figura 115. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia); año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

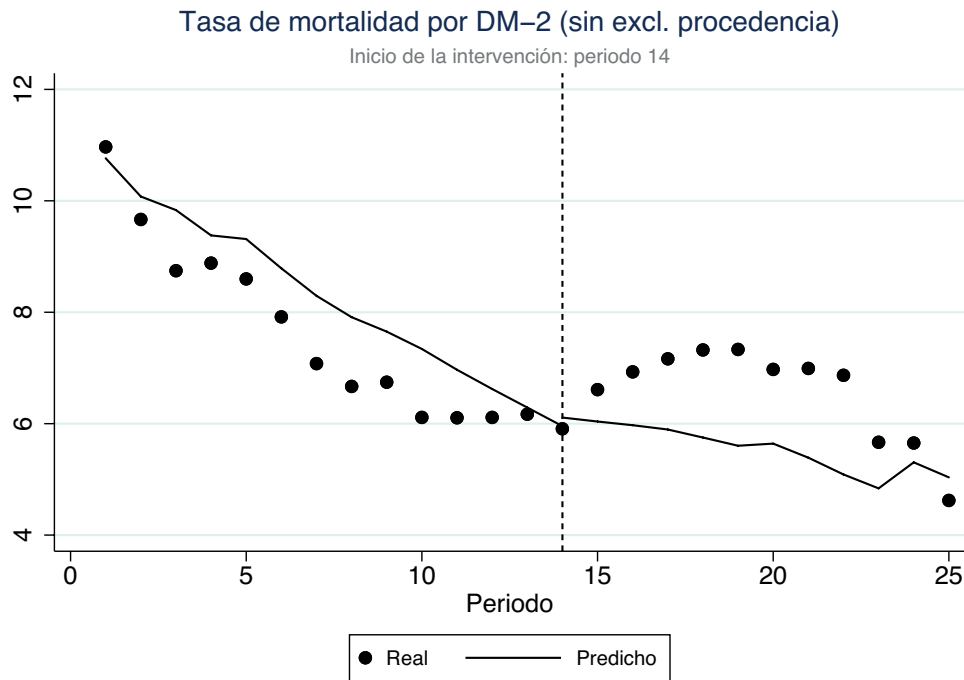


Figura 116. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia); mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

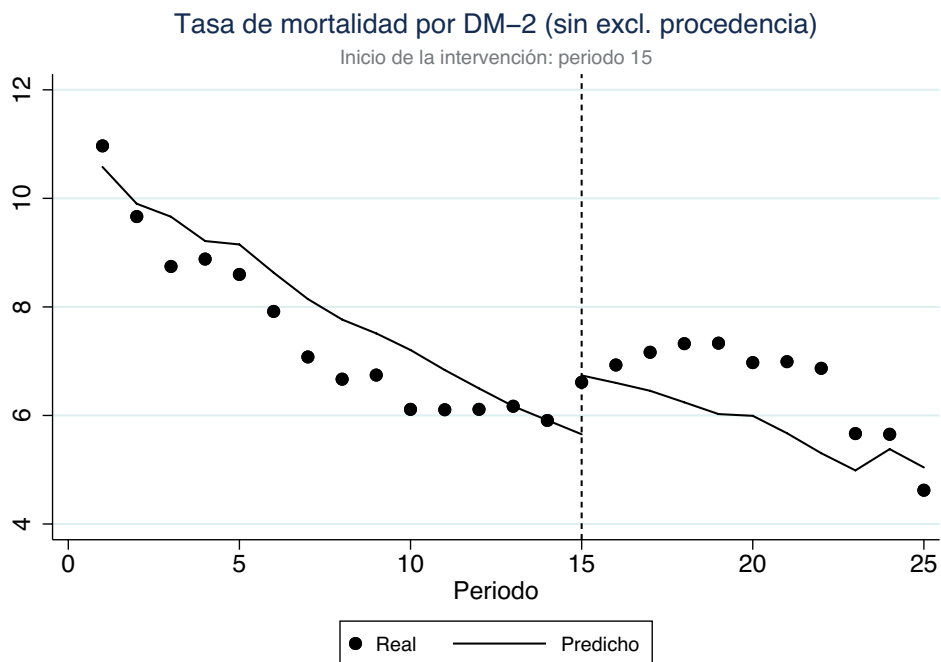


Figura 117. ASTI en la tasa de mortalidad intrahospitalaria por DM-2 (sin excl. procedencia); año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

Promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 sin exclusión por procedencia

A continuación, se muestra la estimación del impacto de la acreditación en el promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin exclusión por procedencia) en 2015. En el Cuadro 56 se muestra el impacto promedio en el nivel, y en el Cuadro 57 se muestra el impacto en la diferencia respecto de 2013. El balance de los grupos se muestra en la figura 119 y la figura 120, para el nivel en 2015 y la diferencia

Cuadro 55. Resultado del promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin excl. procedencia); pareamiento por puntaje de propensión. Universo restringido.

	Nivel	Diferencia
Impacto	-1.2	
Valor p	0.286	
IC 95%	[-3.3 , 1.0]	
Observaciones	58	

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

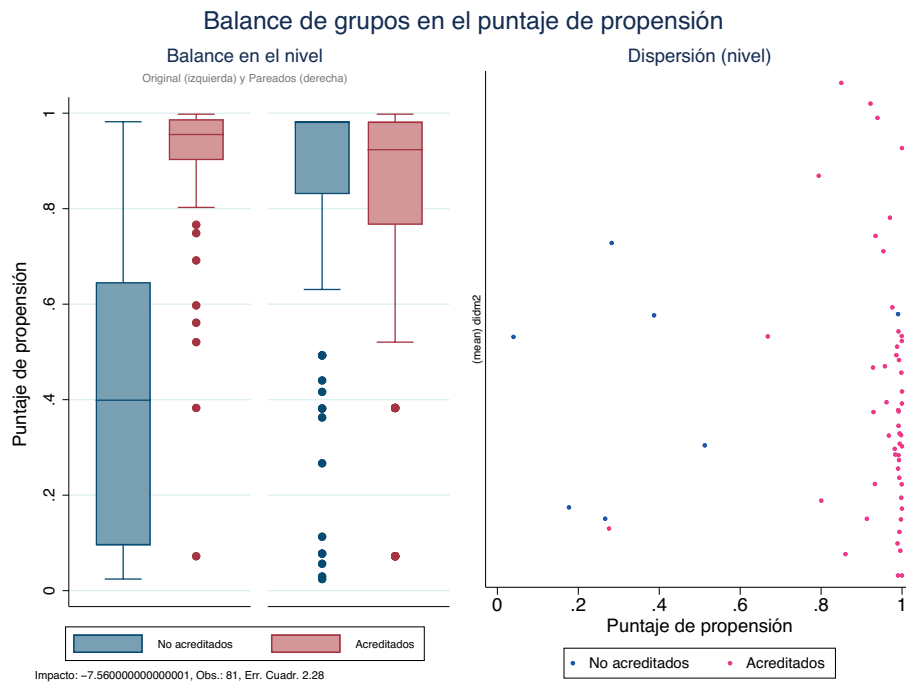


Figura 118. Balance de grupos para el promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin excl. procedencia). Universo restringido

respecto de 2013 del Promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin excl. Por procedencia).

En el Cuadro 58 se muestran los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas, para complementar los resultados del modelo de pareamiento, con una perspectiva longitudinal. El modelo es empleado para medir el impacto en dos mo-

Cuadro 56. Resultado del promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin excl. procedencia), niveles 2015; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	-0.2	0.2	-0.3	0.2	0.4**	0.4
Valor p	0.426	0.417	0.210	0.396	0.046	0.139
IC 95%	[-0.7 , 0.3]	[-0.2 , 0.6]	[-0.8 , 0.2]	[-0.3 , 0.7]	[0.0 , 0.8]	[-0.1 , 0.9]
Observaciones	881	916	881	916	881	916

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

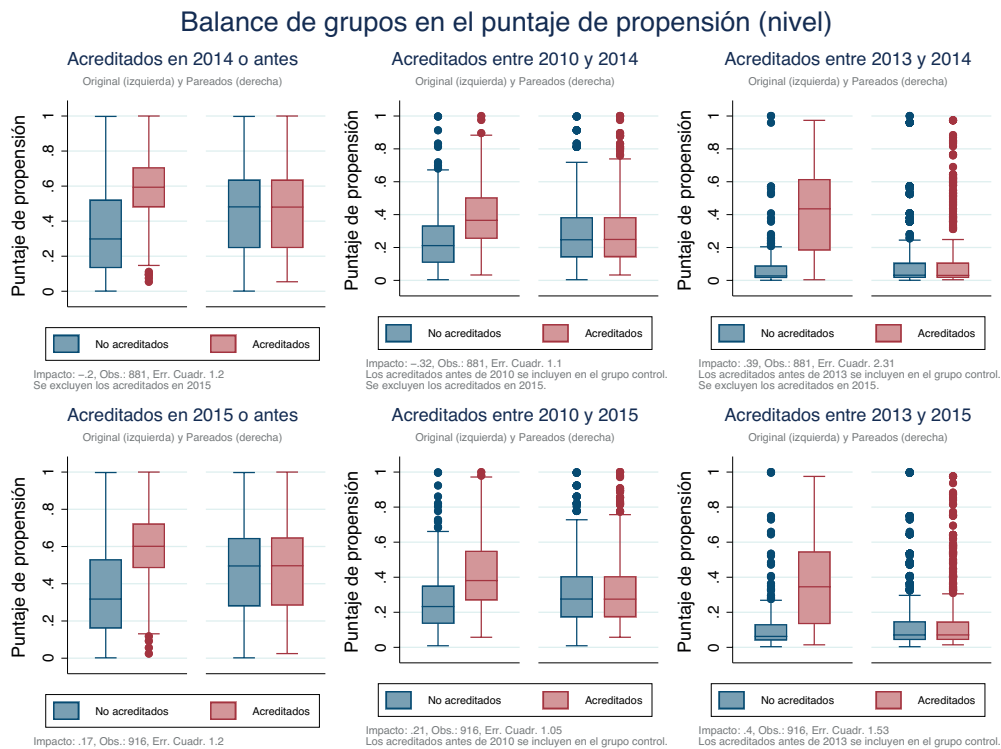


Figura 119. Balance de grupos para el promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin excl. procedencia) (nivel)

mentos distintos: en el mismo año de la acreditación y al año siguiente a la acreditación; los resultados se grafican en la figura 121 y la figura 122, respectivamente.

Los resultados señalan que la acreditación no está incidiendo en este indicador en el sentido esperado, mostrando un incremento en los días de estancia.

Cuadro 57. Resultado del promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin excl. procedencia), diferencia 2015-2013; pareamiento por puntaje de propensión

	Intervalo de acreditación de los hospitales incluidos en el grupo de intervención					
	2004 - 2014 ^β	2004 - 2015	2010 - 2014 ^β	2010 - 2015	2013 - 2014 ^β	2013 - 2015
Impacto	-0.0	-0.2	-0.2	0.0	0.4	-0.3
Valor p	0.818	0.301	0.343	0.890	0.138	0.183
IC 95%	[-0.4, 0.3]	[-0.5, 0.1]	[-0.5, 0.2]	[-0.3, 0.3]	[-0.1, 0.8]	[-0.7, 0.1]
Observaciones	863	898	863	898	863	898

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

^β Se excluyen los acreditados en el 2015.

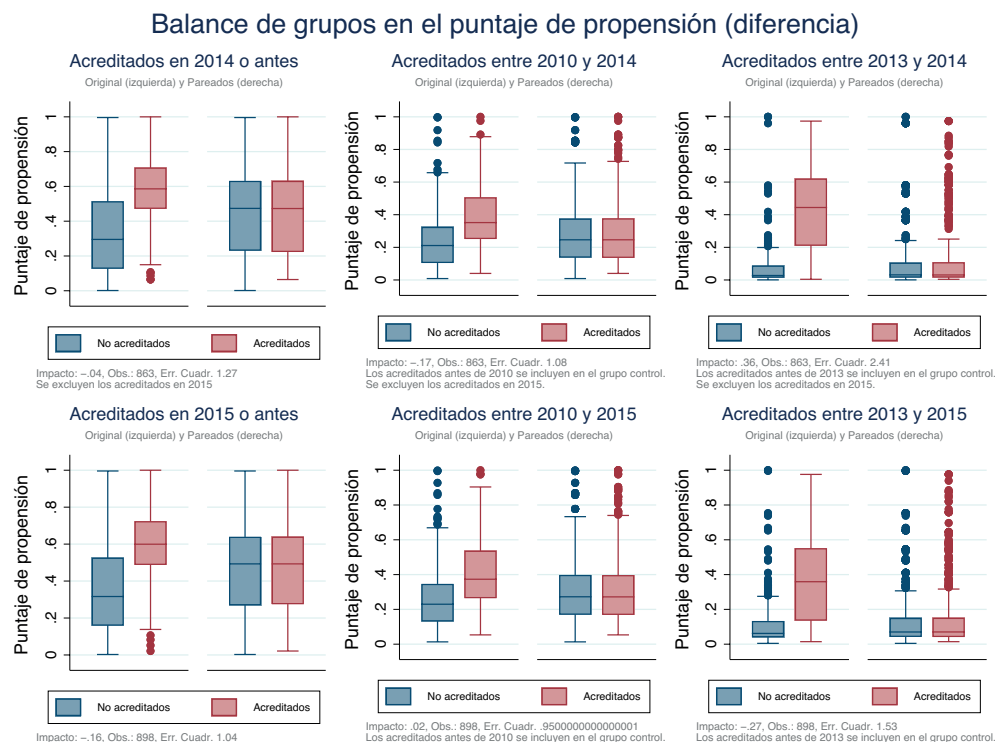


Figura 120. Balance de grupos para el promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin excl. procedencia) (diferencia)

Cuadro 58. Análisis en series de tiempo interrumpidas del promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin excl. procedencia)

VARIABLES	Universo restringido		Universo completo	
	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación	Año de acreditación	Año siguiente a la acreditación
Egresos	0.2***	0.2***	-0.2**	-0.2**
Valor p	0.003	0.001	0.034	0.045
IC 95%	[0.1 , 0.3]	[0.1 , 0.3]	[-0.3 , -0.0]	[-0.3 , -0.0]
Tendencia	-0.1*	-0.1**	-0.1***	-0.1***
Valor p	0.069	0.028	0.000	0.002
IC 95%	[-0.1 , 0.0]	[-0.1 , -0.0]	[-0.1 , -0.1]	[-0.1 , -0.0]
Impacto	-0.0	0.3	0.3**	-0.1
Valor p	0.879	0.145	0.013	0.529
IC 95%	[-0.5 , 0.5]	[-0.1 , 0.6]	[0.1 , 0.5]	[-0.3 , 0.2]
Cambio de tend.	0.3***		-0.0	-0.0
Valor p	0.000		0.493	0.495
IC 95%	[0.2 , 0.4]		[-0.1 , 0.1]	[-0.2 , 0.1]
Punto de partida	3.4***	3.4***	8.4***	8.1***
Valor p	0.000	0.000	0.000	0.000
IC 95%	[2.3 , 4.5]	[2.4 , 4.5]	[6.4 , 10.3]	[6.2 , 10.0]
Periodos	18	18	25	25
R cuadrada	0.624	0.625	0.919	0.903

Análisis de Series de Tiempo Interrumpidas (ASTI).

Significancia estadística: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Egresos: Promedio diario de egresos

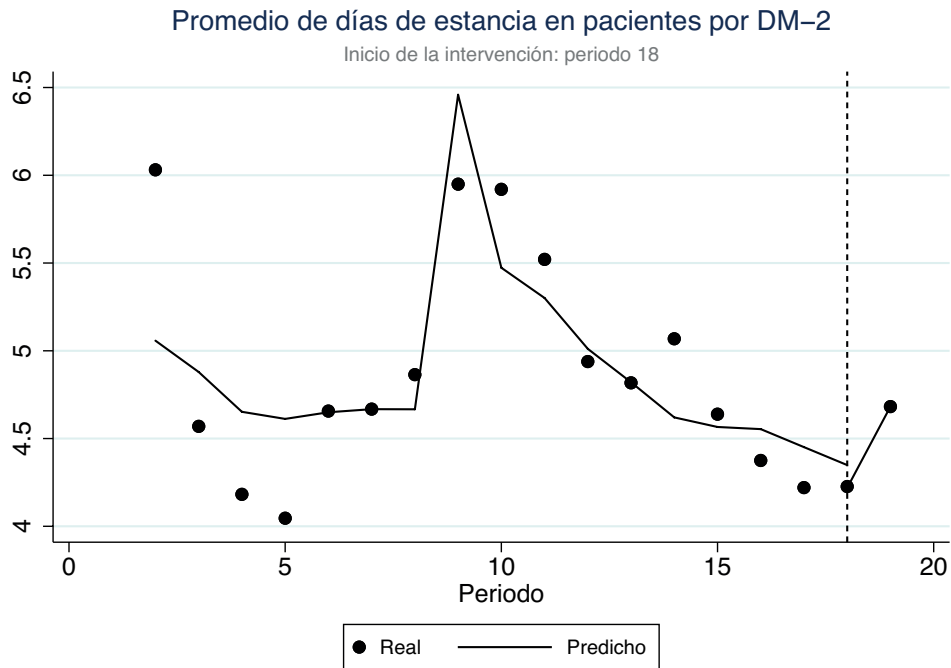


Figura 121. ASTI en el promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin excl. procedencia); mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

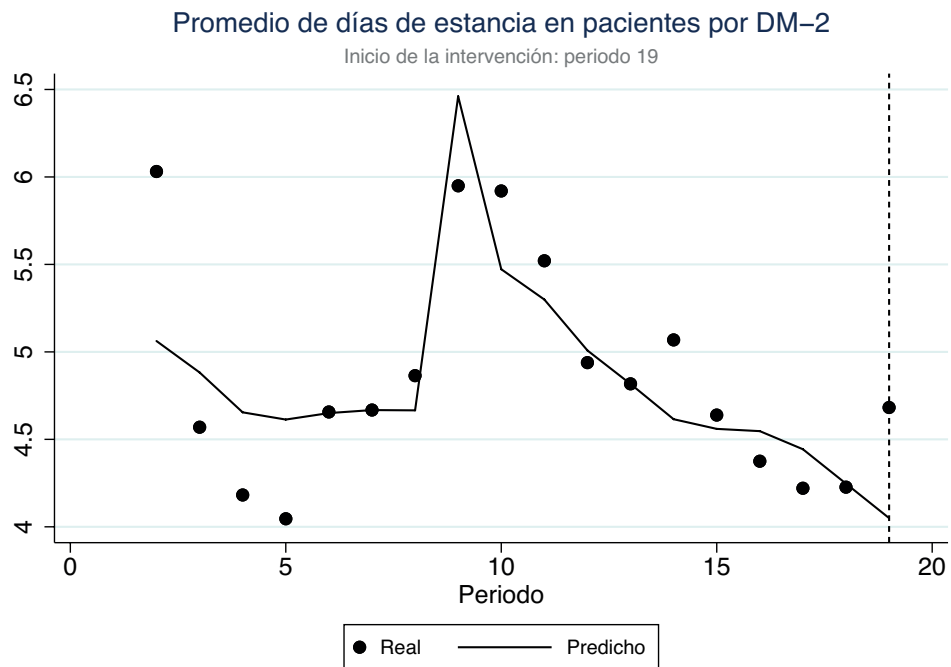


Figura 122. ASTI en promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin excl. procedencia); año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo restringido

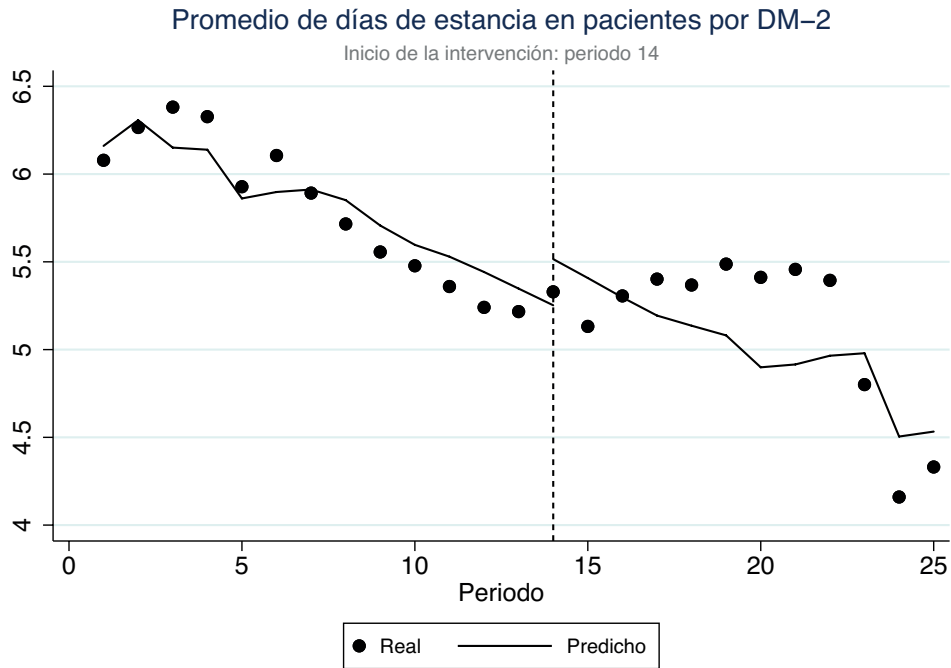


Figura 123. ASTI en el promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin excl. procedencia); mismo año de acreditación como primer año de intervención. Universo completo

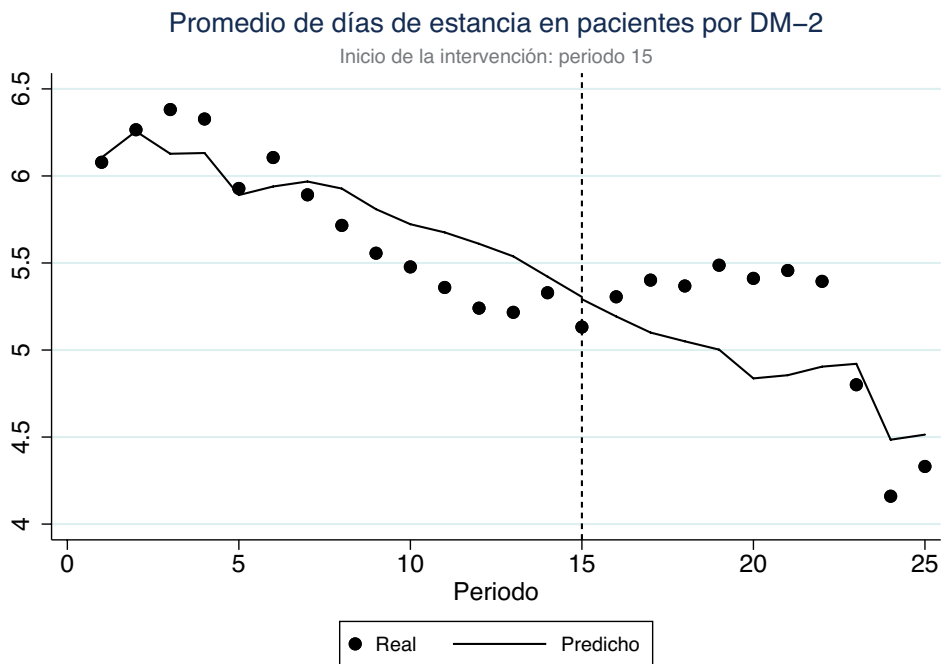


Figura 124. ASTI en promedio de días de estancia en pacientes por DM-2 (sin excl. procedencia); año posterior a la acreditación como primer año de intervención. Universo completo

Conclusiones y recomendaciones

El análisis presentado en este documento señala que el proceso de acreditación no ha logrado generar cambios relevantes en el desempeño ni en los resultados de los hospitales que se han acreditado para el Causes. En general, la estimación de impacto por pareamiento y por series de tiempo interrumpidas muestra la ausencia de cambios significativos en los hospitales acreditados, en comparación con los no acreditados, presentándose incluso resultados que indicarían condiciones menos favorables entre los establecimientos acreditados. Lo anterior sugiere que es necesario revisar la pertinencia de un proceso que demanda recursos por parte de la instancia responsable de coordinarlo, la DGCES y los Sesa.

De forma general, los hospitales acreditados no presentan cambios en el sentido de mejorar la atención, a partir de la acreditación: ni en eficiencia, ni en seguridad, ni en efectividad en la atención. La evolución de los indicadores no parece resultar afectada por la acreditación y, considerando dos abordajes alternativos para estimar el efecto de la acreditación (bajo distintas especificaciones), en el mejor de los escenarios los resultados son simplemente nulos, es decir, no hay efecto de la acreditación.

Si bien estos resultados no coinciden con hallazgos en otros países sobre el potencial de la acreditación para mejorar los resultados en salud,^{17,18} es importante resaltar que en el caso mexicano, como se mencionó previamente, la acreditación es un esquema híbrido entre licenciamiento y acreditación, lo que afecta la comparabilidad. En concreto, una particularidad relevante del caso mexicano es que la acreditación para los establecimientos ocurre como respuesta a una demanda externa. Aunado a ello, la expectativa de recibir recursos adicionales, lo que podría considerarse como un incentivo para la acreditación, no se lleva a cabo ni está sustentada en algún mecanismo concreto.

Como se documenta en el análisis, la evolución en los indicadores muestra un panorama mixto para el conjunto de los hospitales analizados, con la mayor parte de los mismos mostrando tendencias que no parecen relacionadas con la acreditación, lo que se confirma tanto con el análisis por pareamiento como con el desarrollado a partir de series de tiempo interrumpidas. Resulta en particular preocupante que, en relación con la mortalidad intrahospitalaria, éste parezca incrementarse a partir de que los hospitales se acreditan, si bien es claro que un análisis más detallado de la mortalidad requeriría considerar estandarizar las tasas.

La evidencia mostrada sobre el comportamiento de la tasa de mortalidad hospitalaria por IAM es consistente con lo reportado en otros estudios; un reporte reciente identifica también una tendencia creciente en este indicador entre 2010 y 2015. El mismo estudio señalaba que a la vez que se incrementa la tasa de mortalidad, se ha incrementado asimismo la demanda de atención por este motivo, duplicándose entre 2002 y 2013, lo que agrava el reto. Esto señala deficiencias importantes en la capacidad de los hospitales para la atención del IAM.¹⁹

Es claro que no hay cambios que sugieran mayor eficiencia en los servicios, sino, al contrario, con excepción del incremento observado en el porcentaje de ocupación, si bien éste aún se ubica por debajo del 85% considerado como mínimo adecuado.

En tanto que este análisis no permite identificar las causas de la ausencia de resultados de la acreditación, este resultado puede sugerir una inversión insuficiente para fortalecer la capacidad estructural de los servicios, lo que genera ineficiencias aparentes al no coincidir la capacidad real de los servicios con la capacidad supuesta cuando se consideran espacios y servicios obsoletos o sin personal suficiente para operarlos.

Como se discutió a partir del análisis de los incumplimientos principales de criterios de acreditación (Entregable 3), las condiciones estructurales de los establecimientos requieren reforzarse como una condición para la mejora de la calidad de la atención. En tanto que esta conclusión es poco concreta en el sentido de que no orienta sobre acciones específicas de mejora que puedan implementarse, lo anterior es consecuencia de la heterogeneidad en las necesidades de los hospitales.

El proceso de acreditación puede tener objetivos adicionales, relacionados con la coordinación entre la Federación y las entidades, para establecer y dar seguimiento a procedimientos relacionados con la calidad de la atención, y otros de tipo organizacional, mismos que no se capturan en el análisis de indicadores presentado ni se expresan en el manual de operaciones.

Una limitación del abordaje analítico que se presenta es el supuesto que señala que las tendencias en los indicadores se hubieran mantenido en ausencia de la acreditación. Esto en lo general implica que no hay otras intervenciones que hayan ocurrido en el mismo momento que cada hospital fue acreditado, que pudieran haber resultado en cambios en los indicadores. En tanto que esto podría ser un supuesto estricto, el hecho que el análisis se haya realizado sobre un conjunto amplio de indicadores con resultados consistentes entre los mismos, y que se hayan contrastado las tendencias con hospitales no acreditados, permite tener confianza en que los resultados son robustos.

Respecto del abordaje por pareamiento, la ausencia de registros con la información de las evaluaciones para el universo de hospitales que han buscado la acreditación, limita el contar con variables que se consideren suficientes como factores que explican la probabilidad de acreditación; contar con la información de

cumplimiento de los criterios permitiría un mejor pareamiento. No obstante, contar con detalles de las evaluaciones para un subconjunto permite validar los resultados para el universo completo. Asimismo, la consistencia general entre los resultados a partir de abordajes metodológicos independientes y con diferentes universos de análisis permite incrementar la confianza en los mismos.

Otro aspecto a considerar es que el análisis se ve afectado por la información disponible, la cual es menor para los primeros años en el periodo para el que se cuenta con información. Para atender esta limitación, se optó por trabajar con el promedio ponderado de los indicadores en los establecimientos acreditados; y para asegurar que se identificara apropiadamente la intervención, el análisis alinea los hospitales en tiempo, en relación con el momento de la acreditación. Es importante señalar que la ponderación se hizo con el denominador específico de cada indicador, por lo que resulta matemáticamente idéntica a conjuntar la información en una observación única.

Por otra parte, es posible que se haya presentado en el mismo periodo un conjunto amplio de intervenciones (nivel sistémico), que de forma general se hayan enfocado en incidir en el desempeño y en los resultados de los establecimientos de salud, cuyo efecto esté confundiendo lo que se logra con la acreditación. No obstante, el hecho que los resultados del análisis muestren que las tendencias en un conjunto relevante de indicadores vayan en el sentido opuesto al deseable, hace poco probable este supuesto. Esto refleja en todo caso que las restricciones presupuestales han afectado a los establecimientos de forma general, y la acreditación no tiene la capacidad de modificar este aspecto.

Es posible que las condiciones contextuales generales, incluido el incremento en la demanda de atención dada, tanto por la afiliación al SPSS, como por la evolución del perfil epidemiológico de la población –si bien esta última limitada por tratarse de un periodo relativamente corto–, ocasionen una presión excesiva sobre los servicios de salud; y ante las restricciones presupuestarias, los mismos no cuenten con los medios necesarios para atender a la demanda adicional. Esta potencial deficiencia estructural de los servicios no es posible solucionarla con una intervención puntual como la acreditación.

Se ha discutido en la literatura el potencial de la acreditación para mejorar la calidad de la atención, señalando que esto en particular ocurre cuando las organizaciones (o establecimientos) interiorizan la relevancia del proceso y lo asumen con algo propio, y de esta forma se llevan a cabo acciones para la mejora de la calidad,²⁰ esto es, cuando la acreditación no es simplemente la respuesta a una demanda externa.

En conclusión, los resultados del presente análisis, en conjunto con los mostrados en el Entregable 3 sobre los incumplimientos en cuanto a los criterios de acreditación –que señalan retos importantes para lograr dichos criterios– y el análisis cualitativo, sugieren que el proceso de acreditación debe reformularse, definiendo los alcances reales del mismo, e identificando mecanismos con mayor potencial para incidir de forma efectiva en la calidad de la atención.

En particular, a partir del análisis presentado en este documento, se generan las siguientes recomendaciones:

Es claro que se requiere contar con un mecanismo que permita asegurar la calidad de atención para las personas afiliadas al Seguro Popular, en particular, y para la población del país en general. Este mecanismo debe partir de un diseño que se enfoque en incentivar cambios monitoreables y sostenidos en los establecimientos, es decir, a partir de información continua sobre el cumplimiento de los criterios de acreditación.

Es necesario revisar el diseño del proceso de acreditación, considerando para ello la formulación de la teoría de cambio del mismo. Esto es, partiendo de asegurar que se cuenta con una adecuada identificación de un problema público a atender, señalar cuál es el resultado que busca lograrse con la acreditación, y los mecanismos para ello. De acuerdo con los resultados presentados, no hay evidencia de que la acreditación genere mejores resultados para los usuarios, por lo que, en su versión actual, no es efectiva.

El actual proceso de acreditación se ha conceptualizado de forma tal que obtener el dictamen de acreditación es el resultado final, sin un incentivo concreto para el hospital que lo logre. En ese sentido, se considera relevante explorar mecanismos que permitan mantener y consolidar las condiciones estructurales y de procesos que se requieren para la acreditación de forma continua (reacreditación).

Este proceso para asegurar la calidad de los servicios requiere contar con un sólido sistema de información sobre las condiciones de los establecimientos, con mecanismos de evaluación permanentes para fortalecer la calidad de la información. El hecho de que la información de las cédulas aplicadas no esté registrada en un sistema de información limita aprovechar los datos que se han obtenido con miras a mejorar los resultados del mismo.

Una restricción constante para el análisis es la limitación de información que se realiza de forma histórica y que considera a todos los establecimientos de salud con el mismo nivel de detalle y desagregación. Contar con la información detallada de los establecimientos de los Servicios de Salud de los estados es ciertamente una fortaleza, que puede consolidarse si se logra el mismo nivel de detalle para los demás establecimientos públicos.

En ese mismo sentido, en tanto que los servicios privados pueden ser considerados para la prestación de servicios del Causes, es relevante que igualmente reporten información para verificar sus resultados.

Referencias

1. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper. Paris, France: OCDE, 2006.
2. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006; 18:5-13.
3. Secretaría de Salud. Manual de Indicadores para Evaluación de Servicios Hospitalarios. CDMX: DGED, 2013.
4. DGCES. Criterios y requisitos para la re-acreditación de los establecimientos y servicios de atención médica acreditados en el periodo 2004 al 2012. CDMX: Secretaría de Salud, 2012.
5. DGCES. Documento Operativo del Programa regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica G005 CDMX: Secretaría de Salud/Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2017.
6. Fortune T, O'Connor E, Donalson B. Guidance on designing Health Care External Evaluation Programmes including Accreditation: ISQua Accreditation, 2015.
7. Secretaría de Salud. Mejores Hospitales de la Secretaría de Salud Federal y los Servicios Estatales de Salud. CDMX: DGED, 2015.
8. Kontopantelis E, Doran T, Springate DA, Buchan I, Reeves D. Regression based quasi-experimental approach when randomisation is not an option: interrupted time series analysis. *BMJ*. 2015; 350.
9. Bernal JL, Cummins S, Gasparrini A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. *International Journal of Epidemiology*. 2017; 46:348-55.
10. Dayer MJ, Jones S, Prendergast B, Baddour LM, Lockhart PB, Thornhill MH. Incidence of infective endocarditis in England, 2000–13: a secular trend, interrupted time-series analysis. *The Lancet*. 2015; 385:1219-28.
11. Penfold RB, Zhang F. Use of Interrupted Time Series Analysis in Evaluating Health Care Quality Improvements. *Academic Pediatrics*. 2013; 13:S38-S44.
12. Vogelsang TJ. Trend Function Hypothesis Testing in the Presence of Serial Correlation. *Econometrica*. 1998; 66:123-48.
13. Heckman JJ, Ichimura H, Todd PE. Matching as an Econometric Evaluation Estimator: Evidence from Evaluating a Job Training Programme. *The Review of Economic Studies*. 1997; 64:605-54.
14. Rosenbaum PR, Rubin DB. The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects. *Biometrika*. 1983; 70:41-55.
15. Ravallion M. The Mystery of the Vanishing Benefits: Ms Speedy Analyst's Introduction to Evaluation. *The World Bank Economic Review*. 2001; 15:115-40.
16. Khandker SR, Koolwal GB, Samad Hussain A. Handbook on Impact Evaluation. 20433, editor. Washington, D.C: The world Bank; 2010.
17. Alkhenizan A, Shaw C. Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature. *Annals of Saudi Medicine*. 2011; 31:407-16.

18. Falstie-Jensen AM, Bogh SB, Johnsen SP. Consecutive cycles of hospital accreditation: Persistent low compliance associated with higher mortality and longer length of stay. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018.
19. SS-BID-INC. La atención del infarto agudo al miocardio en México. Estudio de oferta y demanda y análisis económico ex ante de un Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Infarto Agudo al Miocardio. CDMX: Secretaria de Salud/BID/Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, 2017.
20. Desveaux L, Mitchell JJ, Shaw J, Ivers NM. Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach. *International Journal for Quality in Health Care*. 2017; 29:941-7.

Análisis cualitativo según los objetivos planteados

Antecedentes

La Meta Nacional II “México Incluyente” del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 prevé garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, estableciendo para lograrlo, entre otras líneas de acción, el consolidar la regulación de los procesos y establecimientos de atención médica, así como instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.¹

El proceso de acreditación se constituye como el proceso de garantía de calidad que se realiza mediante la autoevaluación y la evaluación externa a los establecimientos de salud, con el fin de constatar que cumplen satisfactoriamente con criterios definidos de Capacidad, Seguridad y Calidad, así como con un enfoque de gestión por procesos, para satisfacer las necesidades de los usuarios y garantizar la calidad de la atención.*

El proceso de acreditación se detalla en el *Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica*, mismo que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el seis de diciembre del 2016. Su objetivo general establece el proceso para el otorgamiento de la Acreditación a los Establecimientos y servicios de atención médica que cumplan los criterios en materia de Capacidad, Seguridad y Calidad en la prestación de los servicios de atención médica, detallándolo como integrado por las siguientes fases:

- “6.1. Fase I Programación.** *Abarca la identificación y priorización de Establecimientos que conformarán el Programa Estatal de Acreditación, así como la integración y la difusión del Programa Anual de Acreditación por la Unidad Administrativa”.*
- “6.2. Fase II Evaluación.** *Incluye la logística para la realización de las actividades de evaluación; la confirmación de la visita de acreditación en las fechas establecidas en el Programa Anual de Acreditación; la realización de la visita de Acreditación y el acta de apertura y cierre correspondiente”.*
- “6.3. Fase III Dictamen.** *Abarca la elaboración del informe de hallazgos de la visita de evaluación; la integración del expediente, y el análisis de la información para la elaboración y emisión del Dictamen de Acreditación o Dictamen no Favorable”.*

* Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación: 06/12/2016

“6.4. Fase IV Supervisión. *Será determinada por la Unidad Administrativa con base a las prioridades nacionales y con la conformación de un Programa Anual de Supervisión, la ejecución de la visita de supervisión y la emisión de los resultados correspondientes”.*

“6.5 Fase V Reacreditación. *Abarca la visita de evaluación de Reacreditación y el Dictamen correspondiente”.**

La acreditación se fundamenta en 3 criterios centrales de mínimos indispensables para cumplimiento de los procesos exigibles en el proceso de atención, cada uno de los cuales cuenta con un valor ponderal específico y que serán elementos a considerar para la elaboración de recomendaciones:

- a) **Criterios de Capacidad.**- *“Mínimos indispensables de recursos humanos, materiales y financieros considerados en las normas oficiales mexicanas y demás disposiciones jurídicas aplicables, para la prestación de los servicios de atención médica que se le brindan al paciente”*
- b) **Criterios de Calidad.**- *“Condiciones que deben cumplir los servicios de atención médica con la finalidad de incrementar la probabilidad de obtener los resultados deseados”*
- c) **Criterios de Seguridad.**- *“Requisitos en materia de reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, dentro de los cuales se incluyen los establecidos en el Programa de Hospital Seguro contra Desastres”.‡*

Para los fines del presente estudio es importante tener en claro las fases del proceso, las funciones de las autoridades involucradas y los requisitos a los que se sujetarán los Establecimientos y servicios de atención médica para obtener la Acreditación; lo cual se especifica claramente en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica. No obstante, también resulta fundamental tener en cuenta lo que diversas investigaciones sobre la implementación de procesos muestran. Esto es que, incluso cuando dichos procesos han demostrado efectividad, al momento de la implementación los sujetos que intervienen en los mismos suelen tener distintas formas de interpretarlos además de echar mano del conocimiento tácito que ya tienen de las problemáticas que buscan resolver.²

En este sentido, se ha demostrado que la implementación de procesos puede verse afectada positiva o negativamente por diversos factores entre los que destacan las circunstancias bajo las cuales tienen lugar, las relaciones sociales que se establecen entre los sujetos que intervienen, por su empoderamiento frente al proceso mismo y

* Secretaría de Salud. Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación: 16/12/2016.

‡ Criterios definidos en el Glosario del Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. Diario Oficial de la Federación: 06/12/2016.

finalmente, por las diversas formas de entender su efectividad entre implementadores e usuarios.³

El estudio sobre la implementación de un proceso tiene el potencial de revelar las distintas perspectivas e intereses que sobre el mismo guardan los distintos sujetos involucrados. Así, la perspectiva y visión que pueden tener de una política –articulada mediante diversos procesos–, los responsables de éstos a nivel de la rectoría del sistema puede estar alejada de la interpretación y experiencia que de la implementación tienen los sujetos que se encuentran en el último eslabón de la cadena de operaciones.^{4,5}

Por lo anterior y en el marco de la mejora continua de la calidad, se ha desarrollado mediante el *Estudio sobre los Efectos de la Acreditación en Unidades Hospitalarias con Intervenciones de CAUSES* el presente componente de evaluación cualitativo cuyos resultados buscan la comprensión de los aspectos relevantes del proceso de acreditación a partir de la percepción de los diferentes actores involucrados en la misma, desde diseñadores de la política hasta los ejecutores y usuarios de ésta para la mejora del mismo.⁶

Así, los resultados del presente estudio buscan coadyuvar al entendimiento de las perspectivas que, modeladas mediante diversas experiencias del proceso, tienen del proceso de acreditación los actores tanto a nivel federal, estatal, unidad hospitalaria y las/os usuarios. Los resultados permitirán comprender la percepción de barreras y facilitadores para la ejecución, así como los efectos percibidos desde las distintas visiones de informantes que se suman al proceso de acreditación en distintos momentos y desde distintas experiencias. Se presentan también los cambios que se perciben como resultado del mismo, así como las modificaciones que los sujetos involucrados perciben pertinentes, para con ello, contribuir a la mejora y logro de las metas de calidad buscadas con la acreditación.

Resumen de los métodos desarrollados para el componente cualitativo

Objetivos cualitativos

Objetivo general

El objetivo general del componente cualitativo es comprender, desde la experiencia de los diferentes actores involucrados, la percepción sobre los aspectos relevantes del proceso de acreditación, sus barreras y facilitadores, así como la percepción de utilidad y logros de la acreditación. El propósito es generar recomendaciones que coadyuven a la mejora continua del proceso y a incentivar que un número mayor de Unidades Hospitalarias con intervenciones CAUSES obtengan un dictamen favorable y, de esta manera, logren garantizar, promover y gestionar la implementación de las condiciones básicas de capacidad, prácticas seguras y calidad para la atención en salud.

Objetivos específicos

Objetivo 1. Profundizar en el conocimiento y percepciones de la regulación del proceso analizando el *manejo y opiniones sobre la normatividad*, por parte de los responsables del proceso de acreditación a nivel federal, los responsables estatales de calidad (REC) y del sistema de protección social en salud (REPSS).

Objetivo 2. Coadyuvar a la comprensión de los errores de la acreditación identificando, desde la perspectiva de los actores involucrados, los *incumplimientos* en el proceso.

Objetivo 3. Conocer la *percepción y experiencia que el personal que ha formado parte de los equipos de acreditación tiene del proceso*, sus barreras y facilitadores en las distintas etapas, así como las *buenas prácticas* implementadas antes, durante y después del proceso de acreditación considerando las *principales dificultades* y *formas de superarlas*, así como las principales *lecciones aprendidas*.

Objetivo 4. Conocer las *percepciones de los usuarios y prestadores de servicios* de Unidades Hospitalarias acerca de posibles cambios derivados del proceso de Acreditación.

Objetivo 5. Ahondar en las *propuestas* de los actores participantes del proceso *para mejorarlo*.

Diseño del estudio

El presente estudio utilizó una metodología de estudio de casos múltiples con replicaciones literales.⁷ Este tipo de diseño se lleva a cabo cuando se estudian distintos casos a la vez para aprehender la realidad que se desea explorar, describir, explicar, evaluar o modificar.

Un elemento importante en los casos múltiples es que la selección de los mismos está en función de los datos que cada uno puede aportar al estudio en su totalidad a partir de las particularidades que lo distinguen.

Se considera que el diseño de casos múltiples, al partir de una muestra a propósito basada en la replicación de casos detalladamente seleccionados,⁸ sigue una lógica deductiva que permite obtener un sólido nivel inferencial con lo cual ofrece mayor certeza en el resultado. Las unidades de estudio están basadas en características seleccionadas detalladamente y ofrecen información específica relevante para responder la pregunta de evaluación (ejemplo: tipo de hospital, status de acreditado o no acreditado, tipo de informante), en contraste con los estudios basados en muestras llamadas de conveniencia cuya selección está determinada por sujetos que, o bien son fáciles de encontrar o bien, tienen disposición de participar en el estudio.

Al seleccionar los casos de forma en que éstos se replican, es decir que son casos ‘tipo’, se pueden encontrar o identificar a lo largo de la distribución natural en la que se expresa el fenómeno. Además, el empleo de casos múltiples con replicaciones literales permite contrastar y permitir el diálogo entre las respuestas que se obtienen para cada caso que se esté analizando, incrementando así la validez interna del estudio.

Para el presente diseño se parte de dos grandes niveles de casos –o características para la construcción de casos– cuyas características no son excluyentes. La primera característica de selección está dada por el estatus de acreditado o no acreditado de las unidades, por tanto, se muestrearon casos de unidades hospitalarias que han logrado, o no, la acreditación. Un segundo grupo de características de muestreo o selección de casos está constituido por casos que refieren experiencias específicas de acreditación por tipo de unidad hospitalaria.

Para comprender la experiencia y capturar la percepción de los distintos actores relacionados a la acreditación se incluyeron tres grupos de informantes: (1) Informantes clave a nivel federal y estatal, (2) Personal involucrado en la acreditación a nivel hospitalario incluyendo un gestor de calidad, personal de dirección y prestadores de

servicio de unidades hospitalarias (medicina y enfermería), y (3) usuarios(as) de dichas unidades con algún padecimiento crónico o bien que hayan sido atendidos por un periodo prolongado de tiempo en las unidades hospitalarias seleccionadas.

Así, mientras las unidades hospitalarias fueron elegidas con base en características macro (estatus de acreditación y tipo de unidad hospitalaria), la diversidad de informantes al interior de la muestra permite también comprender las diferentes percepciones y experiencias a nivel micro que coadyuvarán a generar recomendaciones concretas para la mejora continua del proceso.

Hipótesis

La justificación para el uso de un estudio de casos múltiples se deriva de la hipótesis teórico deductiva que establece que las condiciones estructurales en las que se desenvuelven los diversos grupos de actores (tipo de unidad hospitalaria y su estatus de acreditado o no acreditado), tanto como su rol mismo en el proceso de acreditación, influyen en la percepción del proceso de acreditación, así como en la percepción de las barreras, facilitadores, utilidad y logros derivados de éste.

Lo anterior deriva de una premisa central que asume que la realidad se estructura a través de construcciones basadas en la experiencia social de los actores. Dichas experiencias se comparten al interior de los grupos y se expresan tanto en la relación entre grupos como en la relación entre los actores y el observador.⁹

Las hipótesis cualitativas son suposiciones basadas en preceptos teóricos acerca de cómo se comporta el fenómeno que nos interesa conocer,¹⁰ de ahí que tengan una relación estrecha con la construcción de las muestras a propósito. Las hipótesis serán puestas a prueba frente a los datos empíricos para ser corroboradas o refutadas según corresponda. En este sentido, cada caso de estudio nos permitirá profundizar, y analizar de manera contextualizada, el entendimiento diferenciado de las percepciones y experiencias del proceso, así como de las transformaciones de él surgidas y recomendaciones de mejora.

Selección de herramientas de investigación

Se utilizaron dos herramientas de investigación: las entrevistas semiestructuradas y el diario de campo.

Técnica de la entrevista semiestructurada

La entrevista estructurada es una herramienta adecuada para planear y evaluar programas pues asegura al investigador contar con información sobre todos los temas de interés, abordando los mismos con cada uno de los sujetos de estudio. Las preguntas

funcionan como guías que permiten que el interlocutor pueda expresarse fluidamente y no como una estructura rígida cuyo orden no se puede romper. Las entrevistas comienzan con preguntas generales acerca de los temas de interés, seguidas por preguntas más detalladas y concluyen con preguntas abiertas al final de cada entrevista.¹¹

Se contó con una guía de entrevista para cada uno de los actores participantes en el estudio debido a que la participación de los actores es diferenciada en el proceso de acreditación.

Técnica de diario de campo

El diario de campo es una herramienta útil que permite al investigador captar de forma inmediata percepciones iniciales del contexto de la entrevista. El diario de campo permite capturar aspectos del contexto y permite al equipo de investigación desarrollar argumentos para soportar decisiones metodológicas en campo y registrar elementos no contemplados en el diseño de las guías de entrevistas.

Muestra y reclutamiento

Teniendo como marco el diseño de casos múltiples, se realizó una muestra de máxima variación⁷ en la que se buscó obtener la máxima variación de tipos casos o casos múltiples que se pueden encontrar en campo con replicaciones literales (estado de acreditado / no acreditado, tipo de unidad hospitalaria), y se muestreó dentro de ellos las diferentes voces que los componen.

Para el caso de los actores clave a nivel federal y estatal se siguió un tipo de muestreo a propósito seleccionando, bajo la dirección de la propia DGED, a personajes clave para el desarrollo del proceso de acreditación a nivel federal y para el caso de los estados, se decidió entrevistar tanto al responsable de calidad del estado, como al responsable del Régimen de Protección Social en Salud en el mismo (REC y REPSS). Estos cargos son únicos en las entidades.

Para el caso de la selección de unidades hospitalarias, se buscó reclutar un mínimo de tres unidades para cada categoría y así buscar la saturación teórica¹² para cada tipo de unidad hospitalaria y poder saber si existen características inherentes a los casos que representan. Aunque el número para alcanzar saturación teórica no está definido en la literatura,¹³ la idea de determinar un mínimo de 3 por tipo de unidad hospitalaria surge de la necesidad de tener al menos tres casos para encontrar saturación teórica a nivel tipo de unidad hospitalaria, tal como ha sido reportado por otros autores.¹⁴ Para fortalecer la validez interna del estudio, se obtuvo un número mayor de observaciones para la variable de estatus de acreditación (Unidades Hospitalarias Acreditadas N= 13 y Unidades No Acreditadas N= 5).

La muestra se constituyó de 18 unidades hospitalarias seleccionadas, en las que las unidades estuvieron ubicadas en 11 entidades federativas de distintas zonas geográficas del país y en las cuales se representó la diversidad de unidades hospitalarias de la siguiente manera: a) 3 hospitales generales con menos de 60 camas, b) 3 hospitales generales con más de 60 camas, c) 3 hospitales especializados, d) 3 hospitales comunitarios, e) 3 hospitales IMSS PROSPERA y, finalmente, f) 3 hospitales privados.

Previo consentimiento informado, se entrevistaron tanto a nivel federal como estatal, a los actores clave designados por la DGED y pertenecientes a los puestos clave. Para el reclutamiento a nivel hospitalario se entrevistó a la persona a cargo de la dirección de la unidad hospitalaria, al responsable de calidad de la misma, así como a un médico/a en contacto con pacientes, una enfermera y tres usuarios.

Tanto para el personal de medicina y enfermería, como para la selección de los usuarios se buscó que los informantes cubrieran las características que la literatura señala para describir un buen informante:¹⁵ un buen informante es aquella persona que tiene el conocimiento y la experiencia que la investigación requiere, tiene la habilidad de reflexionar, es capaz de expresarse de forma articulada, tiene el tiempo para participar en la entrevista y disposición a participar en el estudio.

Cuadro 1. Muestra de unidades visitadas con fechas de acreditación

Región	Estado	Localidad	Secretaría de Salud		IMSS-PROSPERA Acreditados	Privados Acreditados
			Acreditados	No acreditados		
Región centro	Puebla	Puebla	Hospital para el Niño Poblano (2015) ^a			
	Estado de México	San José del Rincón		Hospital Materno Infantil José María Morelos y Pavón Bicentenario San José del Rincón ^a		
	Querétaro	Querétaro				Hospital Infantil Teletón Oncología (2017) ^f
Región noreste	Tamaulipas	Aldama	Hospital Integral Aldama (2014) ^b			
		Soto la Marina			Soto la Marina (2016) ^e	
Región noroeste	Sinaloa	Guasave	Hospital General Guasave (2015) ^c			
		Guamúchil		Hospital General de Guamúchil ^c		
		El Fuerte			El Fuerte (2015) ^e	

Región	Estado	Localidad	Secretaría de Salud		IMSS- PROSPERA Acreditados	Privados Acreditados
			Acreditados	No acreditados		
Región occidente	Jalisco	La Barca	Hospital Regional de la Barca (2016) ^d			
		Guadalajara				Hospital San Javier (2014) ^f
	Michoacán	Paracho			Paracho de Verduzco (2014) ^e	
		Maravatío		Hospital General de Maravatío ^c		
	Nayarit					Servi Especialidades Médicas de Nayarit S. de R.L. de C.V. (2015) ^f
Región sureste	Chiapas	Ocosingo	H.B.C. de Ocosingo (2015) ^b			
		Chamula		H.B.C. de San Juan Chamula ^b		
Región suroeste	Veracruz	Boca del Río	Hospital General de Boca del Río (2014) ^d			
		Tuxpan		Hospital General Tuxpan Dr. Emilio Alcázar ^d		
	Morelos	Emiliano Zapata	Hospital del Niño Morelense (2014) ^a			
^a Especializado						
^b Comunitario						
^c Menor a 60 camas						
^d Entre 60 y 119 camas						
^e IMSS-PROSPERA						
^f Privados						

Prueba piloto

Se efectuó una prueba piloto de guías de entrevistas en dos etapas; la primera, los días 11 y 12 de enero del 2018 en las Oficinas Centrales de los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo y en el Hospital Regional Otomí Tepehua en la localidad de San Bartolo Tutotepec, perteneciente al mismo estado. La segunda, los días 31 de enero y 1° de febrero con un informante clave a nivel federal vía telefónica y con pacientes del Hospital del Niño y el Adolescente Morelense ubicado en el municipio de Zapata en el estado de Morelos. Como resultado de esta fase las guías fueron modificadas, además fue posible identificar aspectos necesarios a considerar para la realización del levantamiento formal de datos, tales como la necesidad de contar con citas establecidas a fin de cumplir en tiempo y forma con los requerimientos del estudio.*

* Para más información respecto a la Fase Piloto del Estudio, v. el documento: Entregable 4. Diseño, pilotaje y versiones finales de instrumentos de recolección de información. INSP: enero, 2018.

Una vez probadas y modificadas las guías y con conocimiento de la muestra con la que se trabajaría, se procedió a trazar las rutas de campo para cubrir nuestro universo de estudio. En éstas se incluyeron entidades, localidades y número de entrevistas a realizar por cada uno de los entrevistadores que han colaborado en el estudio a fin de levantar información de primera mano, estableciendo tres semanas como periodo de trabajo de campo.

Finalmente, y a la par que se realizaba el trazado de rutas y la capacitación, se estableció comunicación con funcionarios de nivel estatal de cada una de las entidades federativas sugeridas en la muestra a fin de coordinar la logística de nuestras visitas. Cabe subrayar que durante esta etapa se contó con apoyo de la DGED quien proporcionó contactos y envió avisos formales de comisión vía correo electrónico al personal correspondiente.

Cuadro 2. Rutas planeadas de trabajo de campo por entrevistador

Entrevistador	Primera semana		N. ESE	Segunda semana		N. ESE	Tercera semana		N. ESE
	Estado	Localidad		Estado	Localidad		Estado	Localidad	
Coordinadora de campo	Federales		9						
Entrevistador 1	Morelos	Cuernavaca	8	Estado de México	Toluca	8			
		Emiliano Zapata			San José del Rincón				
	Puebla	Puebla	8	Querétaro	Querétaro	8			
Entrevistador 2	Tamaulipas	Ciudad Victoria	14	Sinaloa	Culiacán	20	Nayarit	Tepic	8
		Aldama			Guasave				
		Soto la Marina			Guamúchil				
					El Fuerte				
Entrevistador 3	Jalisco	Guadalajara	14	Michoacán	Morelia	14			
		La Barca			Paracho				
		Puerto Vallarta			Maravatio				
Entrevistador 4	Chiapas	Tuxtla	14	Veracruz	Xalapa	14			
		Ocosingo			Boca del Río				
							Tuxpan		

N. ESE: Número de Entrevista Semiestructurada

Capacitación

Previo a la etapa de campo, durante 3 días se realizó la capacitación del equipo cualitativo a fin de asegurar en los entrevistadores los conocimientos, habilidades y aptitudes requeridos para alcanzar los objetivos del componente cualitativo del estudio. A través de la capacitación, se buscó que adquirieran conocimientos, habilidades y aptitudes

para recopilar información detallada y confiable sobre la percepción y opinión de los diversos informantes involucrados en el proceso de acreditación, a través de conocer el contexto del estudio, la familiarización con las guías de entrevistas semiestructuradas y con los objetivos centrales del componente.* El segundo día de esta capacitación se contó con la presencia de personal de la DGED quienes, además de supervisar las labores llevadas a cabo, resultaron de gran ayuda resolviendo dudas puntuales sobre el proceso de acreditación y la relación entre actores clave.

Estrategia y logística de levantamiento de Información

El levantamiento de datos ha seguido una logística estructurada en diversas etapas a través de las cuales se ha gestionado el flujo de información cuidando de cumplir con las especificaciones y objetivos del estudio.

Siguiendo la lógica del abordaje metodológico por casos múltiples, se diseñó, como uno de los primeros pasos, una Guía de Entrevista Semiestructurada (ESE) para cada grupo de actores. Siguiendo a Langley y Royer¹⁶ en el estudio de casos múltiples, la lógica implica encontrar semejanzas o diferencias entre los casos buscando que sean representativos del caso que forma parte del fenómeno que analiza, es decir, que las unidades seleccionadas representen un caso ‘típico’ del caso que representan. En ese sentido, al agrupar a los actores a entrevistar y al analizar sus datos por tipo de unidad hospitalaria, los sujetos entrevistados dejan de ser representantes sólo de sí mismos y se convierten en un ser social representativo del grupo al que pertenecen.¹⁷

Las entrevistas semi estructuradas¹⁸ se utilizaron para registrar las experiencias, barreras, facilitadores del proceso y perspectivas relacionadas al efecto esperado (utilidad y logros) de la Acreditación que permitieran valorar, desde los testimonios de los sujetos, las buenas prácticas, así como los incumplimientos –en cada una de las etapas y para cada tipo de unidad hospitalaria– que han conducido a que determinadas Unidades Hospitalarias estén o no acreditadas.

El Cuadro que se presenta a continuación, llamado Guía general de diseño, captura de manera general el diseño metodológico y conceptual de la evaluación. En el se encuentran los objetivos, las preguntas que cada objetivo busca responder, el tipo de actor a quien se le preguntó cada uno de los temas a indagar, las herramientas y sitios de exploración y por último, los temas que componen cada objetivo y el concepto al cual refieren así como la forma de operacionalizarlo.

* Para más información respecto a los objetivos y los temas desarrollados en la Capacitación, v. el Manual de Capacitación del Estudio de Acreditación del Componente Cualitativo. INSP: 2018.

Cuadro 3. Guía general de diseño

Objetivo general: Comprender, desde la percepción de los diferentes actores involucrados, los aspectos relevantes en el proceso de acreditación con el propósito de abonar en las recomendaciones que coadyuven a incentivar que un número mayor de Unidades Hospitalarias con intervenciones CAUSES obtengan un Dictamen favorable a fin de que logren garantizar, promover y gestionar la implementación de las condiciones básicas de capacidad, prácticas seguras, así como de calidad para la atención en salud.				
Objetivo 1. Profundizar en el conocimiento y percepciones de la regulación del proceso analizando el manejo y opiniones sobre la normatividad, por parte de los responsables del proceso de acreditación a nivel federal, los responsables estatales de calidad (REC) y del sistema de protección social en salud (REPSS).				
Herramientas: Entrevista Semiestructurada				
Pregunta (s) general (es)	Unidades de Análisis (Sujetos)	Sitios / N	Temas Específicos	Concepto y Operacionalización del Concepto
¿Qué conocen y perciben sobre los objetivos y la normatividad que sustenta el proceso de acreditación?	Actores a nivel Federal y Estatal Evaluadores	Sitios: DGCES 11 Entidades Federativas N total de entrevistas: 31	Conocimiento de la Acreditación	Objetivos ¿Cuáles son los objetivos de la Acreditación desde la percepción del entrevistado? ¿Conocen cabalmente el procedimiento y lo comprenden?
				Reglas/Normatividad ¿Desde la percepción del entrevistado, bajo qué normatividad se sustenta la acreditación y cuáles son las reglas del proceso?
				Impacto ¿Desde el punto de vista del entrevistado, cuáles son los impactos que, hasta el día de hoy, fortalecen y/o debilitan al proceso?
Objetivo 2. Coadyuvar a la comprensión de los errores de la acreditación identificando, desde la perspectiva de los actores involucrados, los incumplimientos en el proceso.				
Herramientas: Entrevista Semiestructurada				
Pregunta (s) general (es)	Unidades de Análisis (Sujetos)	Sitios / N	Temas Específicos	Concepto y Operacionalización del Concepto
1. ¿Cuáles son los principales errores cometidos durante el proceso de acreditación?	Evaluadores Personal de Dirección y Servicios de las UH	Sitios: DGCES 11 Entidades Federativas 18 Unidades Hospitalarias N total de entrevistas: 76	Percepción del Proceso	Errores ¿Cuáles son los principales errores cometidos durante el proceso de acreditación?
2. De acuerdo con los criterios de evaluación, ¿cuáles fueron los principales incumplimientos de las unidades hospitalarias en el proceso de acreditación?			Lecciones Aprendidas	Incumplimientos De acuerdo con los criterios de evaluación, ¿cuáles fueron los principales incumplimientos de las unidades hospitalarias en el proceso de acreditación?

Objetivo general:

Comprender, desde la percepción de los diferentes actores involucrados, los aspectos relevantes en el proceso de acreditación con el propósito de abonar en las recomendaciones que coadyuven a incentivar que un número mayor de Unidades Hospitalarias con intervenciones CAUSES obtengan un Dictamen favorable a fin de que logren garantizar, promover y gestionar la implementación de las condiciones básicas de capacidad, prácticas seguras, así como de calidad para la atención en salud.

Objetivo 3.

Conocer la percepción y experiencia de los entrevistados sobre el proceso, sus barreras y facilitadores, en las distintas etapas, así como las buenas prácticas implementadas antes, durante y después del proceso de acreditación considerando las principales dificultades, formas de superarlas, así como las principales lecciones aprendidas.

Herramientas: Entrevista Semiestructurada

Pregunta (s) general (es)	Unidades de Análisis (Sujetos)	Sitios / N	Temas Específicos	Concepto y Operacionalización del Concepto
1. ¿En qué consiste la participación del entrevistado en el proceso?	Actores a nivel Federal y Estatal Evaluadores Personal de Dirección y Servicios de las UH	Sitios: DGCES 11 Entidades Federativas 18 Unidades Hospitalarias N total de entrevistas: 103	Percepción del Proceso	Actores ¿Cuál es el papel que el entrevistado o el área laboral que representa desempeña en el proceso de Acreditación y con quiénes colabora? Facilitadores/Fortalezas ¿Qué factores perciben como aspectos que posibilitan su trabajo? Barreras/Limitantes ¿Qué factores perciben como aspectos que dificultan la realización de su trabajo?
2. ¿Cuáles son las barreras y facilitadores percibidos por los diferentes actores durante el proceso de Acreditación?			Barreras y facilitadores del Proceso	Etapas del Proceso ¿Cuál es la percepción del entrevistado sobre cada etapa del proceso de acreditación de su UH y de los diversos aspectos involucrados? Facilitadores/Fortalezas ¿Qué factores perciben como aspectos que posibilitan su trabajo? Barreras/Limitantes ¿Qué factores perciben como aspectos que dificultan la realización de su trabajo?
3. ¿Cuáles son las decisiones y acciones más eficientes y efectivas tomadas por el personal de las UH que mejor funcionan a favor del proceso de acreditación?			Buenas prácticas	Decisiones/Acciones eficientes ¿Cuáles son las decisiones y acciones más eficientes y efectivas que mejor funcionan a favor del proceso de acreditación?

Objetivo 4:

Conocer las percepciones de los entrevistados acerca de posibles cambios derivados del proceso de Acreditación.

Herramientas: Entrevista Semiestructurada

Pregunta (s) general (es)	Unidades de Análisis (Sujetos)	Sitios / N	Temas Específicos	Concepto y Operacionalización del Concepto
1. ¿Cuáles son los principales cambios percibidos a partir del proceso de acreditación?	Evaluadores Personal de Dirección y Servicios de las UH Usuarios	11 sitios: DGCES 18 Unidades Hospitalarias N total de entrevistas: 112	Percepción de cambio	Cotidianidad ¿Se percibe que las UH operan igual en la cotidianidad que durante el proceso? Facilitadores/Fortalezas ¿Cuáles son los elementos/factores que, en términos del cambio durante la etapa de acreditación y la cotidianidad, facilitan y permiten el mejor desarrollo del proceso de acreditación? Barreras/Limitantes ¿Cuáles son los elementos/factores que, en términos del cambio durante la etapa de acreditación y la cotidianidad, limitan, dificultan, condicionan e impiden el buen desarrollo del proceso de acreditación?

Objetivo general: Comprender, desde la percepción de los diferentes actores involucrados, los aspectos relevantes en el proceso de acreditación con el propósito de abonar en las recomendaciones que coadyuven a incentivar que un número mayor de Unidades Hospitalarias con intervenciones CAUSES obtengan un Dictamen favorable a fin de que logren garantizar, promover y gestionar la implementación de las condiciones básicas de capacidad, prácticas seguras, así como de calidad para la atención en salud.				
				Principales cambios Desde la perspectiva del entrevistado, ¿cuáles son los principales cambios realizados en las UHs a partir del proceso de acreditación y las razones para efectuarlos? Facilitadores/Fortalezas ¿Cuáles son aquellos elementos/factores que facilitan y permiten la realización de cambios en la UH tras el proceso de acreditación? Barreras/Limitantes ¿Cuáles son aquellos elementos/factores que limitan, dificultan, condicionan e impiden la realización de cambios en la UH tras el proceso de acreditación?
				Cambio en la Atención ¿Cuáles son los cambios percibidos por los usuarios en la calidad de atención ofrecida en la UH a partir del proceso de acreditación?
Objetivo 5: Conocer, desde la experiencia del entrevistado, las sugerencias y recomendaciones para el proceso.				
Herramientas: Entrevista Semiestructurada				
Pregunta (s) general (es)	Unidades de Análisis (Sujetos)	Sitios / N	Temas Específicos	Concepto y Operacionalización del Concepto
1. ¿Cuáles son las sugerencias y recomendaciones de los entrevistados para mejorar el proceso de acreditación?	Actores A nivel Federal y Estatal Evaluadores Personal de Dirección y Servicios de las UH	Sitios: DGCES 11 Entidades Federativas 18 Unidades Hospitalarias N total de entrevistas: 103	Recomendaciones	Recomendaciones al Proceso ¿Cuáles son las recomendaciones al proceso desde la perspectiva de los entrevistados? Facilitadores/Fortalezas ¿Cuáles son aquellos elementos/factores que, desde la perspectiva del entrevistado, se consideran eslabones fuertes en el proceso de acreditación y deben permanecer? Barreras/Limitantes ¿Cuáles son aquellos elementos/factores que, desde la perspectiva del entrevistado, se consideran limitantes para el proceso de acreditación y deben fortalecerse?
				Estrategias de Mejora ¿Cuáles son, desde la perspectiva de los entrevistados, las estrategias que pueden mejorar el proceso? Facilitadores/Fortalezas ¿Cuáles son elementos/factores que facilitan y permiten la realización de estrategias de mejora para el proceso de acreditación? Barreras/Limitantes ¿Cuáles son aquellos elementos/factores que limitan, dificultan, condicionan e impiden la realización de estrategias de mejora para el proceso de acreditación?
				Sostenibilidad ¿Cuáles son los aspectos a través de los cuáles mantener la calidad alcanzada tras el proceso de acreditación? Facilitadores/Fortalezas ¿Cuáles son aquellos elementos/factores que facilitan y permiten mantener la calidad alcanzada tras el proceso de acreditación? Barreras/Limitantes ¿Cuáles son aquellos elementos/factores que limitan, dificultan, condicionan e impiden mantener la calidad alcanzada tras el proceso de acreditación?

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 UH: Unidades Hospitalarias

Trabajo de campo: notas metodológicas

El trabajo de campo se llevó a cabo durante tres semanas en las que se realizaron entrevistas en once entidades federativas, dieciocho unidades hospitalarias y con nueve informantes clave a nivel federal en concordancia con lo establecido en la muestra convenida.

El plan de trabajo inicial era el de visitar las entidades federativas y localidades de acuerdo a la ruta señalada anteriormente; sin embargo, a pesar de haberse cumplido las metas de número de entrevistas a realizar, se debieron efectuar ciertas modificaciones y adecuaciones que a continuación se especifican.

Fue necesario realizar dos entrevistas vía telefónica. La primera de ellas con la Directora del Hospital del Niño Morelense en Zapata, Morelos quien no se encontraba en el hospital al momento de la visita. El REC estatal le solicitó al entrevistador que la realizara vía telefónica para ajustarse a los tiempos de la entrevistada dado que su agenda era muy complicada.

La segunda entrevista vía telefónica fue con la Responsable Estatal de Calidad del Estado de México. Desde el momento de establecer contacto con ella para coordinar la logística de la visita al estado, nos solicitó que la entrevista se realizara vía telefónica tres días antes de la fecha programada, dado que ella no se encontraría en el Estado de México en dicha fecha.

En ambos casos, se revisaron los audios y diarios de campo correspondientes a las entrevistas, llegando a la conclusión de que el hecho de haberse realizado vía telefónica no demeritó la calidad de la información pues se obtuvieron respuestas claras para cada una de las preguntas de las guías.

Por otro lado, fue necesario sustituir dos unidades hospitalarias de la muestra por diferentes razones. En Chiapas, se tenía planeado visitar el H.B.C. Ocosingo y el H.B.C. Santo Domingo; sin embargo, la Responsable Estatal de Calidad, nos comentó que el estado enfrentaba diversas situaciones sociales que se tradujeron en bloqueos de carreteras y dificultades para acceder a algunas de las localidades. Se señaló que el H.B.C. de Santo Domingo se ubica en zona zapatista, siendo altamente probable que se nos prohibiera el acceso. Fue ella misma quien sugirió el reemplazo del Hospital lo que se hizo con apoyo de la DGED acordando que se visitaría el H.B.C. de San Juan Chamula.

El segundo reemplazo se realizó en el estado de Jalisco con el Hospital Vallarta S.A. de C.V. que, al momento de la visita, se encontraba cerrado hacía más de un mes. Dicha unidad fue sustituida por el Hospital San Javier ubicado en la misma localidad y de las mismas características.

Finalmente, en el estado de Nayarit, fue imposible realizar entrevistas a usuarios por dos razones. Primero, no fue posible localizar a usuarios de padecimientos crónicos, que aseguraran que el paciente fue atendido en la Unidad antes y después de

la acreditación. Segundo, nos fue informado que, desde el mes de enero, no atendían pacientes afiliados al Seguro Popular.

De acuerdo con lo señalado, se estipula que el trabajo de campo planeado se diferencia del realizado únicamente en las sustituciones de unidades mencionadas y en la disminución de las dos entrevistas a usuarios que no se realizaron en Nayarit. Las rutas quedaron trabajadas de la manera en que se indican en el siguiente Cuadro.

Cuadro 4. Rutas de trabajo de campo después de ajustes

Entrevistador	Primer semana		N. ESE	Segunda semana		N. ESE	Tercer semana		N. ESE
	Estado	Localidad		Estado	Localidad		Estado	Localidad	
Coordinadora de campo	Federales		9						
Entrevistador 1	Morelos	Cuernavaca	8	Estado de México	Toluca	8			
		Emiliano Zapata			San José del Rincón				
	Puebla	Puebla	8	Querétaro	Querétaro	8			
Entrevistador 2	Tamaulipas	Ciudad Victoria	14	Sinaloa	Culiacán	20	Nayarit	Tepic	6
		Aldama			Guasave				
		Soto la Marina			Guamúchil				
					El Fuerte				
Entrevistador 3	Jalisco	Guadalajara	14	Michoacán	Morelia	14			
		La Barca			Paracho				
		San Javier			Maravatio				
Entrevistador 4	Chiapas	Tuxtla	14	Veracruz	Xalapa	14			
		Ocosingo			Boca del Río				
		San Juan Chamula			Tuxpan				

N. ESE: Número de Entrevista Semiestructurada

Es importante mencionar que el cumplimiento de las metas establecidas para el trabajo de campo obedeció a la constante comunicación, seguimiento y apoyo eficaz que se tuvo en todo momento por parte del equipo de trabajo cualitativo.

Vale la pena aclarar que el hospital Gral. Guamuchil, Sinaloa está clasificado como no acreditado, sin embargo, se trata de una unidad en la que los informantes declararon que no recibieron un dictamen. En este hospital, el director era nuevo y no parecía estar al tanto del proceso de acreditación, pese a que cuando se llevó a cabo el proceso de autoevaluación en su unidad él era médico de la misma.

Resultados del trabajo de campo

A lo largo de tres semanas se llevaron a cabo un total de 137 entrevistas semiestructuradas. Se entrevistaron a 9 informantes clave a nivel federal, 22 a nivel estatal y 106 entrevistas en las unidades hospitalarias. Para cada entrevista realizada se hizo un diario de campo. Los diarios de campo fueron utilizados como un mecanismo de control de calidad del levantamiento de datos, así como de registro de avance del operativo de campo.

En los siguientes cuadros se puede observar la distribución y características específicas de los informantes entrevistados para la presente evaluación:

Entrevistas semiestructuradas realizadas

Cuadro 5. Entrevistas a informantes clave a nivel federal

Actores Nivel Federal	N. de Entrevistas
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)	1
Dirección General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación de la DGCES	1
Dirección de Evaluación de la Calidad de la DGCES	1
Subdirección de Acreditación de la DGCES	1
Coordinador de asesores del programa IMSS Prospera	1
Evaluable externos con al menos 3 años de experiencia	4
Subtotal de entrevistas a nivel federal	9

Cuadro 6. Entrevistas a informantes clave a nivel estatal

Actores Nivel Estatal	N. de Entrevistas
Responsable Estatal de Calidad (REC)	11
Responsable del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)	11
Subtotal de entrevistas a nivel estatal	22

Cuadro 7. Entrevistas a informantes clave a nivel Unidad Hospitalaria

Unidades Hospitalarias	N. de Entrevistas
Directores de hospitales acreditados y no acreditados	18
Gestores o responsables de calidad de unidades hospitalarias acreditadas y no acreditadas	18
Prestadores de Servicios (personal médico y de enfermería) en hospitales acreditados y no acreditados	36
Usuarios(as) de padecimientos crónicos en hospitales acreditados y no acreditados	34
Subtotal de entrevistas a nivel hospitalario	106

TOTAL DE ENTREVISTAS	137
-----------------------------	------------

Análisis cualitativo

Para el caso del presente estudio se buscó escuchar los testimonios de las personas directamente involucradas con el fenómeno, esperando obtener así la experiencia de los informantes (tomadores de decisiones, actores clave a nivel estatal, personal de los servicios de salud y usuarios/as) a través de sus discursos y siguiendo una guía de entrevista semiestructurada.

Desde una perspectiva deductiva, el estudio llevó a cabo un análisis temático utilizando una dinámica iterativa que permitió la emergencia de categorías no establecidas previamente.

El *proceso de análisis* se organizó con base en los siguientes 4 pasos:

1. **Obtención de Información acompañada de diarios de campo.** Los archivos de audio se ordenaron y se dio lectura y análisis a los diarios de campo. El uso del diario de campo como herramienta de acompañamiento fue un primer paso de análisis de datos que dio origen al reporte preliminar (entregable 5) y en el que se pueden encontrar los hallazgos preliminares que permiten revisar y ajustar los códigos de las guías de investigación.
2. **Capturar, transcribir y ordenar la información.** Una vez realizadas y grabadas las entrevistas, éstas fueron extraídas en *verbatim*s. Los datos textuales de las entrevistas fueron transcritos en documentos tipo Word, nombrados de forma sistemática, revisados para asegurar su calidad y ordenados para poder ser analizados con el software Atlas-ti 8.
3. **Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación.** Se hizo una primera lectura de los datos para familiarizarse con los contenidos. Se llevó a cabo un ejercicio de codificación cruzada, esto es, todos los miembros del equipo codificaron una primera entrevista con la finalidad de estandarizar el uso de los códigos. Se codificó la totalidad de los datos utilizando los códigos a priori y generando códigos emergentes. Se revisaron los temas, subtemas y patrones que emergieron de los datos y finalmente, se interpretaron las citas agrupadas en temas, subtemas y otras clasificaciones relevantes para el estudio.

En este tipo de análisis, los temas se definen mediante el contenido manifiesto de las construcciones socialmente sostenidas y que se revelan mediante los discursos y las percepciones de los participantes respecto al tema de investigación.^{19,15} Por ello, se creó un cuadro general de análisis cuya finalidad fue establecer los conceptos a analizar, así como los temas y subtemas que buscaban responder a las preguntas de investigación.

4. **Elaboración del Reporte.** Una vez que 6 investigadores/as del equipo de investigación analizaron los datos, sus hallazgos fueron comparados entre sí. Se realizaron cuatro reuniones grupales de análisis (una por semana) para discutir y

compartir los hallazgos que cada miembro del equipo de investigación consideraba relevantes para los temas del reporte.

Se elaboró el reporte siguiendo el cuadro general de análisis y utilizando como criterio la distinción entre hallazgos centrales y excepcionales. Aquellos hallazgos en los que los discursos tienen convergencia y muestran saturación teórica se consideraron resultados centrales, mientras para aquellos que no hubo convergencia o contradicen lo que la mayoría de los sujetos perciben se analizaron las razones y se dialogó sobre las diferentes perspectivas planteadas. Los hallazgos que constituyen casos de contradicción o casos excepcionales fueron plasmados en el reporte y se diferencian de los hallazgos centrales siendo nombrados como periféricos o de excepción.

Para la redacción de este reporte final se han codificado y analizado cada una de las entrevistas realizadas siguiendo los objetivos y las preguntas guías del componente como se muestran en el Cuadro General de Análisis del Estudio Cualitativo. La información que se presenta como hallazgos permite tener una visión general de la percepción del Proceso de Acreditación por parte de los individuos en él involucrados, de sus facilitadores y barreras y de los principales incumplimientos. Los resultados se mostrarán indicando, cuando así los datos lo indican, diferencias por tipo de unidad o por informante.

Los testimonios que se presentan se utilizan como evidencia empírica de la voz de los informantes. Estos testimonios son elegidos por ser emblemáticos o por expresar de forma explícita y clara el mensaje contenido en un número mayor de testimonios similares, dando así voz a los informantes en la elaboración de resultados y conclusiones. Los testimonios suelen estar agrupados por temas relevantes, es decir, aquellos que, ante la pregunta de investigación, surgen como temas centrales con saturación teórica, por ser constantemente señalados por los informantes.

Cada subapartado comienza con una oración en cursivas y letra de color. Esta oración es un esfuerzo interpretativo que busca apoyar al lector a tener una comprensión amigable del texto. Así, si bien la frase inicial de cada subapartado es un elemento interpretativo, el apartado mismo sostiene lo que en ella se expresa y los testimonios ejemplifican o dan voz a los temas.

Los testimonios se ponen en cursivas y contienen ideas completas con la finalidad de permitir al lector comprender el contexto en el cual se enuncia la idea. En ellos, algunas partes se señalan en negritas con la intención de enfatizar, por parte del equipo evaluador fragmentos del discurso que encierran el contenido empírico usado para la interpretación. En algunos casos, los testimonios son recortados o editados, en estos casos, se señala la edición con el uso de corchetes. Por último, la identidad del informante que comparte su perspectiva es declarada al final del testimonio, con las iniciales tal cual se indica en el Cuadro 8 (Cuadro de Códigos Identificadores de Testimonios).

Cuadro 8. Cuadro de códigos identificadores de testimonios

Características	N	Explicación	Clave
Estado	11	Los estados están identificados con LETRAS	EA a EK
Número de Unidad Hospitalaria	18	Las unidades están identificadas con NÚMEROS	U1 a U18
Informante	9	El tipo de informante se especifica con sus INICIALES. Actor Federal (AF) Evaluador (EVA) Representante del REPSS (REPSS) Encargado de Calidad (REC) Dirección de la Unidad (DIR) Gestor de Calidad de la Unidad (GCAL) Personal de Medicina (MED) Enfermería (ENF) Usuarios (USU)	AF/ EVA/ REPSS/ REC/ DIR/ GCAL/ MED/ ENF/ USU
Tipo de unidad	5	El tipo de unidad se especifica con su INICIALES.	GRAL/ ESP/ IMSS/ PRIV/ COM
Status	2	El estatus de acreditado o no acreditado para la Unidad Hospitalaria se identifica con INICIALES.	A / NA
Fecha		Día.Mes.Año	09.04.18
Entrevistador		El nombre de la persona que realizó la entrevista se especifica con sus INICIALES.	Francisco Reséndiz (FR) Laura Ordaz (LO) Livia González (LG) Mónica Ramírez (MR) Rodrigo García (RG)

Ejemplo de código a informantes federales: Actor Federal #2_09.04.18_Livia González

AF2_09.02.18_LG

Ejemplo de código a informantes estatales: EdoMex_Toluca_REPSS_09.04.18_Rodrigo García

EB_REPSS_09.04.18_RG

Ejemplo de código a informantes como personal en hospital y usuarios: Chiapas_Ocosingo_Enfermera_03.04.18_Co-

munitario_Unidad Acreditada_Laura Ordaz

EI_U14_Enf_03.04.18_COM_A_LO

En el siguiente cuadro general de análisis se puede encontrar una ruta clara y específica de la creación de los resultados ofrecidos por el componente cualitativo y de cómo éstos dan respuesta cabal a los objetivos de la evaluación.

Cuadro 9. Cuadro general de análisis

Objetivos / Grandes preguntas a contestar con el análisis	Actores y conceptos	Temas específicos de análisis	Códigos utilizados para el análisis
1. Conocimiento y Percepción de la Acreditación	Actores Federales y Estatales (para todos los temas)	Objetivos de la Acreditación Objetivos: Se analiza lo que expresan sobre los objetivos del proceso de acreditación.	Prog Obj
Objetivo 1: Profundizar en el conocimiento y percepciones de la regulación del proceso analizando el manejo y opiniones sobre la normatividad, por parte de los responsables del proceso de acreditación a nivel federal, los responsables estatales de calidad (REC) y del sistema de protección social en salud (REPSS).	Objetivos	Normatividad y Reglas del Proceso Manejo y Conocimiento de la Normatividad y la Regulación del Proceso Normatividad: Se analiza lo que conocen de la normatividad y expresan sobre la normatividad que sustenta el proceso. Reglas del Proceso: Se refiere lo que señalan como reglas del proceso y/o la regulación que sigue su implementación.	Prog Reg
Responde a la pregunta: ¿Qué comprenden sobre los objetivos y la normatividad que sustenta el proceso de acreditación?		Impactos Percibidos Impactos Percibidos por Actores Clave Federales y Estatales Impactos Percibidos (para actores federales y estatales): Se señala lo que los entrevistados perciben como impactos del y para el proceso de acreditación.	Prog Imp Fort Prog Im Lim
2. Incumplimientos y Lecciones Aprendidas	Evalúadores y Personal de Unidades Hospitalarias (Acreditadas y no Acreditadas)		ILA Err Proc
Objetivo 2. Coadyuvar a la comprensión de los errores de la acreditación identificando, desde la perspectiva de los actores involucrados, los incumplimientos en el proceso.			
Preguntas a contestar para este objetivo: Errores ¿Cuáles son los principales errores cometidos durante el proceso de acreditación?	2.1 Errores en el Proceso Evalúadores y Personal de Unidades Hospitalarias (Acreditadas y no Acreditadas)	Principales Errores en el Proceso Errores en el Proceso: Se analizan los principales errores cometidos en el proceso de acreditación desde la percepción de evaluadores y personal de unidades.	
Incumplimientos De acuerdo con los criterios de evaluación, ¿cuáles fueron los principales incumplimientos de las unidades hospitalarias en el proceso de acreditación? Evalúadores Federales, Personal de Dirección y Servicios de Unidades Hospitalarias	2.2 Incumplimientos Evalúadores y Personal de Unidades Hospitalarias (Acreditadas y no Acreditadas)	Principales Incumplimientos Incumplimientos: Se analizan los principales incumplimientos con los criterios por parte de las unidades hospitalarias.	
3. Participación y Percepción del Proceso de Acreditación y buenas prácticas	Actores Federales y Estatales (para todos los subtítulos)		
Objetivo 3. Conocer la percepción y experiencia de los entrevistados sobre el proceso, sus barreras y facilitadores, en las distintas etapas, así como las buenas prácticas implementadas antes, durante y después del proceso de acreditación considerando las principales dificultades, formas de superarlas, así como las principales lecciones aprendidas.	3.1. Elementos que sustentan el proceso		

Objetivos / Grandes preguntas a contestar con el análisis	Actores y conceptos	Temas específicos de análisis	Códigos utilizados para el análisis
	A. DGCEs	La DGCEs como Responsable del Proceso de Acreditación Se analizan las fortalezas y limitantes de que la responsable de implementación del proceso de acreditación sea la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) y las fortalezas y debilidades de su ejecución de la acreditación.	PP DGCEs Fort PP DGCEs Lim
Preguntas a contestar para este objetivo: A nivel de Elementos del Proceso (3.1): ¿Cuál es la percepción del entrevistado sobre cada elemento que enmarca el proceso de acreditación (A. DGCEs, B. Manual, C. Cédulas, D. Fases de supervisión y reacreditación)?	B. Manual (Publicación 2016 y fundamento en la ley)	Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica Se analizan las fortalezas y limitantes acerca de lo que supone para el proceso la publicación del Manual en el Diario Federal de la Federación (especialmente el manual publicado en 2016 y lo que se dice sobre la fundamentación en la ley que éste tiene).	PP DOF Fort PP DOF Lim
Preguntas a contestar para este objetivo: Facilitadores/Fortalezas ¿Qué aspectos de cada elemento perciben como fortalezas o facilitadores para el proceso?	C. Cédulas / Instrumentos de evaluación (como instrumento para operar la acreditación, no como experiencias en sí)	Cédulas como Instrumentos de Evaluación Se analiza lo que consideran innovador de las cédulas de acreditación; las fortalezas y limitantes que ocasionan al proceso. Es importante saber si distintos hospitales con distintas cédulas tienen diferentes opiniones sobre éstas.	PP Ced Fort PP Ced Lim
Barreras/Limitantes ¿Qué aspectos de cada elemento perciben como barreras o limitantes para el proceso?	D*. Fases de Supervisión y reacreditación (como instrumento para operar la acreditación, no como experiencias en sí) *sólo actores federales y estatales	Fases de Supervisión y Reacreditación Supervisión: Se analizan las fortalezas y limitantes que la reactivación de la fase de supervisión ha supuesto al proceso de acreditación, así como las implicaciones de la misma. Reacreditación: Se analizan las fortalezas y limitantes que la reactivación de la fase de reacreditación ha supuesto al proceso de acreditación, así como las implicaciones de la misma.	PP Super Reacred Fort PP Super Reacred Lim
	E. Participación y Percepción del Proceso: Actores Federales. Barreras y Facilitadores Actores Federales (Directivos de DGCEs, Coordinador IMSS PROSPERA y Evaluadores)	Participación de Actores y Acciones (Actores federales) Actores y Acciones: Se analizan las acciones que llevan a cabo y los procesos de los que se hacen cargo, así como los actores involucrados en ellas. Barreras y Facilitadores para las acciones de actores federales Barreras y facilitadores: Se analizan los aspectos facilitadores y las barreras para llevar a cabo su trabajo en relación con el proceso de acreditación.	PP Pap Ac PP Col Fac PP Col Barr PP Pap Ac Fac PP Pap Ac Barr
A nivel de Experiencia en el proceso de Actores (3.2): ¿Cuál es el papel que el entrevistado o el área laboral que representa desempeña en el proceso de Acreditación y con quiénes colabora? Facilitadores/Fortalezas ¿Qué factores perciben como aspectos que posibilitan su trabajo? Barreras/Limitantes ¿Qué factores perciben como aspectos que dificultan la realización de su trabajo?	F. Participación y Percepción del Proceso: Actores Estatales. Barreras y Facilitadores Actores Estatales (RECS y REPSS)	Participación de Actores y Acciones (Actores Estatales) Actores y Acciones: Se analizan las acciones que llevan a cabo y los procesos de los que se hacen cargo. Barreras y Facilitadores para las acciones de actores estatales Barreras y Facilitadores: Se analizan los aspectos considerados facilitadores y barreras para llevar a cabo su trabajo en relación con el proceso de acreditación.	PP Pap Ac PP Col Fac PP Col Barr PP Pap Ac Fac PP Pap Ac Barr
	G. Participación y Percepción del Proceso: Personal de Dirección y Servicios de Unidades Hospitalarias A. Razones y Acciones para la Participación	Participación Razones y Acciones para la Participación (actores en unidades) Año de Participación: Si el año de acreditación es importante, señalan los años en los que las unidades participaron del proceso de acreditación. Razones/Incentivos: Se analizan las razones e incentivos esperados que motivaron la participación de las unidades en el proceso de acreditación.	PP Año PP Raz UH PP Pap Ac

Objetivos / Grandes preguntas a contestar con el análisis	Actores y conceptos	Temas específicos de análisis	Códigos utilizados para el análisis
	Personal de Dirección y Servicios de Unidades Hospitalarias	Actores Involucrados en la toma de decisión de participación: Se analizan las acciones que llevan a cabo y los procesos de los que se hacen cargo (decisiones, organización, involucramiento del personal). Acciones para la participación: Se analizan las acciones que debieron realizarse para iniciar su participación en el proceso.	
A nivel de Etapas del Proceso (3.3): ¿Cuál es la percepción del entrevistado sobre cada etapa del proceso de acreditación de su UH y de los diversos aspectos involucrados?	Diferentes Etapas H. Fase de Autoevaluación Personal de Dirección y Servicios de Unidades Hospitalarias	Actores y Acciones de la Fase de Autoevaluación. Descripción del Proceso: Actores y Acciones: Se analiza quiénes participaron del proceso dentro de la unidad, el compromiso de los participantes y las acciones que se llevaron a cabo y lo que la fase de autoevaluación significa para los participantes.	PP Auto Ev Fac PP Auto Ev Barr PP Auto Ev Act PP Auto Ev Modif Fac PP Auto Ev Modif Barr
Facilitadores/Fortalezas ¿Qué factores perciben como aspectos que posibilitan su trabajo? Barreras/Limitantes ¿Qué factores perciben como aspectos que dificultan la realización de su trabajo?		Modificaciones: barreras y facilitadores. Modificaciones/Ajustes: Tomando en consideración los criterios de capacidad, calidad y seguridad, se analizan las principales modificaciones y ajustes que fue necesario llevar a cabo en la unidad para continuar con el proceso de acreditación; así como los facilitadores y barreras para ello, específicamente en la fase de autoevaluación.	
¿Qué facilitadores y barreras hay en cada etapa? ¿Qué opinan /experimentan de la reacreditación?	I. Fase de Acreditación Personal de Dirección y Servicios de Unidades Hospitalarias	Actores y Acciones de la Fase de Acreditación Descripción del Proceso: Actores y Acciones: Se analizan a los participantes del proceso dentro de la unidad, su compromiso con las acciones y las acciones que se llevaron a cabo; cómo se vivió la acreditación. Fortalezas y Debilidades de las Unidades al momento de la Acreditación Fortalezas y Debilidades: Se analizan las mayores fortalezas y debilidades de las unidades en el momento de la acreditación. El papel de los evaluadores Evaluadores: Se analizan las opiniones que el personal de las unidades tiene del papel de los evaluadores externos sobre su capacidad y conocimientos, así como las barreras y facilitadores que su participación implica para el proceso. Cédulas y Funcionalidad Cédulas: Se analizan las innovaciones de las cédulas de acreditación; las fortalezas y limitantes que ocasionan al proceso y su percepción sobre el hecho de que podrían no estar tomando en cuenta la diversidad social y contextual en la que se ubican las unidades.	PP Acred Fac PP Acred Barr PP Acred Act PP Ced Fort PP Ced Lim
	J. Fase de Supervisión Personal de Dirección y Servicios de Unidades Hospitalarias	Actores y Acciones de la Fase de Supervisión Descripción del Proceso: Actores y Acciones: Se analizan los participantes del proceso dentro de la unidad, su compromiso y las acciones que se llevaron a cabo. Recomendaciones Recibidas Recomendaciones Recibidas: Se analizan las recomendaciones que recibieron por parte del equipo evaluador y la manera en la que les han dado seguimiento	PP Superv
A nivel de mejoras Plan de Contingencia Las unidades con un dictamen no favorable, ¿cuentan con un Plan de Contingencia? Necesidades/Carencias ¿Cuáles son las necesidades y carencias que han identificado después de obtener un dictamen no favorable? Estrategias ¿Cuáles son las estrategias que han sido planeadas para dar respuesta a las necesidades y carencias identificadas?	K. Plan de Contingencia Personal Unidades NO Acreditadas	Necesidades Identificadas Necesidades y Carencias: Se describen las necesidades y carencias identificadas por el personal de las unidades no acreditadas para la elaboración de un Plan de Contingencia. Estrategias a Desarrollar Estrategias: Se describen las estrategias que han sido planeadas a través del Plan de Contingencia para dar respuesta a las necesidades y carencia; haciendo énfasis en las acciones efectivas o buenas prácticas, así como en las no efectivas, así como la manera en la que se piensan llevar a cabo o se llevaron a cabo y cómo éstas funcionan (o no) para los establecimientos.	PP Plan Cont Nec Fac PP Plan Cont Nec Barr PP Plan Cont Est Fac PP Plan Cont Est Barr

Objetivos / Grandes preguntas a contestar con el análisis	Actores y conceptos	Temas específicos de análisis	Códigos utilizados para el análisis
<p>A nivel buenas prácticas (3.4)</p> <p>Acciones y Decisiones Efectivas Identificar las "buenas prácticas" implementadas</p> <p>Preguntas a contestar para este objetivo: Acciones/Decisiones efectivas ¿Cuáles son las acciones/decisiones de mayor efectividad tomadas/realizadas por el personal de las unidades durante el proceso? Evaluadores Federales, Personal de Dirección y Servicios de Unidades Hospitalarias</p>	<p>Acciones y Decisiones Efectivas</p> <p>Evaluadores y Personal de Unidades Hospitalarias (Acreditadas y no Acreditadas)</p>	<p>Acciones y Decisiones Efectivas Acciones y Decisiones Efectivas: Se describe cuáles fueron, desde el punto de vista de evaluadores y personal de las unidades hospitalarias, las acciones y decisiones más efectivas para hacer frente al proceso, así como el o los encargados de realizarlas.</p>	<p>ILA Dec Acc Ef</p>
<p>Objetivo 4. Conocer las percepciones de los entrevistados acerca de posibles cambios derivados del proceso de Acreditación.</p> <p>Preguntas a contestar para este objetivo: Cambios durante la Ejecución ¿Las unidades hospitalarias operan de la misma forma cotidianamente que en el momento de la acreditación y qué barreras y/o facilitadores supone eso para el proceso?</p>	<p>4.1 Cambios durante la Ejecución Evaluadores y Personal de Unidades Hospitalarias (Acreditadas y NO Acreditadas)</p>	<p>Cambios Durante la Ejecución de la Evaluación Cambios durante la Ejecución: Se analiza si éstas operan cotidianamente de la misma manera que durante el momento de ejecución de la acreditación; las razones para ello y si el cambio constituye una barrera o un facilitador para el proceso.</p>	<p>PC Oper UH Fac PC Oper UH Barr</p>
<p>Cambios derivados del proceso ¿Cuáles son los principales cambios realizados por las unidades hospitalarias tras el proceso de acreditación?</p>	<p>Cambios derivados de la Acreditación en la capacidad del hospital Personal de Unidades Hospitalarias (Acreditadas y NO acreditadas)</p>	<p>Cambios derivados de la Acreditación Cambios derivados de la Acreditación: En términos de calidad, capacidad y seguridad, se analizan los principales cambios que se han realizado en las unidades a partir de su participación en el proceso de acreditación; así como las razones para ello.</p>	<p>PC Prin Cam Fac PC Prin Cam Barr</p>
<p>Cambios percibidos por usuarios ¿Cuáles son los principales cambios percibidos por los usuarios en las unidades hospitalarias? ¿Se pueden relacionar con el proceso de acreditación? Evaluadores; Personal de Dirección y Servicios de Unidades Hospitalarias y Usuarios</p>	<p>Cambios percibidos por usuarios Usuarios</p>	<p>Cambios percibidos por Usuarios Cambios percibidos por usuarios: Se analizan los cambios percibidos en las unidades por parte de los usuarios de las mismas, enmarcándolos en sus opiniones respecto a la satisfacción de la atención recibida.</p>	<p>PC Cam Atn PA PA Cit PA Triaj PA Cons PA Hosp PA Sat Fac PA Sat Barr PA Con UH</p>
<p>5. Recomendaciones</p>	<p>Principales fortalezas y limitantes del Proceso</p>	<p>Principales fortalezas y limitantes del Proceso: Se analizan los aspectos considerados como mayores fortalezas y limitantes del proceso que dan pie a las recomendaciones por parte de los actores entrevistados (máximo cinco párrafos, al menos seis testimonios que soporten el hallazgo, si existe un hallazgo de excepción señalarlo como tal e incluir el testimonio que lo soporta).</p>	
<p>Objetivo 5. Conocer, desde la experiencia del entrevistado, las sugerencias y recomendaciones para el proceso.</p>	<p>Principales fortalezas y limitantes del proceso Actores Federales, Actores Estatales, Personal de Unidades Hospitalarias</p>	<p>Principales fortalezas y limitantes del Proceso: Se analizan los aspectos considerados como mayores fortalezas y limitantes del proceso que dan pie a las recomendaciones por parte de los actores entrevistados (máximo cinco párrafos, al menos seis testimonios que soporten el hallazgo, si hay un hallazgo de excepción señalarlo como tal y poner el testimonio que lo soporta).</p>	<p>- R Proc Fort - R Proc Lim</p>
	<p>Estrategias para el Mejoramiento y Sostenibilidad del Proceso Actores Federales, Actores Estatales, Personal de Unidades Hospitalarias</p>	<p>Recomendaciones: Estrategias para el Mejoramiento y Sostenibilidad del Proceso: Se analizan las recomendaciones y estrategias para el mejoramiento del proceso y la sostenibilidad alcanzada hasta ahora por el mismo y por las unidades acreditadas (máximo cinco párrafos, al menos seis testimonios que soporten el hallazgo, si hay un hallazgo de excepción señalarlo como tal y poner el testimonio que lo soporta).</p>	<p>R Est Mej Fac R Est Mej Barr R Sost Fac R Sost Barr</p>

Resultados

De manera general, se presentan las características de los establecimientos que fueron entrevistados en el componente cualitativo. En la Figura 1 se puede observar la distribución de establecimientos en las entidades federativas y en la Figura 2 su estatus de acreditado o no acreditado.



Figura 1. Distribución por entidad federativa de establecimientos entrevistados.

Proporción de establecimientos de salud visitados, con acreditación



Figura 2. Estatus de establecimientos de salud visitados.

En la misma Figura se muestran las características sociodemográficas de los participantes en el componente cualitativo. Como se observa en el Cuadro 10, la media de edad de la población entrevistada es de 44.5 años con un promedio 4.3 años de antigüedad en el puesto que ocupan actualmente.

Cuadro 10. Características generales de la muestra de estudio

	Muestra		Edad	Permanencia	Personal a cargo
	N	%	Media (años)	Media (años)	Media
General	133	100	44.5	4.3	114
Actores federales					
Personal DGCES	4	3.0	38	3.4	6
Evaluable	4	3.0	39.6	3.3	0
IMSS Prospera	1	0.8	N/i	N/i	N/i
Actores estatales					
REC	11	8.3	41.8	2	5.5
REPSS	11	8.3	45.2	0.9	1800
Personal de salud					
Director(a)	18	13.5	49.4	2.7	357.4
Gestor(a) de calidad	18	13.5	39.1	3.1	3.6
Personal medicina	17	12.8	44.7	3.5	4.8
Personal enfermería	18	13.5	41.6	11.7	112.6
Usuarios(as)	31	23.3	45.7	7	N/a

N/i: No hay información

N/a: No aplica

* La variable "permanencia" se refiere al tiempo promedio laborando en sus correspondientes áreas por parte del personal de salud, actores estatales y actores federales. En el caso de los usuarios, se refiere al tiempo promedio de asistir al establecimiento de salud donde se les entrevistó. Cuatro actores no respondieron a las preguntas sociodemográficas.

Cuadro 11. Características específicas de actores federales, estatales y personal de salud

	Actores en general	Actores federales	Actores estatales	Personal de salud
	N=102	N=9	N=22	N=71
Formación profesional (%)*				
Ciencias de la salud	72.5	33.3	59.1	81.7
Ciencias administrativas	3.9	0	13.6	1.4
Ciencias sociales	2.9	11.1	4.5	1.4
Ingeniería	3.9	0	0	5.6
Otra	12.7	33.3	13.6	9.9
Turno laboral (%)*				
Matutino	55.9	0	0	80.3
Vespertino	1.0	0	0	1.4
Mixto	39.2	100	90.9	15.5
Puesto previo en sistema de salud (%)*				
Sí	58.8	44.4	86.4	52.1
No	32.4	33.3	4.5	40.8
Segundo empleo (%)*				
Ningún otro empleo	41.2	33.3	54.5	38
Sector privado	23.5	33.3	18.2	23.9
Sector público	19.6	0	13.6	23.9

* El total no es del 100% debido a información faltante en algunas categorías.

Por ultimo, los usuarios/as entrevistados presentaron las siguientes características generales: El 74% es originario de la entidad en la que fue entrevistado/a, casi la mitad de ellos tiene como nivel máximo de estudios primaria o menos y una proporción mínima (3.2%) tiene estudios mayores a la preparatoria. El 74% era mujer y su principal actividad era las labores del hogar.

Cuadro 12. Características específicas de los usuarios entrevistados

Usuarios (as)	
N=31	
Lugar de nacimiento (%)*	
Estado del establecimiento	74.2
Otro estado del País	22.6
Escolaridad máxima (%)*	
Sin escolaridad	22.6
Primaria	25.8
Secundaria	29.0
Preparatoria	16.1
Profesional o superior	3.2
Ocupación (%)*	
Empleado	3.2
Cuenta propia	12.9
Ama de casa	74.2
Desempleado	3.2

* El total no es del 100% debido a información faltante en algunas categorías.

OB 1. Conocimiento y percepción de la acreditación

Objetivos de la acreditación

De acuerdo con el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica publicado el 16 de diciembre de 2016 en el Diario Oficial de la Federación, “la Acreditación se constituye como el proceso de garantía de calidad que se realiza mediante la autoevaluación y la evaluación externa a los establecimientos de salud, con el fin de constatar que cumplen satisfactoriamente con Criterios definidos de Capacidad, Seguridad y Calidad, así como con un enfoque de gestión por procesos, para satisfacer las necesidades de los usuarios y garantizar la calidad de la atención. [...] La acreditación es condición necesaria para que un establecimiento de atención a la salud sea incorporado como prestador del Sistema de Protección Social en Salud.”²⁰

Cabal conocimiento del proceso, pero diversos objetivos señalados para el mismo.

El análisis de las entrevistas con actores federales y estatales nos permite señalar que todos los informantes conocen el objetivo del proceso de la acreditación y la finalidad que se enuncia en el Manual. Los informantes afirman de diversas maneras que se enfoca en garantizar el cumplimiento de los criterios de capacidad, calidad y seguridad, sin embargo dotan al proceso de especificidad desde dos vertientes.

Por un lado, destacan los testimonios de aquellos actores que señalan que la evaluación de los criterios específicos se realiza con el propósito de que los establecimientos acreditados puedan incorporarse como prestadores de servicios al Sistema de Protección Social en Salud, y, de este modo, acceder al financiamiento del Seguro Popular.

La acreditación busca evaluar la calidad en los establecimientos para la atención médica a través de la medición de criterios específicos que son de capacidad, seguridad y calidad con la finalidad de que los establecimientos se incorporen como prestadores de Servicios al Sistema de Protección Social en Salud.
AF2_09.04.18_LG

Desde mi óptica, es implementar un modelo de gestión de la calidad que permita asegurar las condiciones mínimas que debe de tener todo establecimiento de salud para proporcionar servicios con calidad, capacidad y seguridad;

*y a su vez, demostrar que se tiene la capacidad y que se cumplan con todos estos criterios **para acceder al financiamiento que nos da el Seguro Popular.** EG_REC_09.04.2018_MR*

Por otro lado, la mejora continua, así como la estandarización de la calidad en la oferta de servicios para pacientes y afiliados es reconocida como otro de los objetivos perseguidos mediante el proceso de acreditación.

*[...] creo que es una buena idea de **garantizar que realmente una parte del recurso del Seguro Popular fuera efectivamente destinado a la mejora de las unidades.** AF5_03.05.18_LG*

*Es una estrategia que se **utiliza para poder estandarizar en todo el país la calidad** que se debe tener en los establecimientos de salud que estén incorporados a esta red prestadora de servicios al Seguro Popular, en cuestión de garantizarle a los pacientes que los servicios que se oferten, ya sea en el norte, en el sur o en el centro del país, puedan tener la misma calidad. **Los objetivos pues prácticamente que persiguen es realizar desde la parte local, desde las unidades de salud, el mantenimiento de los componentes de su capacidad, calidad y seguridad.** EI_REC_02.04.18_LO*

*¡Ah! Pues **los objetivos [...] son tener una mejor calidad, calidez y efectividad para nuestros afiliados.** EH_REPPS_18.04.18_FR*

No obstante, la percepción del proceso como vía de acceso directo al financiamiento por parte de las unidades de salud es un concepto que suele estar más presente en los discursos de los entrevistados en el ámbito federal y estatal y a ello sumarse a la búsqueda de garantía de calidad en los establecimientos de salud como lo reconocen los siguientes testimonios.

*Sin duda, **me queda claro que el objetivo principal es mantener estándares de calidad para mantener la atención eficaz, con calidez. Y creo se han desvirtuado. Para el Sesa y para la Secretaría de Salud, no es tan importante mantener estándares o que un doctor nos llene bien un expediente. Todos sabemos que es para obtener recursos del Seguro Popular. Pero no es el fin último, el fin último debería ser mejorar la atención.** EC_REPSS_12.04.18_RG*

E: Y para ti, [el proceso de] acreditación ¿es sinónimo de calidad?

*Evaluador: [Silencio] Mmm ¡No ! **Es sinónimo de recursos.** EVA2_03.04.18_LG*

Es importante señalar que el tema del financiamiento y del acceso a los recursos provenientes del Seguro Popular es un aspecto del proceso que puede estar generando confusión en los funcionarios públicos. Esto no sólo por la apreciación constante de la acreditación como estrategia para acceder a los mismos –y no como condición ne-

cesaria para ello—; sino porque en los discursos no se hace referencia al mecanismo de asignación de los recursos. Es decir, la claridad con la que se afirma que se accederá a los mismos no es la misma claridad con la que los funcionarios pueden explicar cómo los recursos se asignan a los estados y poco se habla sobre la asignación posterior a las unidades. Debido a esto, el acceso a los recursos resultará, como veremos más adelante en el reporte, un elemento que puede ser el motor central del proceso y a su vez, generar fallas desde las perspectivas de los usuarios.

Normatividad y reglas del proceso

Normatividad y reglas del proceso cabalmente comprendidas. El conocimiento y manejo de la normatividad por parte de los diversos informantes federales y estatales involucrados en el proceso de acreditación se expresa en dos niveles. El primer nivel es aquel que refiere a la normatividad en tanto marco jurídico amplio que se fundamenta en la Constitución y se refleja tanto a nivel nacional como subnacional. El segundo nivel remite a la normatividad a nivel operativo, reflejada en instrumentos como el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica y las cédulas.

Así, un marco regulatorio amplio que está basado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y sus modificaciones derivadas de la dinámica poblacional en salud, del aumento de la cobertura del SPSS y de las políticas en salud dirigidas a generar cobertura de las necesidades de atención de la población, constituye, desde la percepción de algunos de los actores federales y estatales, la base normativa sobre la que se construye y determina el alcance y naturaleza del proceso de acreditación.

Bueno la acreditación entra en todo el marco regulatorio nacional en términos de salud. Y empieza con el Artículo 4º Constitucional y el derecho a la protección de la salud [...] Entonces así surge, cuando se modifica la Ley General de Salud en 2003, para dar forma al Sistema de Protección Social de Salud, también ahí en la Ley queda inscrito el proceso de acreditación como este mecanismo para garantizar que se cuenta con lo necesario [...] ya no sólo es el decir que tiene un servicio de salud, sino decir además que se tiene un servicio de salud con un estándar determinado. AF3_09.04.18_LG

Principalmente viene bien fundamentado porque viene desde la Constitución, después está en la Ley General de Salud y aparte viene en el plan de desarrollo sectorial y en los planes federal y estatal. Yo considero que normativamente está bien estructurado. EC_REC_12.04.18_RG

En la Ley General de Salud se establece un artículo específico que menciona que para que las unidades médicas puedan ser susceptibles de financiamien-

to por parte del sistema de protección social en salud, deben de contar con el dictamen de acreditación que emita la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. EG_REPSS_09.04.2018_MR

Esto se complementa con el punto de vista de aquellos para quienes el marco regulatorio se traduce en las reglas que han alimentado tanto el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica como las cédulas o instrumentos de acreditación, dotando al proceso de carácter obligatorio, certeza jurídica y claridad conceptual.

Creo que sus reglas son más claras hoy, sus reglas están más claras desde que prácticamente en diciembre de 2016 se nos da a conocer el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica en el país, que lo publican en el Diario Oficial de la Federación y que realmente delimitan las reglas precisas con las que vamos a hacer un proceso de acreditación en las diferentes fases que tiene. EI_REC_02.04.18_LO

Obviamente contemplan toda la normatividad de nuestro país [...] aspectos de la Ley General de Salud [...] Y bueno, recientemente, las cédulas de acreditación piden la implementación de las ocho acciones para la seguridad del paciente, que tiene que ver con las seis metas internacionales, que no se conocen generalmente, la valuación de la cultura de seguridad del paciente y la notificación de todos los adversos. Entonces son a grandes rasgos, todo lo que contempla la normatividad, son prácticamente todas las normas en salud. Éstas están contempladas de una forma u otra en las diferentes cédulas. EG_REC_09.04.2018_MR

Normatividad [...] pues bueno se apega, el instrumento [refiriéndose a la cédula de evaluación] está basado de muchas normas, que estas normas, bueno vienen en algunas, por ejemplo, la 016 que es la de infraestructura hospitalaria, la 04 que es la del expediente clínico, odontología la 03, este la 025, o sea, son varias normas más aparte las que viene establecido en la Ley General de Salud, en el reglamento igual, entonces este pues todo esto es el marco normativo al cual está apegado. EVA1_03.04.18_LG

Los diferentes informantes expresan su conocimiento y manejo de la normatividad lo cual da cuenta de su apreciación y uso correcto, sumado a las acciones que realizan en el desarrollo del proceso. Sin embargo, se vuelve necesario mencionar que entre los informantes estatales también se encontraron testimonios que evidencian que el manejo de la normatividad como las reglas del proceso son poco precisas.

[...] la normativa es muy amplia, hay varias normas, unas usamos más y otras menos; unas van directamente al personal de salud, otras al personal de planea-

ción, etc., pero a fin de cuenta todos las debemos conocer porque es parte de nuestra práctica diaria. Como titular debo tener el conocimiento pleno de todas estas normativas, no las manejo todas puntualmente, pero sí conozco otras tantas porque nos ha tocado participar en algún proceso de acreditación en algún momento. EH_REC_18.04.18_FR

Bueno, las reglas (de) donde viene el punto del Seguro Popular, son [...] muy claras, cualquier unidad que tenga el Dictamen de Acreditación tiene derecho a ser financiado por el Sistema de Protección Social en Salud. EK_REPSS_02.04.18_RG

Impactos percibidos por actores federales y estatales

“En la operación de muchos años surge la duda de qué tanto está impactando [el proceso de acreditación]; sobre todo a la salud de las poblaciones que se atienden”. AF3_09.04.18_LG

Beneficios para la población y beneficios para las unidades, pero posibles efectos adversos cuando el financiamiento se convierte en el principal incentivo. El manual introduce la acreditación como: “un sistema de acreditación y garantía de calidad en los establecimientos de atención a la salud incorporados al Sistema de Protección Social en Salud”.²⁰

Intentando dar respuesta a la duda planteada por este informante federal, es posible señalar que efectivamente, tanto actores federales como estatales, dan cuenta de impactos percibidos desde su perspectiva que, por un lado, se orientan a fortalecer el proceso de acreditación, mientras que, por otro, señalan posibles limitaciones al mismo.

En cuanto a los impactos que apuntan fortalezas, los testimonios de actores federales y estatales hacen referencia principalmente a tres beneficios que, desde la perspectiva de los informantes, la acreditación puede ofrecer a los usuarios: la reducción de gastos de bolsillo, el acceso a una mayor cartera de servicios ofrecida por los establecimientos y, el hecho de poder recibir atención para algunos padecimientos en establecimientos privados.

Es la posibilidad de que el paciente se pueda atender sin hacer un gasto de bolsillo; han aumentado la cobertura de los padecimientos que se pueden atender. Positivo para los pacientes el que puedan atenderse en diferentes instituciones privadas. EG_REC_09.04.18_MR

A nivel general considero que nos ha permitido ampliar la cartera de servicios del afiliado, sobre todo cuando la capacidad queda mermada ya sea de forma regional o estatal o en componentes de hospitales generales que también se han

alineado en el proceso de acreditación y se han acreditado para poder aperturar esa cartera a los afiliados. EI_REPSS_02.04.18_LO

Otro de los impactos considerados como positivos es el compromiso del personal para ofrecer atención de calidad. A pesar de que la acreditación se basa en un principio de voluntariedad, destaca la sensación de obligatoriedad del cumplimiento de los estándares para lograr la acreditación. La mejora de espacios y establecimientos es otro impacto positivo del proceso de acreditación.

*El impacto es que genera **un nivel de compromiso en el personal** para brindar una mejor calidad en la atención. Aunque se vean forzados por el proceso, porque saben que el proceso es algo que no depende a nivel estatal, sino que es un proceso coordinado a nivel federal y que se ejecuta por un equipo conformado por compañeros de otras entidades liderados por una persona a nivel federal, pero, **aunque sea de esta manera el personal se ve comprometido a mejorar la calidad del servicio que presta.** EG_REPSS_09.04.18_MR*

Relacionado a lo anterior, la posibilidad de mantener mayor vigilancia de los establecimientos es otro de los efectos percibidos relacionados con el fortalecimiento del mismo proceso mencionados por los informantes federales y estatales, así como los cambios que se perciben en la comprensión de los objetivos de la acreditación por parte del personal de dirección y servicios.

*Hay muchas cosas que siempre se necesitan trabajar, pero creo que el impacto sí ha sido positivo. **Se ha logrado una vigilancia más estrecha (de) los establecimientos que son prestadores de servicios.** AF2_09.04.18_LG*

*Yo creo que sí ha impactado, **porque ya se ve un cambio en algunas unidades, en algunas [...]** por ejemplo, cuando no acreditan y vuelven a hacer el proceso, pues ya se ve un cambio, porque ya entienden cuál es el objetivo de este proceso, pues sí ya hay un cambio. EVA1_03.04.18_LG*

La obtención de recursos como meta: principal impacto poco positivo. Ahora bien, tanto actores federales como estatales también identifican aspectos que constituyen debilidades o limitantes de la forma como puede llevarse a cabo el proceso cuando la obtención de recursos es la meta principal. Entre ellos destacan la inyección de recursos con el único fin de solventar la acreditación y el abandono y falta de seguimiento posterior a la acreditación para la mejora continua y la garantía de calidad en la atención que pueden experimentar los establecimientos.

El tema financiero dependiente se vuelve, como dicen, un incentivo perverso, y así lo manejan. Donde ese incentivo perverso se vuelve un poco reactivo, es decir,

lo montan [...] [hablando de las condiciones para poder ser acreditados] se direccionan ciertos recursos para pasar el examen [...] Entonces el tema financiero es un tema muy interesante porque es una línea muy positiva si la sabes encausar, pero también negativo porque se vuelve ese incentivo perverso donde pareciera que se inyectan recursos solamente para el proceso [...] Hay muchas leyendas urbanas ¿no?, donde dicen: "es que ayer compraron el medicamento para que el evaluador viniera y lo viera", entonces eso es mentirle al sistema y mentirle a la sociedad. Entonces sí creo que ahí podríamos generar, digo, se pueden crear mayores controles para evitar eso, o sea, para no engañarnos, no nada más es, repito, pasar el examen. AF1_03.04.18_LG

Lo que me preocupa es que [cuando los establecimientos] pasan los procesos de acreditación, no se regulariza todo, no es constante. Y no se da por diferentes situaciones. Pero eso es lo preocupante. Y entonces empiezas a desmotivar a los establecimientos que sí se preparan, mejoran sus procesos, capacitan al personal, etcétera Pero después ya no ven esa continuidad en el resto del proceso, que a veces no les corresponde, por ejemplo, el abasto de medicamentos ¿no les corresponde a ellos! Bueno, yo me preparo para este proceso, los capacito, etcétera pero no veo el compromiso por parte del Estado de darme el medicamento al cien, de darme el mantenimiento de los equipos, darme personal que necesito. Entonces es lo que llega después a impactar, en que la gente ya... pierde credibilidad en este tipo de cosas, o sea, no se ve que impacte para la mejora continua, se ve para el momento y no tiene que ser así [...] Yo creo que el impacto mayor es en los pacientes, o sea ¿De qué me sirve acreditar y decir que soy capaz de atender a pacientes con cáncer de mama y pues ya tengo aquí a los pacientes y no tengo el medicamento, no tengo el equipo, se descompuso el equipo, o ya no tengo el especialista [...] ? EG_REC_09.04.18_MR

Ayuda a ordenar las organizaciones de la salud, eso para mí es el beneficio; pero el perjuicio es que confunde la gente porque no está claro. Se habla mucho de acreditación y que si no te acreditas no tienes recursos del Seguro Popular, entonces se vuelve el objetivo y se distrae de lo importante [...] en cuanto a la atención de los pacientes en general. EF_REC_02.04.18_MR

Por último, como hallazgos de excepción, se encontraron algunos testimonios sobre actores que mencionaban como único efecto aparente de la acreditación, el prestigio de los establecimientos de salud.

Pues [el impacto] nos podría dar como [...] en lo personal, podría ser un beneficio profesional, ser como más tener [...] tener como otro nivel, por así decir en lo personal; y como institución darle un poco más de nombre a tu centro de salud, a tu institución, como que ese reconocimiento. EVA1_03.04.18_LG

Conclusiones apartado: conocimiento y percepción de la acreditación

Es posible señalar que, tanto informantes a nivel federal como estatal, conocen a cabalidad los objetivos de la acreditación, reconociendo su doble función de trazador de calidad y, al mismo tiempo, requisito de acceso a los recursos del Sistema de Protección Social en Salud.

La normatividad mediante la cual opera este proceso también es clara para la mayoría de los actores, y sus instrumentos de aplicación (el manual y las cédulas) son reconocidos por los informantes como herramientas útiles y de gran valía. Se afirma que estos instrumentos no sólo permiten una buena operacionalización de las leyes y normas, sino que se reconocen valiosos por estar apegados a las normas internacionales y por ello, dotar al proceso de legitimidad y claridad.

Los entrevistados también reconocen la doble función del proceso de acreditación, puesto que si bien, ésta se orienta a la consecución de los criterios mínimos de capacidad, seguridad y calidad, este proceso constituye también el requisito de entrada al financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud. Esta doble función, y dado que los recursos son de vital importancia para poder sostener los criterios de capacidad, seguridad y calidad, convierte al proceso, bajo determinadas circunstancias, en una paradoja. Para cumplir los estándares se necesita dinero, entonces, se hacen esfuerzos para lograrlos pero, al pasar la acreditación, el financiamiento no forzosa-mente llega a la unidad. Esta situación genera, desde la óptica de los participantes, fallas en el proceso.

Lo anterior se refleja en los impactos percibidos en los que, si bien se reconocen efectos en la salud de las poblaciones que se atienden y en la cartera de servicios a los que pueden acceder, los informantes enfocan sus discursos de manera predominante en el tema de los recursos, declarando como impactos percibidos de la acreditación la reducción del gasto de bolsillo para los usuarios beneficiarios del Seguro Popular o el acceso a los recursos para los establecimientos; ambos son requisitos para el óptimo funcionar de los establecimientos y sus pacientes.

Uno de los impactos no intencionados que se menciona por algunos informantes refleja la paradoja mencionada. Cuando el fin principal de la acreditación es la obtención de los recursos, en la voz de los informantes, los establecimientos ‘se preparan’ para ‘pasar el examen’ y cuando, como explica correctamente un REC, estos recursos no llegan, se percibe en los establecimientos un abandono derivado de la inadecuada distribución de recursos por parte de las Secretarías estatales de salud, lo que demerita lo logrado previo a la acreditación.

OB2. Incumplimientos y lecciones aprendidas

En esta sección se responde al **Objetivo Específico 2** del componente cualitativo: Coadyuvar a la comprensión de los errores de la acreditación identificando, desde la perspectiva de los informantes involucrados, los *incumplimientos* en el proceso.

Se responden las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los principales errores cometidos en el proceso de acreditación y formas de superarlos?
- De acuerdo con los criterios de evaluación, ¿cuáles fueron los principales incumplimientos de las unidades hospitalarias en el proceso?

Actores

Evaluadores Federales, Personal de Dirección, Personal Médico, Personal Enfermería.

Errores en el proceso

Unidades preparadas para pasar la acreditación. Los testimonios recogidos a continuación dan cuenta de algunas prácticas que, aunque no generalizadas, existen. El *maquillaje* –o preparación forzada para el cumplimiento de criterios– es percibido por algunos informantes entrevistados como el principal error en el proceso de acreditación. En algunas unidades se refirió que, cuando el personal tenía conocimiento de que recibirían la visita de los evaluadores, se preparaban las unidades, a veces con recursos del propio personal que, incluso bajo amenaza de sus superiores, terminaban comprando algunos insumos que hacían falta. Este arreglo que se hace a los establecimientos para intentar pasar el proceso de acreditación, es visto por algunos entrevistados como un autoengaño, pues se dieron cuenta de que al final acreditaban pero terminaban estando con las mismas carencias que tenían antes de la acreditación ya que los recursos esperados no llegaban como se esperaba. En los siguientes testimonios, un evaluador nacional y el director de una unidad hablan y explican de forma clara el proceso de simulación que puede llegar a darse:

O sea, es el desconocimiento por parte del personal directivo, del mismo establecimiento, del proceso de evaluación, ¿no? Este... ¿qué otra cosa nos ha tocado?... ¡ah, también las amenazas al mismo personal! Que la supervisora estatal de enfermería o la supervisora del hospital ya les dijo a la gente que vamos a pasar en tales áreas; entonces como nosotros vamos directamente con el personal operativo les decimos: “a ver, ¿y cómo hace usted esto?, y entonces hemos visto que se ponen híper nerviosas ¿no?, a veces soltamos algún chistesillo y así, para tratar de calmarlos, porque al final de cuentas les dicen ¿no? Me ha tocado, también, que de pronto, ellos compran de su bolsa cosas, insumos para tenerlas. Me tocó una vez de unos glucómetros, que los vi y les digo: “esto está caducado”. Y así platicando con el doctor, me dice: “¡ay doctora!, es que, de veras (sic), créame, créame, ¡gasté tanto!” Le digo: “¿y luego?”, “¡es que estaba amenazado!” Entonces eso los tiene preocupados, y de alguna forma, primero, no son transparentes en el proceso; y por otra parte, tampoco les permite como estar al cien por ciento durante el proceso de evaluación. EVA2_03.04.18_LG

Maquillar la acreditación, engañarte, es decir, traer monitores de otras unidades, hacer expedientes, porque al final no compones nada. A mí, me pasó mucho en el hospital [XXX]. Que, en otros tiempos, acreditábamos y decíamos por qué ganamos, o sea no se veía el beneficio tangible porque el punto era: vamos hacer esto, [...] O sea sí y acreditábamos. Pero, al final, decíamos, pero qué ganamos, seguimos con el mismo personal, seguimos con las mismas cosas, yo creo que ése es el principal error. EI_U15_DIR_05.04.18_COM_NA_LO

Falta de capacitación y debida preparación del equipo. Diferentes actores perciben que en el momento mismo de la acreditación, es decir, cuando estaban los evaluadores externos haciendo sus recorridos, se cometieron distintos tipos de errores, que pueden reflejar la falta de capacitación y preparación para la visita del equipo evaluador. Algunos de los señalados fueron: a) aspectos técnicos como el desconocimiento de las cédulas de acreditación; b) insumos que sí se tenían al momento de la visita pero que no se revisaron a tiempo para ponerlos donde debían estar o cambiarlos si se hallaban vencidos; c) personas que respondían mal alguna pregunta, hablaban de más o se equivocaban en algún procedimiento. En los siguientes testimonios vemos reflejados este tipo de errores:

[Errores] directamente de ellos... el que no conozcan el instrumento [...] e insisto, que debe ser esa parte de involucrar al personal, cosas que a la mejor que no están en sus manos, el trabajo de cada uno sabe el que le corresponde. Esos pueden ser los errores, la falta de capacitación entre ellos mismos. EVA1_03.04.18_LG

Errores que lamentablemente se dieron cuenta, fue haber tenido insumos y no haberlos presentado, por ejemplo, haber tenido insumos [...] para los carros rojos y no haberlos (mostrado) en el momento de la acreditación; eh, por ejem-

plo, en el caso del compresor tenían, teníamos los tanques de oxígeno debidamente abastecidos y se descuidó esa parte y a la hora de la acreditación se detectó que había tanques de oxígeno que no estaban, que estaban caducados, entonces ahí fue un descuido de parte del personal de servicios generales que pues hablamos con ellos y fue [...] un poquillo desalentador porque habíamos trabajado, se había hecho el trabajo más o menos conciente y porque ese fue un error, una no es que no hayamos tenido si no que fue un error de personal de no haber, eh revisado qué había. EG_U12_DIR_11.04.18_GRAL_NA_MR

Tratar de alterar algún proceso que ya tenemos establecido y que a veces por nerviosismo o pensar que está mal, al momento de la evaluación, se altere.

¿Algún ejemplo que tenga en mente?

En esa ocasión se le olvidó a una de nuestras compañeras supervisoras de enfermería que está la ruta de recolección de productos biológicos infecciosos perfectamente detallada y que el proceso está incluso con horarios perfectamente establecidos, se le fue, se puso nerviosa y empezó a decir cosas que no eran. EA_U1_MED_05.04.18_GRAL_A_RG

Med: Ah... [silencio] a veces lo que siempre tenemos en la preparación de la capacitación de las personas, del personal estamos siguiendo a los verificadores y a la gente de acreditación es... hablar poco, hablar cuando nos pregunten y no empezar a hablar de más porque luego a veces uno dice cosas que no debe. Creo que ése es un problema importante. EF_U10_MED_05.04.18_PRIV_A_MR

Principales incumplimientos

Incumplimientos administrativos. Los principales incumplimientos durante el proceso de acreditación, señalados por el personal operativo, independientemente del tipo de establecimiento de atención a la salud, se relacionan con cuestiones administrativas, procedimientos de registro en bitácoras y llenado de expedientes. Los expedientes estaban incompletos y faltaban bitácoras o estaban desorganizadas.

Enf: hay [...] errores administrativos, y [...] hemos pasado acreditación tras acreditación, y sabemos que son nuestros puntos débiles y que se recalcan mucho cuando hay una pre evaluación y que sigue habiendo esos puntos débiles en cuestiones administrativas.

E: ¿Como cuáles?

Enf: documentos, cuestión de administración, de revisión de un aparato electro-médico, programación del personal de limpieza, más que nada en cuestiones administrativas. Y (la) documentación a veces nos falla. EK_U18_ENF_03.04.18_ESP_A_RG

Faltaron cosas en el área de mantenimiento, **faltaron bitácoras**, faltaron cosas en pues era eso lo que más marcó, **que no se tenía registro de los aires acondicionados, de ciertas cosas**, eso fue lo que más afectó, se pudiera decir, así que recuerdo ahorita. EE_U6_ENF_10.04.18_GRAL_A_FR

[...] Principalmente...creo que **no había un sub registro de pacientes**. Eso era lo principal, **no registrábamos adecuadamente a los pacientes que había por la saturación**, por el tiempo, porque nadie validaba la información. Esas fueron las principales causas. **Había más pacientes de lo que nosotros estábamos registrando**. [...] en el área de archivo en la tarde no tenemos hasta las 3 de la tarde nada más. Los demás pacientes empezaban a sacar su consulta, el expediente completo de esa área. **O el servicio de urgencias nos pedía que tuviéramos expediente por paciente** ya en esa área después de las 6 de la tarde, no se podía tener porque estaba cerrado. **En el área de farmacia nada más teníamos personal de farmacia hasta las 3 de la tarde**, en el turno de la mañana. Ahorita con la acreditación la ventaja que hubo es que ya se ingresó personal de forma rápida porque han acudido y ya tenemos ese personal. Pero más que nada **en el sub registro de pacientes era lo más que, en eso sí íbamos mal**. EE_U8_MED_13.04.18_IMSS_A_FR

Cuando nos piden los expedientes, nos cuesta mucho trabajo, por ejemplo, **nuestros registros son manuales, no tenemos un registro automático, y al momento de estar buscando los expedientes y nos damos cuenta, que el expediente no está completo**. Si nos da tiempo, no llevamos ese expediente y buscamos uno más completo. El punto final, que es que muestre del servicio que estamos dando y el expediente no está completo. Y tenemos “¿Y el expediente?”, **los revisamos cada mes. Pero obviamente no revisamos los 1,700 expedientes que hay. Y cuando nos piden el de la patología, nos damos cuenta que ese expediente no está completo**. EC_U3_MED_13.04.18_PRIV_A_RG

E: [...] ¿Qué errores, usted podría identificar, que se hayan cometido por parte del hospital durante un proceso de acreditación? Si se le ocurre algún aspecto

Doc: mmm... el orden, es que yo creo que siempre ha sido y que son estas...

E: Las bitácoras

Doc: **si, que les pedían muchas cosas a todos, hasta el ingeniero de servicios generales y todo eso, y pues a veces cosas que querían tener pues no las teníamos o no estaban a la mano o algo así, pues creo que si es un punto que sí se nos va**.

EB_U2_MED_10.04.18_ESP_NA_RG

Conclusiones apartado: incumplimientos y lecciones aprendidas

Los testimonios planteados en este segmento nos permiten plantear que algunos establecimientos de atención a la salud pueden estar siendo preparados de forma artificial para pasar por el proceso de acreditación situación que es percibida como un error

por algunos informantes. En este sentido se visibiliza una paradoja pues, visto de un modo pragmático, estas acciones de preparación favorecieron que los establecimientos lograran su acreditación; sin embargo, los actores entrevistados reconocen que se trata de un autoengaño puesto que no resuelve las carencias existentes y posiciona a la acreditación como una especie de examen que es necesario aprobar. Se puede decir que, para las unidades en las que estas situaciones se experimentan, la existencia del proceso de acreditación no garantiza la sostenibilidad de los criterios de capacidad, calidad y seguridad puesto que no refleja la realidad de las mismas.

Los entrevistados señalaron de igual manera un conjunto de errores de tipo administrativo que fueron cometidos durante el proceso de acreditación y que devinieron en el incumplimiento de algunos criterios. La mayoría de estos errores giraron en torno a aspectos técnicos como el desconocimiento de las cédulas de acreditación, insumos que estaban disponibles al momento de la visita pero que no se mostraron a los evaluadores, trabajadores que respondían mal alguna(s) pregunta(s), hablaban de más comunicando posiblemente elementos que no se apegan al proceso o se equivocaban en algún procedimiento. Los principales incumplimientos fueron señalados por el personal operativo y se referían a cuestiones administrativas y de registro en expedientes y bitácoras. Según lo expresado por estos informantes, son fallas que vienen desde tiempo atrás y continúan presentándose.

El primer tipo de error relatado por los informantes puede devenir en una unidad acreditada pero cuyos criterios de capacidad, seguridad y calidad posiblemente no puedan ser sostenidos en el tiempo. Lo anterior, podría estar relacionado con la percepción de la acreditación primordialmente como una forma de obtener recursos por encima de la obtención de los criterios de calidad, mencionado en el apartado anterior. En el segundo tipo de errores, se recibió un dictamen de no acreditado en las unidades y, de manera generalizada, se puede percibir en los testimonios falta de preparación, ya sea de las unidades mismas o del personal para el momento de la visita de acreditación.

OB3. Participación, percepción del proceso de acreditación y buenas prácticas

En esta sección se responde el **Objetivo Específico 3** del Componente Cualitativo: Conocer la **percepción y experiencia de los entrevistados sobre el proceso**, sus barreras y facilitadores, en las distintas etapas, así como las **buenas prácticas** implementadas antes, durante y después del proceso de acreditación considerando las **principales dificultades**, formas de superarlas, así como las principales **lecciones aprendidas**.

Se responden las preguntas específicas en varios niveles:

A. A Nivel Elementos del Proceso

- ¿Cuál es la percepción del entrevistado sobre cada elemento que enmarca el proceso?

B. A Nivel Experiencia en el Proceso

- ¿En qué consiste la participación del entrevistado en el proceso?
- ¿Cuáles son las barreras y facilitadores percibidos por los diferentes actores durante el proceso de Acreditación?

C. A Nivel Etapas del Proceso

- ¿Cuál es la percepción sobre cada etapa del proceso?
- ¿Cuáles son las barreras y facilitadores percibidos por los diferentes actores durante las distintas etapas del proceso de Acreditación?

D. A Nivel de Mejoras (Unidades No Acreditadas)

- ¿Cuentan con un Plan de Contingencia?
- ¿Cuáles son las necesidades y carencias identificadas y cuáles las estrategias para subsanarlas?

F. A Nivel Buenas Prácticas

- ¿Cuáles son las acciones/decisiones de mayor efectividad tomadas/realizadas por el personal de las unidades durante el proceso?

Nivel de Ubicación e informantes centrales para la presente sección:

Federal, Estatal, Personal de Dirección, Personal Médico, Personal Enfermería.

Aspectos que sustentan al proceso

El proceso de acreditación se encuentra actualmente en una etapa de consolidación propiciada por el avance en la normatividad y la integración de la base conceptual del modelo⁽²¹⁾. Estos dos aspectos son impactos considerados positivos por algunos de los actores federales. Sin embargo, dada la naturaleza del componente cualitativo de la evaluación, se torna importante conocer y analizar el discurso del resto de los informantes estatales y a nivel unidad hospitalaria respecto a la acreditación y a los aspectos que enmarcan el proceso de su implementación a fin de dilucidar cuáles son las fortalezas y/o debilidades percibidas.

Por ello, previo a presentar la percepción que los diferentes actores tienen del proceso de acreditación, de sus barreras y facilitadores, así como de identificar buenas prácticas, se exploran de manera inicial las opiniones y argumentaciones de actores federales y estatales respecto a los elementos que componen el proceso: i) el papel de la DGCES, ii) la publicación del Manual en el Diario Oficial de la Federación, iii) las cédulas o instrumentos de acreditación y iv) la activación de las fases de supervisión y reacreditación.

La DGCES como responsable del proceso de acreditación

La DGCES como un organismo especializado en la evaluación de la calidad: una entidad ideal más que real. Desde 2004, que la acreditación se incorporó como un modelo con los requerimientos técnicos y de gestión para los establecimientos de salud en la provisión de servicios a los beneficiarios del Seguro Popular, el proceso ha permanecido bajo la responsabilidad de la DGCES. En este sentido, para algunos de los actores federales y estatales entrevistados, es precisamente ahí donde descansa la principal fortaleza del proceso ya que es llevado a cabo por una instancia especializada y creada para tal fin.

[...] La DGCES nace alrededor del año 2000 cuando se fusionan dos direcciones generales preexistentes, que era la Dirección General de Regulación de la Secretaría de Salud y la Dirección General de Enseñanza y desde entonces está previsto que será esta Dirección general la que lleve a cabo los procesos de acreditación que están como parte del diseño en aquel entonces del Sistema de Protección Social en Salud y que acaban siendo reflejadas en la Ley General de Salud con las modificaciones que se emiten en el 2003 y 2004. Entonces, parte de su fortaleza es que tenemos un área creada con una estructura adhoc para llevar a cabo los procesos de acreditación, reacreditación y supervisión. AF3_09.04.18_LG

Paralelamente, se reconoce que debe existir una entidad rectora del proceso y que es la DGCES la instancia que tiene las capacidades necesarias para llevarlo a cabo.

Creo que siempre tiene que haber un árbitro en un partido, tiene que haber alguien que determine y estandarice sobre todo los criterios para hacer una evaluación. La responsabilidad de quien hace un proceso de acreditación... es muy grande y creo que siendo la responsable del área de calidad le toca dentro de las funciones tener esa atribución. EI_REC_02.04.18_LO

Las fortalezas, como uno de los actores principales de la acreditación, enunciadas por los agentes federales y estatales se refieren, por un lado, a la distancia insti-

tucional de la DGCES con los establecimientos de salud, mencionando que son juez, pero no parte y, por otro lado, a la importancia de su papel para la consecución de los objetivos. Asimismo, se considera que la DGCES debería tener mayores atribuciones para exigir a los establecimientos de salud el apego al cumplimiento de las recomendaciones sobre calidad.

Yo sí estoy de acuerdo en que sea la Dirección General de Calidad de Educación (sic), la responsable de esta evaluación. Es un ente ajeno a los institutos de salud en las entidades. Su actuación es autónoma no se involucra.... Me parece que es el ente correcto quien debe de estar evaluando y acreditando. EB_REPSS_09.04.18_RG

Las fortalezas las tienen ellos porque no puede ser que otro ente nos pueda acreditar, tienen que ser ellos porque tienen la atribución, no son juez y parte. Son juez, entonces son quienes tienen la atribución, las fortalezas. Tiene todo el personal que siempre ha estado ahí, está muy capacitado. EA_REPSS_06.04.18_RG

Yo creo que si lo pasamos a otro ente, no habría continuidad y, ese avance que ha tenido por medio de la Dirección General de Calidad, se perdería. Yo creo que la Dirección general debería tener mayor atribución, exigir que todos los establecimientos se sometan a este proceso. EB_REC_06.04.18_RG

En contraste, a pesar de que se reconoce como necesario que el proceso sea coordinado por un ente centralizado, a través del análisis de las entrevistas con actores federales y estatales, es posible vislumbrar ciertas limitantes que enuncian como restrictivos prácticamente los mismos aspectos señalados antes como fortalezas. A pesar de haber nacido con una estructura adecuada para llevar a cabo el proceso, el hecho de que sus funciones sean amplias –pues también tiene que hacer la labor educativa–, puede tener como consecuencia una falta de recursos para la vigilancia rigurosa de las necesidades de acreditación y supervisión a nivel nacional.

Yo creo que sí el proceso, definitivamente, tiene que coordinar un ente centralizado, yo sí creo que lo debe de coordinar, como Coordinador general, pero el mismo proceso tiene varias fases; entonces, el hecho de que la ejecución también recaiga en la misma unidad administrativa, con todas las limitaciones que puede tener ésta de recursos y demás, conlleva a que pueda ser muy complejo sobrellevarlo. AF1_03.04.18_LG

E: ¿Cuáles son algunas de las limitantes?

AF: Bueno, ***es un área técnica que comparte otras responsabilidades también muy grandes, no sólo se dedica a la parte de calidad (y esto conjuntándolo con la otra dirección general adjunta que es quien lleva toda la materia prospectiva y de medición de la calidad), sino que compiten estas dos áreas con otra tercera que es todo lo de educación.*** AF3_09.04.18_LG

Del mismo modo, ser un organismo que, por pertenecer a la Secretaría de Salud, es juez y parte del proceso es motivo suficiente para preguntarse por la objetividad del proceso y sus resultados.

No sé si es una fortaleza. De alguna forma son juez y parte porque pertenecen a la Secretaría de Salud, podría ser una fortaleza en cuanto a que su jefe es el Secretario de Salud Nacional, entonces de alguna forma ellos son los responsables de marcar la política en materia de salud y al estar ellos enterados en nivel federal, pues pueden marcar las directrices de hacia dónde dirigir. Tal vez pensaría que un organismo externo más imparcial pudiera ser más objetivo. EJ_REPSS_10.04.18_LO

Como hallazgo de excepción, se encontró una opinión, en voz de uno de los actores federales entrevistados, relacionada con que la supervisión de los establecimientos debería estar a cargo del Seguro Popular, ya que ésta no es atribución de la DGCES.

Esa idea que se tiene de pronto cuando se llega a ese puesto en la Dirección General de Calidad en que vas a supervisar las unidades es un desiderátum que luego no funciona. No hay recursos y, por otro lado, probablemente en un marco federalista de servicios de salud, tu misión no es supervisar, la misión es que supervisen los servicios estatales de salud, no tienes ni aparato ni personal [...] Además, la que supervisa debería ser Seguro Popular no Calidad. No sé por qué se atribuye Calidad esa función; o sea, lo que yo tengo claro es que la supervisión no le corresponde a la DGCES aunque dice supervisión y no sé cuántas cosas más dice, que no hace por cierto, ésa es una función de tutela de derechos que equivocadamente se atribuye la DGCES y que le corresponde al Seguro Popular. AF5_03.05.18_LG

Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

Manual, adecuado instrumento normativo con áreas de mejora. La publicación del Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica en el Diario Oficial de la Federación el 6 de diciembre de 2016, en general es percibida por actores federales y estatales como una acción positiva, pues desde su perspectiva ha fortalecido al proceso dotándolo de claridad y transparencia, al tiempo que lo ha dado a conocer.

Mediante el establecimiento del proceso para el otorgamiento de la Acreditación a los Establecimientos y Servicios de Atención Médica para que cumplan los Criterios en materia de Capacidad, Seguridad y Calidad en la prestación de los servicios de atención médica, se han logrado homologar y estandarizar los procedimientos.

Pues es un avance importante que esté ya registrado. Que sea oficial es un gran logro porque así todos tenemos que alinearnos. Si estamos hablando de una normativa pues por ahí vamos a empezar, vamos a respetar esa parte y que todo mundo lo conozcamos es importante. Antes era muy ambiguo, era como no tener una misma línea, era a criterio de quien revisaba. Ahora vemos que esto ya tuvo una forma y eso es muy bueno porque de ahí en adelante todos tenemos que homologar criterios. EH_REC_18.04.18_FR

Todo proceso debe tener un lineamiento o criterios aplicativos. El hecho de que esté publicado el Manual para los establecimientos en el Diario Oficial me parece que hace mucho más fácil la consulta aparte de oficializarla. El hecho de que esté publicada nos da hasta cierto punto la seguridad de que los lineamientos ahí contenidos fueron revisados, validados y autorizados por alguna autoridad competente en su momento y me parece que es la vía de difusión oficial. EG_REPSS_09.04.2018_MR

Una de las fortalezas sin duda es haber logrado la publicación... la publicación del Manual, eso yo creo [...] ha sido [lo] qué más nos ha beneficiado a todos los que estamos involucrados dentro del proceso, porque como le decía... ya hay claridad en cuanto a cuáles son las responsabilidades. AF2_09.04.18_LG

Una de las grandes limitantes que ha tenido la acreditación desde que nació fue su falta de estructura documental; es decir, estaban los señalamientos de la ley y el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección de Salud, pero nunca se acabó de aterrizar en un documento publicado en el Diario Oficial de la Federación que generara suficiente transparencia y objetividad al proceso [...]. Eso es lo que implica justamente tener un documento publicado en el Diario Oficial de la Federación, que le da claridad, le da transparencia al proceso y además permite que sea conocido. AF3_09.04.18_LG

No obstante el reconocimiento de las fortalezas que implica la publicación del Manual de Acreditación en el Diario Oficial de la Federación, es posible ubicar algunas áreas de oportunidad y mejora, sobre todo entre actores estatales. Por ejemplo, la imposibilidad de hacer réplicas a los dictámenes cuando se considera que el proceso no se ajusta del todo a la normatividad y la inconsistencia y confusión en cuanto al pago de cuota estipulado en el Manual.

El Manual no incluye la posibilidad de hacer una réplica de los resultados de una visita de acreditación. Esto lo comenté porque tuvimos una visita de acreditación el año pasado en diciembre o noviembre y cuando te llegan los resultados y revisas las observaciones te das cuenta de que muchas no son consistentes o que no coinciden con lo que en verdad viene en la cédula de acreditación. O que incluso están fuera de la normatividad. Incluso... revisamos todos los hallazgos para ver cuáles

coinciden y fueron fundamentados en la norma... y emitimos un documento a la dirección “Oye, estas y estas observaciones no corresponden” y la respuesta de la DGCEs es “no existe en el manual esa réplica”. Entonces te atan de manos a pesar de que ellos se dan cuenta esas observaciones que no tenía nada que ver. EG_REC_09.04.2018_MR

... creo que ha sido un acierto el Manual. Creo que por ahí tiene ciertas cosas que aún no se han hecho y que tiene oportunidades de mejora. Si no mal recuerdo, creo que se menciona que la acreditación va a tener un costo. Por parte de los estados tienen que pagar a la Secretaría de Hacienda para acreditar sus unidades, eso está todavía muy ambiguo, ni siquiera está establecido, no sabemos ni qué. EK_REC_02.04.18_RG

Por otra parte, los actores refieren que una vez publicado el manual es costoso hacer modificaciones, por lo tanto, han tenido que recurrir a estrategias administrativas como el envío de oficios y circulares, para intentar explicar los puntos que resultan poco claros.

Nosotros hemos detectado sí puntos de mejora dentro del manual para hacerlo más claro pero pues hemos tenido que esperar a poder tener un presupuesto suficiente para poder mejorar esos elementos, son cuatro o cinco elementos que no quedan tan claros en la redacción que tiene actualmente que no impiden el funcionamiento del manual pero que sería muy recomendable poderlos [...] actualizar. Sin embargo, tenemos ese elemento, si no contamos con el recurso presupuestario para realizar este gasto y volverlo a publicar en el diario oficial de la federación, pues hemos estado ideando estrategias administrativas para explicarles de una forma homogénea a todos a través de oficios, circulares en donde explicamos cada uno, un elemento. AF2_09.04.18_LG

Cédulas como instrumentos de evaluación

Cédulas claras pero poco flexibles ante la realidad diversa del país: el caso de los especialistas y el reflejo de la inequidad en el sistema de salud. Uno de los aspectos metodológicos importantes de la implementación del proceso de acreditación lo constituyen los instrumentos de evaluación o cédulas, a través de las cuales se registra la información para valorar el otorgamiento de la acreditación.

El estricto apego normativo o referencia a la norma se percibe como un aspecto altamente positivo dado que sustenta los elementos evaluados a través de las cédulas, además de permitir que los mismos establecimientos logren identificar sus fortalezas y debilidades para hacer frente al proceso.

El apego normativo que es otro de los beneficios [...] Porque [en] la primera parte [de las cédulas] viene la estructura de las normas oficiales o lineamientos y el reglamento de la Secretaría de Salud, luego viene el proceso y los resultados de la [evaluación]. EF_REC_02.04.18_MR

[La cédula] es innovadora porque es un documento que tiene un soporte técnico. Cada cuestionamiento, cada requisito, cada pregunta y lo que la cédula pide viene en los documentos que tenemos. Cuál es la base, qué documentos piden ese dato y gracias a esa referencia, a los Manuales, a las normas mexicanas, a los estándares y eso hace que todos los requisitos [...] que pida la cédula, estén soportados técnicamente. No son preguntas o cuestionamientos que alguien se la hayan ocurrido, son procedimientos y requisitos que están marcados por la normativa institucional. [...] ED_REC_02.04.18_FR

Yo veo que [las cédulas] tienen los elementos necesarios y permiten evaluar a las unidades. Con esta información que se tiene, sí podemos determinar si se cumple con la normatividad, si cumplen con la norma oficial mexicana. En mi opinión cumplen con todos los elementos para evaluar. EB_REPSS_09.04.18_RG

Adicionalmente, al homologar criterios se reduce la heterogeneidad en la calidad de la atención, lo que, desde el punto de vista de los actores, sobre todo federales, coadyuva a contar con un sistema de salud más eficiente y efectivo.

Lo que se busca con cualquier tipo de cédula o cualquier tipo estandarizado de evaluación es reducir justamente esta heterogeneidad y en términos de salud la reducción de esta heterogeneidad. Lo que [esto] implica es un Sistema de Salud mucho más eficiente y efectivo. Actualmente los mexicanos estamos en nuestro conjunto social dedicando mucho dinero justamente a la atención a la salud, es decir, ha sido un tema priorizado socialmente y, sin embargo, vemos que mucho de este recurso invertido no ha tenido los efectos que esperábamos desde el punto de vista de la efectividad de las políticas públicas de financiamiento. AF3_09.04.18_LG

No obstante, con la reducción de la heterogeneidad en la calidad de la atención, la acreditación parece olvidar o dejar de lado aspectos que, tanto para actores federales como estatales, existen como limitantes del proceso y que se relacionan con especificidades contextuales de los establecimientos o bien con agencias e interpretaciones personales de los actores involucrados.

La exigencia de especialistas, cuando hay un número limitado de éstos a nivel nacional, y de medicamentos poco utilizables pero que deben ser comprados a pesar de su elevado costo para cumplir con los criterios de acreditación, constituyen algunos de estos aspectos.

*La única observación que [...] yo les haría a las cédulas, a los nuevos criterios que se están planteando, es que, por ejemplo, **a veces como criterio mayor, nos piden tener un determinado perfil médico. Por ejemplo, el anestesiólogo pediátrico a nivel nacional, el número de anestesiólogos pediatras es un tanto limitado.*** EB_REC_06.04.18_RG

La aparente falta de consideración de los contextos específicos en cada una de las entidades federativas, así como de las circunstancias particulares de los establecimientos constituye también, desde la percepción de los actores, una barrera para enfrentarse al proceso de manera exitosa.

*Para sistematizar todo. Sí está bien, aunque en algunas unidades por ser zonas muy diferentes no podemos calificarlo igual aquí en Veracruz que por ejemplo en Baja California; **tenemos diferentes tipos de personas, de enfermos, de comidas.** Por ejemplo, en Baja California su obesidad, nos comentaban la otra vez que fuimos por allá, es muy alto su número de obesidad [...], entonces todo eso nos lleva a problemas muy diferentes que los que pudiéramos tener en Veracruz. Entonces tanto como homogeneizar los procesos no; sí podemos ver que todos intentemos hacer lo mismo, pero tal vez de diferente manera, tal vez existan los mismos formatos, pero no van a ser aplicables para todos.* EJ_REC_09.04.18_LO

*Y coincido mucho en la parte sí, en el norte, tienen poco más de recursos que en el sur, en el centro, o sea sí eso, sí me queda muy claro, no podemos... si quisiéramos tener un sistema de salud parejo para todos costaría un poquito de trabajo, a lo mejor sí se puede, pero costaría un poco de trabajo, porque **los recursos y las limitaciones en algunos estados es diferente, las culturas, las costumbres.*** EVA1_03.04.18_LG

*En realidad, creo que lo que no acertaron las cédulas [...] no han terminado de, yo lo veo ahora, la verdad no era una reflexión que tuviera en esos años, pero ahora estoy en un programa, [...] que más población indígena atiende del país; nosotros tenemos servicios en las zonas rurales más pobres del país, **las cédulas no han terminado entendiendo los temas de pertinencia cultural y ruralidad.** Ese tema no ha terminado de entrar adecuadamente, se han hecho algunas cosas incluyendo temas de capacitación intercultural pero **los servicios prestados a la población más excluida del país, en las zonas rurales indígenas que son, por ejemplo, los que prestan este programa, requieren un enfoque de pertinencia cultural muy diferente.*** AF5_03.05.18_LG

*Esta cédula, supongo, está basándose en la información más actualizada de las normas mexicanas de infraestructura para establecimientos en salud. ¿Cómo puedo yo rehacer un hospital sin inversión y modificarse? **Si ahora, el consultorio dice que tiene que ser 3 por 2 y en ese momento la norma oficial hacía que era***

2 por 2 por 2.5 ¿Cómo destruyo el consultorio y lo rehago? por eso insistir, si a nosotros nos hubieran dicho hace 5 años: éstas son las nuevas cédulas de aquí en adelante. EK_REPSS_02.04.18_RG

Finalmente, se encontró la percepción de que, en la implementación del proceso, el llenado de las cédulas está condicionado en mayor o menor medida al criterio propio del evaluador.

Entonces creo que la flexibilidad y los criterios siguen siendo porque va a depender del evaluador. Incluso podemos decirlo, yo no sé si mis colegas vayan a decirlo también, pero... depende mucho de quién vaya a evaluar y qué tan estricto vaya a ser el asunto. Incluso sabemos de... “¿y de dónde vienen, de qué estado vienen? Híjole los de tal son súper quisquillosos, los de tal estado son más flexibles”. Sí hay cierto conocimiento, a lo mejor los nuevos no, pero los que ya tenemos un ratito en esto pues los conocemos un poco más. Sí dependen del evaluador. EF_REC_02.04.18_MR

Soy responsable que se tenga que atender a mis asegurados. Hay cuestiones culturales que, cuando vienen los especialistas [a] hacer la evaluación o a quienes mandan, no me queda claro que sean especialistas. El país no es homogéneo, entonces por qué tenemos que tener una cédula homogénea. EC_REPSS_12.04.18_RG

Fases de supervisión y reacreditación

Supervisión

Supervisión: necesaria y sana, aunque operativamente un reto ante la falta de recursos humanos y financieros. La reactivación de las fases de supervisión y reacreditación es considerada un suceso importante que viene a consolidar el sistema de acreditación, al tiempo que es garantía de calidad.²¹ En relación con la fase de supervisión, esto se traduce, en primera instancia, en que a través de ella se ha logrado dar seguimiento a establecimientos que no habían sido visitados en mucho tiempo.

Nosotros inicialmente [...], cuando llegamos a esta área vimos que los establecimientos no habían sido visitados otra vez a lo largo de 10 años que [...] han sido acreditados, en muy pocos casos habían sido supervisados, entonces lo que tratamos de hacer es reactivar ese elemento que además es obligatorio de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia [de] protección social en salud; entonces, empezamos a desarrollar estrategias en donde los establecimientos que prestaban servicios en patologías específicas que eran de interés nacional como por ejemplo el cáncer en la infancia y la adolescencia, el cáncer de mama [...] fueran visitados. AF2_09.04.18_LG

La supervisión, además de que permite evaluar el mantenimiento de la calidad de los establecimientos de salud entre las etapas de acreditación y reacreditación, ha representado un incentivo extrínseco y una motivación para el personal de salud hacia el mismo objetivo.

*¡Claro que sí!, estoy completamente de acuerdo, convencida de que **la supervisión es necesaria. No tenemos por qué decirles a los establecimientos que se preparan para una visita. [...] Si ellos trabajan en tener esos estándares con los que fueron acreditados, no tendrían por qué preocuparse de tener una supervisión. De esa manera estamos nosotros garantizando que los establecimientos trabajan por garantizar los estándares por los que fueron acreditados.*** EB_REC_06.04.18_RG

*La supervisión fue para las unidades del 2012 y fue otro proceso que me puso a temblar también porque venían a validar que las acreditaciones de ese periodo seguían teniendo los criterios, seguían manteniendo la calidad. **Yo creo que fue bueno y que debe ocurrir de manera permanente para que de alguna manera se quite este mito de que ya tengo el dictamen y ya, que sepamos que puede caer en cualquier momento una acreditación.*** EF_REC_02.04.18_MR

Adicionalmente, cuando se lleva a cabo, la supervisión funciona como una herramienta para evidenciar áreas de oportunidad importantes, lo que redundaría en la sostenibilidad de la calidad de la atención.

*Fíjate que si no hubiera estos procesos de supervisión... Es muy importante que se continúe con la evaluación porque por naturaleza todo lo que no se puede evaluar o medir no se puede corregir. **Me parece muy prioritario que se evalúe, para que se pueda seguir manteniendo la calidad. Las unidades que no están con un seguimiento puntual a estos procesos, se descuidan y no se ocupan de la parte sustantiva.*** EB_REPSS_09.04.18_RG

Finalmente y, a pesar de todas las ventajas señaladas hasta aquí respecto a la supervisión, se encontraron opiniones que señalan que la misión de la DGCES no es supervisar, pues además de no contar con recursos suficientes, esta labor debería ser llevada a cabo por los servicios estatales de salud.

*Esa idea que se tiene de pronto cuando se llega a ese puesto en la Dirección General de Calidad en que vas a supervisar las unidades, es un desiderátum que luego no funciona, **no hay recursos y por otro lado, probablemente, en un marco federalista de servicios de salud tu misión no es supervisar; la misión es que supervisen los servicios estatales de salud, no tienes ni aparato ni personal.*** AF5_03.05.18_LG

Reacreditación

*La reacreditación surge entonces como un proceso de reevaluación de los estándares determinados para la acreditación, en el entendido que una organización debe trabajar para mantener un estándar por el que fue evaluado... **no sólo se busca que logren el trámite administrativo, sino que generen un cambio en una organización para que les permita la mejora continua de la calidad.** AF3_09.04.18_LG*

Reacreditación: con pocos recursos y a contratiempo. El deseo por garantizar, a través de la reacreditación, los niveles de calidad que les permitan mantener el financiamiento del Seguro Popular es percibido por algunos informantes estatales como una fortaleza debido a que impulsa a la mejora continua.

*Es una excelente idea que haya la reacreditación porque de alguna manera **presionan a los estados para que vayan garantizando que las unidades están en un buen nivel** o tengan lo necesario para poder atender a la población o sus usuarios. EK_REC_02.04.18_RG*

*La verdad sí, porque **generalmente cuando una unidad lograba la acreditación nadie se preguntaba cuánto tiempo dura la acreditación**, “¿tendremos que hacer un proceso seguimiento posterior?”, **aún cuando los dictámenes marcan una fecha de vigencia la verdad es que era muy poco el seguimiento que se le daba al mismo**; entonces el hecho de que se le esté dando un auge a la reacreditación como tal, me parece también muy importante porque de esta manera las unidades no se ven comprometidas simplemente a cumplir con la visita de **acreditación y a demostrar algo que quizá no sea la realidad operativa del día a día de las unidades**. En cambio, al establecer la supervisión **para la reacreditación me parece que es garantizar que esta calidad y oportunidad que se brinda en las atenciones a los afiliados** pues sea algo que se trabaje y se cuida día con día y no solamente porque se ven sujetos a un proceso. EG_REPSS_09.04.18_MR*

Ahora bien, el poco tiempo estipulado para preparar los establecimientos a fin de hacer frente a la reacreditación, además de ser generador de preocupación por lo arriba señalado, es percibido como un factor que da cuenta de una carencia de lógica dentro de la planeación y de la rigidez de la misma. Pese a ello, este dato revela un importante elemento sobre el sentido y percepción que los sujetos tienen de la acreditación. Sin dejar de lado la realidad de la carga de trabajo administrativo que una acreditación implica, si la calidad fuera una constante en las unidades, éstas no tendrían que prepararse ni se temería perder la acreditación y sus recursos, como muchas voces lo expresan.

Y prácticamente nosotros en el estado, lo que hemos intentado, es defender que si ya alcanzamos la posibilidad de tener acceso a ese financiamiento no lo perdamos, porque nos vienen a supervisar y no estemos adecuadamente o no lo perdamos y no pasemos la reacreditación. En el contexto de estos prácticamente más de doce años de la existencia del proceso de acreditación el país, se dejó de lado la reacreditación, hubo un momento en que casi por decreto se dijo que “ahora ya no vamos a darles reacreditación”, y nuevamente en el año 2017 se retoma, es obvio que el efecto que tuvo en el 2017 después de tantos años de no ver qué pasaba en nuestras unidades pues generó muchas situaciones de angustia. EI_REC_02.04.18_LO

La acreditación es continua, es dinámica, que es lo que ahorita acaba de retomar el titular con su equipo y es lo que está pegando fuerte en el país porque del 2012 a la fecha y ahorita se les recuerda que tienen que estar acreditadas y le dicen a la Comisión el deber ser reacreditadas y vamos corriendo a reacreditar pues todos pegamos el grito porque no nos va a dar tiempo; otros estados tienen hasta 300 Unidades o 400 Unidades. EA_REPSS_06.04.18_RG

No puedes decir, por ejemplo, los primeros 4 años de la administración federal, donde todas las acreditaciones tienen una vigencia, que no tienen temporalidad, y decir, qué creen, que ahora sí ya hay temporalidad, me las acreditan o se quedan, es falta de planeación. Creo que ser muy cuadrados con la normativa, los únicos que deben ser cuadrados son los licenciados en Derecho, porque tienen que apegarse a la Ley, e incluso en la Ley hay interpretaciones, pero un doctor, un médico, por llamarlo así, lo que debe estar viendo, cómo curas al paciente, cómo lo curas mejor, y siento que de pronto esa parte se les fue y hay que arreglarla, pero espérate, ya no tienes tiempo. Ya se acabó la administración y no puedes mantener tantos años y –qué creen ya me voy y quiero dejar la casa ordenada. EC_REPSS_12.04.18_RG

Sí, insisto en la acreditación y en la reacreditación, en que sí se requiere que nos den tiempo razonable. Ya no pedir tiempo, sino tener tiempo razonable, pero que también sean conscientes de esto. Para hacer los trabajos se requiere un tiempo razonable. Los trabajos estamos tratando de hacer con lo poco o mucho. Y no quiere decir que, como ya se vencieron las acreditaciones, ahora ya se las voto. No se vale. ¡Está bien! Nosotros estamos tratando de facilitar y organizar y planear los recursos, eso sí pero que de parte de la Secretaría y de la Subsecretaría, que seamos conscientes. La lana viene de donde mismo, y ahora quieren que nosotros seamos los que acreditemos, los que paguemos y ahora van a decir que el Seguro Popular no quiso pagar a esa gente, de que no esté acreditado el hospital. ¿Y de quién es la culpa que no esté acreditado? Porque eso está pasando, ya no se está pagando. EE_REPSS_09.04.18_FR

En la reacreditación ¿qué sucedió? La reacreditación, desde mi muy particular punto de vista, creo que fue un proyecto muy ambicioso, que **a pesar de que ya se llevó a cabo y estamos en el mismo proceso, no lo estamos haciendo bien.** ¿Por qué?, son visitas muy rápidas. Aparentemente lo tenemos en un instrumento, pero no alcanzamos a ver todo, sobre todo la parte documental, que así fue la instrucción, muy específico. Entonces, hay cosas que pues no, no se toman en cuenta, ¿no? Por el mismo número de unidades a re acreditar, entonces **ahí sí creo que baja, al menos, no estamos considerando la parte de calidad en nuestro mismo proceso, porque nosotros no lo ejecutamos bien.** Sobre todo, por ejemplo, que... en algunas entidades, sobre todo las cercanas, nos íbamos de dos a tres personas a un establecimiento muy grande, entonces es imposible, cuando para una acreditación, a veces nos llevamos a un equipo muy grande, justo para que vea todas esas partes. **Entonces se me hace que la reacreditación fue solamente para... pues para cumplir, ¿no?, algo.** Pero en realidad, no están implementando algo. EVA2_03.04.18_LG

Y aquí... hay 200 unidades, hay quienes tienen 300, 400, 500, 600 unidades. Vas a ver, cuando vayas a XXX, son 1000 unidades, más de 1000 unidades, **¿cómo le va a hacer XXX para acreditar eso? Va a hacer un plan de trabajo, ¿de dónde va a sacar dinero? va a necesitar sacar miles de millones de pesos para hacerlo, y no los tiene.** Entonces ¿qué priorizas? dices tengo tanto, voy a arreglar 5 de 100 y las otras 95 ¿las cierro o qué hago? **si me quitas de acreditación, ¿qué hago? Están tontos, cómo voy a creer que siendo algo tan importante no vean.** EK_REC_02.04.18_RG

Pues yo tengo mis discrepancias y dudas, pero ya le dirán que yo soy muy heterodoxo. **Primero me choca que en el último año del sexenio se les haya ocurrido reacreditar... han tenido 5 años. Segundo, las experiencias anteriores de reacreditación no se pudieron desarrollar con bastante sentido táctico, o sea, el argumento que dan para la reacreditación es jurídico, que hay que acreditar porque lo dice la ley, etcétera.** Pero no sé cuántas van a acreditar. Pero pongámonos que efectivamente, ya creo han empezado o están en eso, **ahora resulta que (...) el 30% de las unidades no cumplen criterios de acreditación ¿y entonces?, ¿Las van a cerrar, les van a mandar recomendaciones?, eso va a significar recursos por parte del Seguro Popular, no lo tienen atado.** Es como ocurrió, en el último Consejo Nacional de Salud en donde se presentó y hubo alguna discrepancia. **Yo tengo una razonable discrepancia sobre la oportunidad de hacer ahora la reacreditación, una además es un enfoque jurídico frente a un enfoque de calidad que yo tengo, pero es conocida mi discrepancia.** Probablemente todo el mundo le va a decir a usted que está todo muy bien, ¡pero bueno! AF5_03.05.18_LG

Por último, el haber retomado las etapas de supervisión y reacreditación a un año del cierre de sexenio y la aparente premura con la que, desde la opinión de los informantes, se está solicitando la realización de acciones en el marco del proceso, además de ambicioso e inalcanzable, se observa como una decisión de orden político, que ocasiona que la acreditación se perciba como “*acción punitiva*” que, lejana a repercutir en las políticas de salud y en la calidad del servicio, puede generar cargas de trabajo burocrático que pueden derivar en simulaciones. Las mayores críticas provienen de los Responsables Estatales de Calidad y los responsables del Seguro Popular en los estados, quienes comentan el impacto negativo de la premura en desarrollar esta fase ya que conllevaría perder el financiamiento lo que redundaría en la imposibilidad de ofrecer servicios a los asegurados y que éstos tengan que pagar los costos de la atención.

A partir del año pasado que se suscitó lo de la reacreditación. Y ha sido una locura entre mandar todas las cédulas de acreditación de todas las unidades más las que salen con calificación aprobatoria, las que no están aprobadas, los planes de trabajo que nos pidieron en diciembre, todo esa locura de reacreditación como que ha hecho un poquito de más presión y de conocimiento de lo que es la acreditación; incluso con lo que son gastos catastróficos, las unidades que ya perdieron esas acreditaciones se están dando cuenta que el dinero ya no va a bajar, tanto en la unidad es preocupante porque son los pacientes que se están atendido y acá a nivel estatal pues ya están viendo de dónde se va a tener que sacar ese dinero para seguir apoyando a esos pacientes, porque no se pueden quedar sin el servicio, simplemente ahora es absorbido este gasto por el estado, entonces ya desde el área administrativa comienzan a ver la importancia de la acreditación [...] Hasta apenas ahorita que lo están haciendo es cuando están volteando a ver al área de calidad. EJ_REC_09.04.18_LO

Una debilidad del proceso de re acreditación, estoy a favor en el proceso de re acreditación, sin embargo, estoy en contra que, de forma inmediata, se pierda la acreditación y con ella se pierde el financiamiento y pongamos en una situación de vulnerabilidad a nuestros afiliados al Seguro Popular. EB_REC_06.04.18_RG

Han sido muy enfáticos en unas cosas y en otras no tanto, han habido muchos cambios, eso ha afectado, primero te exijo y luego ya no; yo siento que es como todo, hablamos de procesos de mejora pero los hacemos a muy corto plazo [refiriéndose a la reacreditación] y muy ambiciosos y eso afecta totalmente porque entonces no puedes cumplirlo, siento que ellos tienen la fortaleza del conocimiento, tienen la fortaleza de que tal vez sus autoridades los apoyen en estos proyectos, pero siento que no es lo mismo yo hacerlo atrás del escritorio que yendo a campo e ir verificando que lo que yo estoy aplicando o lo que te digo que hagas no esté siendo como es, porque eso te obliga que la gente invente información con tal de quedar bien o con tal de tener un buen resultado. EH_REC_18.04.18_FR

Si su voz repercutiera en las políticas de salud, sería bastante útil, que existiera una división de este tipo, pero como no va a repercutir más que en acción punitiva, porque es una policía más que otra cosa, si no cumples obviamente te quitan la acreditación, pero nada más para que cumplas, pero no te instruyen en mejorar la calidad, ésta es la fortaleza que debieran tener, que influyera realmente en las decisiones, así mejorarían la calidad. Pero como todo lo relacionado con calidad, muchas veces sólo con el escritorio, no hay una realidad.
EF_REPPS_02.04.18_MR

Considero que sí debe de haber una dirección exclusiva para este tema [...] En muchos estados, se les fue el tiempo de esta administración [...] Quieren en un año, en el último año, en los últimos dos años implementar un proyecto [...] para capacitar al mayor número de personas, no importando si están en los departamentos de calidad o no. Hoy en día quieren acreditar a los gestores del Seguro Popular para que les ayudemos a levantar las cédulas, para que les ayudemos a mantener un estándar de calidad. Yo lo considero, y lo hemos dicho, insisto, cuatro años se tardaron en hacer esto y en los últimos, en el quinto y el sexto año del sexenio quieren apretar las tuercas. EK_REPSS_02.04.18_RG

Conclusiones apartado: aspectos que sustentan el proceso

Las percepciones sobre la DGCES como agente responsable del proceso de acreditación son diversas y, en varios puntos, opuestas. Para algunos actores entrevistados la principal fortaleza del proceso de acreditación es ser realizado por una instancia especializada, creada para tal fin. Sin embargo, hay opiniones contrapuestas respecto a la independencia con la que la DGCES actúa; para algunos actores existe distancia institucional entre ésta y los establecimientos de atención a la salud, mientras que, para otros, ser un organismo que pertenece a la Secretaría de Salud, la convierte en juez y parte, lo cual podría prestarse a cuestionamientos sobre la objetividad del proceso y sus resultados.

Otro aspecto polémico en torno al quehacer de la DGCES, es su papel respecto a la etapa de supervisión, pues algunos actores perciben que tiene la capacidad y atribuciones necesarias para llevar a cabo dicho proceso, mientras que otros consideran exactamente lo opuesto al señalar que, el hecho de que sus funciones sean demasiado amplias, puede tener como consecuencia una falta de recursos para la vigilancia rigurosa de las necesidades de acreditación y supervisión a nivel nacional. Esta última opinión, comparada con la percepción de los actores entrevistados en los establecimientos de atención a la salud quienes afirman que hubo poca o ninguna participación de actores federales en las supervisiones realizadas, permiten señalar que el papel efectivo de la DGCES en esta etapa del proceso de acreditación parece ser limitada.

La publicación del Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica en el Diario Oficial de la Federación es, en general percibida de manera positiva por los actores entrevistados ya que ha favorecido la homologación de criterios y procedimientos, lo que ha dotado al proceso de transparencia. No obstante, se perciben áreas de mejora, específicamente la imposibilidad de hacer réplicas a los dictámenes y respecto a las implicaciones económicas de hacer modificaciones en el manual una vez publicado.

El discurso sobre las fortalezas y limitantes de las cédulas o herramientas para la evaluación es contrastante. En cuanto a las fortalezas, los actores resaltan que el apego a la normatividad sustenta los elementos evaluados, al tiempo que permite estandarizar la calidad de los servicios que se ofrecen a cualquier beneficiario del Seguro Popular. No obstante, algunos actores entrevistados señalan como una fuerte limitante de las cédulas, el que no contemplan la heterogenidad de las necesidades a nivel estatal, a nivel cultural y a nivel de los establecimientos de salud. Adicionalmente, destaca la percepción de que, en la implementación del proceso, el llenado de las cédulas está condicionado, en mayor o menor medida, por el criterio propio de los evaluadores.

De forma general, la supervisión se percibe como una herramienta de gran utilidad para propiciar el mantenimiento de la calidad de la atención que prestan los establecimientos que han logrado la acreditación. Sin embargo, hay pocos testimonios que den cuenta de que en realidad ésta se lleve a cabo de forma regular.

Respecto a la etapa de reacreditación, se encontró una percepción de malestar generalizado entre los actores porque se experimenta como una medida con alguna premura y que fue establecida en el último año del sexenio. Por tanto, la reacreditación es percibida como un proceso con áreas de oportunidad en su ejecución —al ser experimentada como una acción punitiva que presenta más retos que bondades al implicar la pérdida de recursos para los establecimientos que no sean reacreditados—. Llama la atención que en los discursos no se percibe la reacreditación como una consecuencia natural del vencimiento de la acreditación.

B. Participación y percepción del proceso: barreras y facilitadores

i) Participación de actores y acciones: actores federales

DGCES rectora de un proceso orientado a la calidad pero que a su vez tiene fuertes implicaciones administrativas, jurídicas y económicas. A nivel operativo, es posible confirmar lo señalado párrafos arriba cuando se tocó el tema de la responsabilidad de la DGCES en el proceso; esto es, que realiza una cantidad considerable de trabajo en poco tiempo y con poco personal, sobre todo tomando en consideración que su labor no se limita al proceso de acreditación.

[...] primero, 40 días hábiles antes de que se termine el año nosotros **emitimos un oficio en el que les recordamos a los estados que tienen que empezar con la programación de los establecimientos** [...] les recordamos que tienen que [...] incluir los establecimientos que van a ser acreditados o que van a ser reacreditados en el año. Posterior [...] **ellos nos envían toda su programación y yo me encargo de recibir todo eso, de organizarlo, de tener a la disposición de ellos una plataforma para que lo puedan capturar electrónicamente.** [...] ellos nos envían además... en físico, su necesidad de programación. Nosotros lo analizamos, vemos que los establecimientos no estén ya acreditados, que los establecimientos cumplan con requisitos que establece el Manual [...] **vamos viendo, de acuerdo a lo que ellos proponen, qué tan factible es que se pueda realizar esa evaluación, es decir, por ejemplo, si ellos nos ponen en veinte establecimientos de segundo nivel para una semana pues... es prácticamente imposible hacer esa evaluación porque necesitaríamos más de setenta personas en campo para hacer esa evaluación.** Entonces lo que hacemos es: “¿está seguro de que esto es lo que quieres?, porque lo mejor sería...” **Entonces, se hace todo un análisis del programa, se presenta [a] las autoridades y finalmente se publica.** Se publica primero en los primeros 5 días hábiles del mes de febrero para que ellos lo opinen y ellos... nos contestan si están de acuerdo o no con la propuesta y finalmente se publica cinco días después... el programa definitivo. Arrancamos el programa, entonces, **lo [...] primero [es] determinar los perfiles de los evaluadores federales,** los coordinadores que van a ir a cada una de estas visitas. [...]

posteriormente me encargo de ver que [...] hayan hecho [...] la solicitud de los evaluadores, que ya tengan contacto con sus evaluadores, que hayan tenido contacto con los responsables estatales de calidad y que lleguen [...] posteriormente ellos regresan... con toda la información; ellos la conjuntan, la pasan con la jefa del departamento, la jefa del departamento integra esos expedientes y... posteriormente me los pasa a mi, yo los vuelvo a revisar para ver que estén integrados adecuadamente y yo los paso a mi directora de área, a la directora general adjunta, la directora general... en donde tiene otro filtro más, [ya] que una contralora los revisa y son emitidos entonces. **Con esto hemos acelerado el proceso de dictaminación que antes llevaba un año y medio [...] ahora tenemos, de acuerdo al manual, noventa días hábiles para que ellos ya tengan el dictamen en sus manos.** AF2_09.04.18_LG

La sobre carga de trabajo podría significar una barrera para el proceso. Incluso, como se ha señalado antes en este reporte, es percibido así por algunos de los actores estatales. No obstante, los mismos representantes de la DGCES resaltan que a lo largo de casi cuatro años han logrado mejorar su eficiencia gracias al compromiso y dedicación de todo el personal de la Dirección, lo que sin duda perciben como una de sus principales fortalezas.

*Hemos tenido muy buena respuesta. Honestamente, el equipo, es una de las principales fortalezas que tenemos. [...] Hemos hecho un equipo de alto rendimiento sin duda con mi jefa departamento, con mi directora y con mi directora general [...] **la exposición de los evaluadores federales es impresionante [...] realmente tienen la camisa superpuesta eso es lo que yo creo nos ha permitido mejorar el proceso [...], porque realmente son muy comprometidos, tienen toda la disponibilidad para el proceso y pues [...] no podemos más que agradecerlo siempre porque [...] nosotros no podríamos llevar a cabo ninguna estrategia de dirección sin ellos colaborando de la forma en que colaboran.** AF2_09.04.18_LG*

Aunque en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica es posible leer “Que conforme a lo dispuesto en los artículos 26 y 27 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, para que un establecimiento de atención a la salud sea incorporado como prestador del Sistema de Protección Social en Salud, deberá contar con el dictamen de acreditación...” (DOF, 2016), más que una relación de colaboración entre ambos sistemas (el financiero y el de salud), se percibe una posible falta de coordinación entre éstos, ya sea por el manejo de agendas distintas o bien, porque desde la perspectiva de los actores de la DGCES, el personal del Seguro Popular percibe a la acreditación sólo como un tema de recursos.

*[...] en el proceso no tiene incidencia. [] [no hay] una participación en la ejecución del proceso, no, **somos dos ventanillas...** AF4_16.04.18_LG*

*Entonces sí, existen **actualmente dificultades entre la Comisión Nacional de Protección Social de Salud y la Secretaría de Salud justamente porque el proceso se convierte en la llave de los recursos para el financiamiento de los establecimientos al interior del país.** Esta relación que si bien debe entenderse en sus roles los diferentes actores, pues **genera ciertas dificultades, sobre todo cuando se trata de la operación de los recursos financieros vinculados a la acreditación y donde a veces hay desconocimiento [a veces de ambas partes] sobre lo que implica acreditar o perder la acreditación en términos del financiamiento que se otorga.** AF3_09.04.18_LG*

*[El Seguro Popular no está tan involucrado con el proceso de acreditación] porque tiene otra agenda. La agenda del DGCES no es del Seguro Popular [...] **El Seguro Popular tiene su propia agenda, sus propios objetivos que es un aparato muy fuerte y la dirección de calidad tiene ahí un mandato jurídico que está obsesionado por cumplir.** AF5_03.05.18_LG*

Barreras y facilitadores para las acciones de actores federales

De forma general, son considerados como facilitadores para el proceso la comunicación al interior del equipo (DGCES) y con los actores estatales durante la etapa de acreditación, además del compromiso que conlleva a una planeación bien estructurada.

*[En cuanto a las cosas que hacen] fácil nuestro trabajo [está] [...] **la comunicación. Porque si estandarizamos los criterios [...] y ya todos tenemos una misma información, ésta es la que nos llevamos; y ya cuando vengamos aquí a resolver, ya será muy facilito. Pero, en general, como todo lo hacemos allá, entonces eso nos ayuda como para tratar [...] de resolver ya todo y venir aquí ya prácticamente a entregar [...].** EVA2_03.04.18_LG*

*Es como la parte del proceso general, pero mi mayor responsabilidad, en ese conocimiento, en la conducción general del proceso, es precisamente **encontrar las mejores prácticas para mejorar el proceso.** AF1_03.04.18_LG*

*[...] [El estado tiene] que hacer su planeación en este diciembre, en enero nos empiezan a mandar sus planes, febrero publicamos y en marzo empezamos la ejecución de las visitas [...]. **La primera fase es la de planeación, la segunda y ahí nos vamos en cuanto a los procesos y ellos tienen que mandarnos quince días hábiles antes sus auto evaluaciones para que las revisemos y veamos si cumplen con los criterios mayores y con la ponderación [...]** AF4_16.04.18_LG*

Por otro lado, las barreras más importantes señaladas por el personal de la DGCES para realizar sus funciones son: 1) los altos índices de reprogramación de visitas a los establecimientos, 2) el nerviosismo por parte del personal de salud en el momento de la visita, 3) la eventual falta de comunicación al interior de la DGCES y 4) el escaso personal y recursos con los que cuentan para solventar las necesidades del proceso de acreditación a nivel nacional. Precisamente, de ello dan cuenta los siguientes testimonios:

***El año pasado tuvimos un índice de reprogramación de más de 70%, fue altísimo [...] porque [...] en vez de hacer que el estado gaste en una logística en trasladar a los evaluadores, en [...] hospedarlos y todo lo que conlleva la transportación al interior, [...] ellos determinan que [...] no van a pasar. Entonces [...] todo ese recurso lo destinan [en asegurar] que los establecimientos [...] van a pasar, [...] eso realmente nos [ha] ayudado muchísimo... si bien lo hace muy complejo.** AF2_09.04.18_LG*

*Pues sí, **si llega a haber cierta resistencia por parte del personal, nerviosismo**, sobre todo, pero nosotros siempre tratamos, al menos en mi caso, [...] de brindar esa confianza, para que faciliten la revisión, [...] y siempre les comentamos la razón de por qué estamos ahí, ó sea [...] siempre te presentas, les dices de dónde vienes y [...] la razón por la cual estamos, creo que es... cuando haces eso, como que se liberan un poco las tensiones. EVA1_03.04.18_LG*

Lo que entorpece, y que nos ha tocado también, es la falta de comunicación; porque de repente no todos tenemos la misma información, [...] a mí me dicen directamente unas cosas que no se las han dicho a mis compañeras [...] o que ya cambiaron y que ya uno tiene todos sus documentos para entregar y me dicen: “no, sabes qué, que esto no va a pasar”. Entonces eso, eso va entorpeciendo todo.
EVA2_03.04.18_LG.

Bueno, definitivamente yo creo que una de las barreras es que [...] tenemos un equipo limitado y hay mucho trabajo. Todos los que estamos aquí, desde la directora general, la junta, hasta el último de los evaluadores, todos estamos con mucho trabajo. Donde el tiempo no nos alcanza, muchas veces nos rebasa.
EVA3_09.04.18_LG

ii) Participación y percepción del proceso: actores estatales

REC y REPS: piezas operativas centrales para la acreditación con posibles problemas de coordinación. De forma opuesta a las tareas de los actores federales, la participación de Responsables Estatales de Calidad (REC) y Responsables del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) en el proceso de acreditación, se enfoca en el nivel operativo.

Respecto al papel de los Responsables Estatales de Calidad (REC), de manera general, se percibe que desarrollan un papel central en el proceso, ya que son la instancia más cercana a los establecimientos de salud. Los REC son los encargados de coordinar todos los aspectos para desarrollar la acreditación a nivel estatal, desde el conocimiento, diagnóstico y valoración de las unidades que serán sometidas a la evaluación, para después asesorarlas, gestionar recursos para su preparación en caso de ser necesario, programar las fechas para la ejecución de las evaluaciones y, finalmente, recibir a los evaluadores.

[...] Desde la unidad de gestión de calidad se invita a todas las áreas [...] más o menos en el mes de noviembre [...] [para que] empecemos a visualizar el universo de unidades que tuviéramos pendientes todavía por incorporar a la red prestadora de servicios del Seguro Popular. [...] hacemos la convocatoria, sometemos a consideración lo que la Unidad de Planeación y Desarrollo emite como la red prestadora de servicios vigente y [...] vemos cuáles son las unidades que no están acreditadas, se hace el consenso y se determina cuáles son las unidades que van a participar.

Somos responsables [...] de integrar el Plan Estatal de Acreditación y para este año también del Plan Estatal de Reacreditación 2018 y de enviarlo a la Dirección General de Calidad de Educación en Salud en tiempo y forma [...], también somos los que, a través de las jurisdicciones sanitarias, hospitales, los comités

de calidad y seguridad del paciente, vamos viendo la evolución de cómo alcanzar la ponderación óptima para que las unidades al ser evaluadas no corran el riesgo de no ser acreditadas. Damos seguimiento a la logística una vez que se acerca la fecha de la acreditación. [...] cada tres semanas hábiles [tenemos] la obligación de enviar las cédulas de autoevaluación, enviar los formatos de subrogados y [...] la propuesta de las rutas que va a seguir el equipo de evaluadores que nos va a venir a evaluar. [...] cuando se hace la dictaminación de los establecimientos, [...] nosotros hacemos del conocimiento de las unidades operativas si el dictamen fue favorable y, si no fue favorable, [enviamos] los hallazgos a las unidades de lo que haya remitido la federación para que ellos a su vez establezcan sus planes de contingencia [...] También participamos [...] cuando somos seleccionados para dar seguimiento a los procesos de supervisión y, en el caso de la reacreditación, se establece el seguimiento de unidades que estén dentro de los universos de reacreditación posibles. EI_REC_02.04.18_LO

La comunicación y la fluida colaboración con diferentes actores involucrados en el proceso –áreas involucradas, equipo de calidad y autoridades estatales– constituye para los REC el principal elemento facilitador para la realización de su trabajo.

Nosotros llevamos el comité estatal de los servicios de salud y en ese comité nosotros hablamos siempre. El tema a tratar, de las tres sesiones que tenemos al año, es el proceso de acreditación. En este proceso, participan los directores generales y titulares de cada una de las instituciones del sector, y participan las facultades de enfermería, de medicina, y comisión de arbitraje médico, y otras instancias que consideramos que son importantes, para saber sobre la calidad de los servicios que se están otorgando en el estado. Y uno de los puntos, que como hablamos del proceso de acreditación, mediante esta comunicación que tenemos con las instituciones la estamos promoviendo. Y a su vez nosotros tenemos designado a un responsable general de calidad, en este caso cada sector tiene a un responsable en la calidad. Y con ellos llevamos a cabo reuniones, los capacitamos y estamos en constante comunicación para implementar. EB_REC_06.04.18_RG

Yo no hago la evaluación del expediente clínico como tal de manera de monitoreo [...] en la evaluación estatal [...] hago como un ejercicio de evaluación y acreditación con mi equipo, esa es otra de las actividades que hacemos. Nos volvemos también un vinculatorio con el área jurídica legal [para] los convenios y los contratos y entonces estamos ahí, en comunicación con ellos para tener noticias de los contratos o porque fue un requisito para la acreditación. Hacemos muchas cosas para la acreditación. EF_REC_02.04.18_MR

Definitivamente el personal es reducido, pero [...] lo tenemos muy bien capacitado tratamos de que constantemente se estén capacitando en toda esta parte

*de calidad, y de mi depártaamento no tiene ningún médico [soy] el único médico ahí, con una maestría y los demás son ingenieros. [...] desde su punto de vista de calidad en ingeniería nos han ayudado muchísimo, [su] información [...] se completa con [la del] área médica [...], [eso] nos ha ayudado. **El departamento está muy comprometido con esta situación, y está muy bien capacitado, y sí nos hace mucha falta más personal y en su mayoría, supervisores. Pero lo que hacemos es conjuntarnos, tener una comunicación inductiva con las demás áreas para subsanar esa situación.*** EA_REC_06.04.18_RG

Por otra parte, la labor de los REPSS parece relacionarse únicamente con el proceso a través de la asignación de recursos para la acreditación de las unidades de su estado y la vigilancia y acompañamiento en la aplicación de dichos recursos.

***Damos acompañamiento.** Específicamente en el decreto de creación que tenemos, en nuestro reglamento interior hay funciones específicas de acompañamiento a la acreditación, **aunque nosotros no intervenimos en ningún proceso** (porque eso son los servicios de salud). Nosotros acompañamos, levantamos las cédulas a través del área de Calidad de Gestión Médica, hacemos diagnósticos, luego tenemos que estar viendo que todas esas unidades se metan en el programa de acreditación y damos seguimiento.* EJ_REPSS_10.04.18_LO

Mi papel es el de financiar los procesos gestionados con la provisión de insumos y bienes para que las unidades puedan ser acreditadas. ED_REPSS_04.04.18_FR

No obstante, hay quien considera que además de “financiadores” también deben ser vistos como “copartícipes” preocupados por las necesidades de sus beneficiarios y responsables de buscar las mejores prácticas financieras y de abasto para su sistema.

El Seguro Popular, parece que nada más es el financiador, pero debe de ser el copartícipe para asegurar la buena atención y la salud de los morelenses. O sea, no podemos estar afiliando personas, sino revisando qué es lo que necesitan. EK_REPSS_02.04.18_RG

Barreras y facilitadores para las acciones de actores estatales

Se plantean dos tipos de barreras para el proceso de acreditación desde el papel que desarrollan en el proceso los actores estatales entrevistados: las barreras para la acción que tienen que ver con falta de un equipo y de una estructura administrativa para sus labores en el proceso de acreditación y las de colaboración.

Las primeras, son sobre todo enunciadas por los Responsables Estatales de Calidad. Se relacionan principalmente con la heterogeneidad de la ubicación de las áreas estatales de calidad en los organigramas de las Secretarías de Salud de los estados y con el poco recurso humano y financiero con el que cuentan para realizar todas las funciones que les competen.

***Somos staff del secretario de salud.** El otro punto, el tener una dirección es estar al nivel de los demás directores. [...] Tenemos buena comunicación con las diferentes direcciones y con el régimen [REPSS], **pero como staff, no, eres una figura jurídica** [...] Como staff, sólo hacemos gestión y cotización. EC_REC_12.04.18_RG*

*Nosotros [...] teníamos, [como] parte del departamento de calidad un encargado de primer nivel [y un] responsable de segundo nivel y cada uno de ellos hacía sus respectivas supervisiones con aplicación de cédula y pedíamos apoyo de otras áreas [...] hacíamos supervisiones integrales. **Ya hace dos años que no tengo personal, entonces ahorita no tenemos manera de hacerlo.** Ahorita eso ya no lo hacemos, hay áreas de atención médica que hacen sus supervisiones como les corresponden y el instrumento de evaluación es la cédula de evaluación. EK_REC_02.04.18_RG*

Se supone que las funciones administrativas son importantes, pero en el momento de la gestión, por ejemplo, llega un requerimiento de acreditación al Secretario entonces los secretarios nos designan a nosotros y si algo no se cumple de la acreditación, fue mi culpa. La acreditación de repente sólo es responsabilidad del área de calidad ¿no? Pero no depende sólo del gestor de calidad. La acreditación debe depender de todos en función de que todos planeamos y estamos trabajando en una gestión de calidad, pero sí se vuelve muy desgastante [...] Si fuera lo único que hiciera, la acreditación ok voy de acuerdo, pero justo ahorita estaba atendiendo una solicitud de [la] auditoría superior [de la federación] para el aval ciudadano [...] EF_REC_02.04.18_MR

Por otro lado, la falta de claridad desde el manual respecto a la relación (o no relación) entre el REC y el REPSS se observa en la cotidianidad cuando se habla de las barreras en la experiencia de la participación de ambos actores a nivel estatal. La falta de coordinación entre REPSS y REC para supervisar la calidad de los establecimientos de salud en la mayoría de los estados, con excepciones contadas, el desconocimiento de los REPSS sobre los establecimientos de salud, las relaciones poco colaborativas entre REPSS y autoridades de las Secretarías de Salud de los estados, así como las relaciones tensas entre REPSS y las autoridades de la DGCEs, son los aspectos que se señalan como barreras de colaboración para la mejor implementación del proceso de acreditación.

¿Nuestras limitantes...? El Secretario de salud [risa] y el Sindicato nacional de trabajadores de la Secretaría de salud. O sea, están bien renuentes, no quieren la acreditación. Yo siento [...] que parece que tenemos tres escenarios. El escenario que a nosotros nos da la comisión que es el mismo que teníamos con calidad y el que da el Secretario de salud [...]. En las reuniones que [...] hace el doctor XXX a nivel nacional, con todos los directores de los REPSS, [...] hasta entre nosotros hay pleitos y discusiones y disputas porque pareciera que nos echan toda la culpa de que el Seguro Popular es el responsable de que se acredite. Cuando decimos no, es calidad, es la Secretaría de Salud y Calidad. Nosotros apoyamos, tú dime qué hago. Yo tengo el dinero para ti pero...ni él mismo nos resuelve la problemática. EH_REPPS_18.04.18_FR

Yo en reuniones nacionales me he percatado que hay, sino es que, en la mayoría de los estados, un rompimiento de los servicios estatales de salud y los seguros populares y eso fracciona la operación de manera terrible. Afortunadamente aquí hay quien cuestiona más, digamos profesionales, hay una comunicación adecuada, hay una relación y trabajamos en conjunto que es lo que nos ha beneficiado a la fecha, pero hay estados que sé (que) no lo tienen y que les complica. [...] EK_REPSS_02.04.18_RG

Yo he visto que muy poco se conoce el REPSS con las Unidades. Llegas a la Unidad “¿Conoces a tu REPSS?” “No, no lo conozco”, no se involucra, sólo como que hablan con el Director, “¡hay que acreditar!” “Toma la cedula y que Dios te bendiga” [...] EA_REC_06.04.18_RG

Una de las debilidades es que generalmente no se cuenta con la información en tiempo para la calendarización de rutas, para realizar las visitas estatales de acreditación y, en algunas ocasiones, nos hemos encontrado con que nos llega primero a nosotros la información vía Comisión Nacional de Protección Social en Salud que [vía] Calidad Estatal. Entonces resulta que nosotros tenemos la información de primera mano con mucha mayor antelación. EG_REPSS_09.04.18_MR

Conclusiones apartado: participación y percepción del proceso – actores federales y estatales

Desde la percepción de los actores federales entrevistados, la DGCES realiza una cantidad considerable de trabajo en poco tiempo y con poco personal, sobre todo tomando en consideración que su labor no se limita al proceso de acreditación. Sin embargo, la sobre carga de trabajo señalada por los actores, podría tornarse fácilmente en una barrera, pues cuentan con pocos recursos y poco personal para solventar las necesidades del proceso de acreditación a nivel nacional tal como parece dar cuenta la ausencia de discursos sobre supervisiones.

Respecto al rol de los Responsables Estatales de Calidad (REC), de manera general, se percibe que desarrollan un papel central en el proceso, ya que son la instancia más cercana a los establecimientos de salud. Las principales barreras señaladas por estos actores para desarrollar sus funciones, tienen que ver con la falta de recursos humanos y financieros y con la heterogeneidad de la ubicación de las áreas estatales de calidad en los organigramas de las Secretarías de Salud de los estados. En contraste, los REC señalan que la comunicación al interior de sus equipos es un facilitador en el proceso de acreditación.

Se podría afirmar entonces, que el área de calidad estatal, aunque tiene un papel central en los procesos de acreditación y, por lo tanto, en la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Seguro Popular, no siempre cuenta con el reconocimiento jurídico necesario ni con un flujo suficiente de recursos financieros y humanos para desarrollar sus funciones.

Los informantes señalan un hueco importante de información sobre la participación de los REPSS en el proceso de acreditación. Al parecer, la falta de claridad desde el Manual respecto a la relación (o no relación) entre el REC y el REPSS se observa en las tareas cotidianas cuando se habla de las barreras en la experiencia de la participación de ambos actores a nivel estatal. Por un lado, son señalados como entes ajenos al proceso por ser sólo “*financiadores*” y por preocuparse únicamente por aspectos económicos y por otro, desde la propia percepción de los REPSS, en realidad son “*coparticipes*” pues no sólo se encargan de financiar, sino que vigilan el destino y uso de los recursos, así como brindan acompañamiento para su ejercicio. Lo cierto es que, más que una relación de colaboración entre ambos sistemas (el financiero y el de salud), se percibe una posible falta de coordinación entre ambos, ya sea por el manejo de agendas distintas o bien, porque desde la perspectiva de los actores de la DGCES, el personal del Seguro Popular percibe a la acreditación sólo como un tema de recursos.

La falta de coordinación entre REPSS y REC para supervisar la calidad de los establecimientos de salud en la mayoría de los estados, con excepciones contadas, el desconocimiento de los REPSS sobre los establecimientos de salud, las relaciones poco colaborativas entre REPSS y autoridades de las Secretarías de Salud de los estados, así como las relaciones tensas entre REPSS y las autoridades de la DGCES, son los aspectos que se señalan como barreras de colaboración para la mejor implementación del proceso de acreditación.

iii) Participación y percepción del proceso: personal de unidades hospitalarias participación, razones y acciones

La participación del personal de los establecimientos, la paradoja de la calidad y los recursos: la calidad percibida como resultado del aumento de recursos provenientes de la acreditación pero también como punto de partida para la misma. Los actores

entrevistados ubican el proceso de acreditación entre los años 2014 y 2017, el personal directivo recuerda con mayor claridad las fechas, mientras que el personal operativo es menos exacto en lo que refiere. Sin embargo, independientemente del tipo de tipo de establecimiento y del informante entrevistado, la mayoría coincide en que el proceso de acreditación sucedió en este periodo.

Tenemos ya como 2 o 3 años participando. EF_U10_DIR_05.04.18_PRIV_A_MR
La fecha de acreditación del hospital es el 26 de septiembre del 2014.
ED_U4_DIR_05.04.18_COM_A_FR
Yo creo que entre 2013 y 2014 sería la primera acreditación federal que hubo.
EB_U2_GCAL_10.04.18_ESP_NA_RG
Noviembre de 2015. EI_U14_GCAL_03.04.18_COM_A_LO
Empezamos a prepararnos desde el 2015 para las evaluaciones del 2016.
EA_U1_MED_05.04.18_GRAL_A_RG
Hace 2 años, cuando yo llegué aquí estaban en el proceso de acreditación, yo llegué aquí a adaptarme. ED_U5_MED_03.04.18_IMSS_A_FR
Creo que fue en 2014 más o menos. Hace como dos o tres años.
EH_U13_ENF_19.04.18_ESP_A_FR
La única vez parece que fue el año pasado. EJ_U17_ENF_12.04.18_GRAL_NA_LO

Las razones para participar en el proceso de acreditación, expresadas por los distintos informantes de los establecimientos de atención públicos, sean éstos acreditados o no, se relacionan con dos aspectos: a) la obtención de recursos económicos, para ser usados en mejorar la infraestructura, contratar el personal que hace falta, adquirir equipos, insumos y medicamentos; y b) para mejorar la atención a los usuarios y ampliar la cantidad de personas que pueden ser atendidas por los establecimientos. Algunos informantes señalan, específicamente, los criterios de calidad, capacidad y seguridad, como dimensiones que se lograría mejorar obteniendo la acreditación. En los testimonios que se presentan a continuación se puede observar que, para los entrevistados, existe una relación directa entre los recursos con que cuenta el establecimiento y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.

Se hizo la concientización para todo el personal [sobre] la posibilidad de tener los recursos suficientes y que fueran de tipo gratuito. [Poder] beneficiar a un mayor número de pacientes iba a depender de estos procesos de acreditación. Obviamente entre más se trabajara y la acreditación se asegurara, un número mayor de pacientes se iban a ver beneficiados por la atención gratuita de padecimientos de alta especialidad pediátrica, que es lo que tiene este hospital. EA_U1_MED_05.04.18_GRAL_A_RG

[...] las más importantes, para los presupuestos. Si no estamos acreditados dejamos de percibir presupuesto de parte del Seguro Popular federal. Pasamos a ser parte o carga del gobierno federal, ya sabe cómo está la limitación de recursos. Aparte, [...] si estamos acreditados, se supone que somos un hospital que estamos trabajando bien, que estamos bien equipados. Y damos una mejor atención a los pacientes.

ED_U4_GCAL_05.04.18_COM_A_FR

E: ¿y usted sabe cuáles fueron las razones que motivaron a que el hospital participara en el proceso de acreditación?

Enf: [...] Una porque, para ver que todos los métodos que hacemos están bien, y otra porque nos habían comentado que iban a venir insumos, iban a mandar material, que nos iban a mandar personal para dar la buena atención, más que otra cosa para la atención. EI_U14_ENF_03.04.18_COM_A_LO

E: ¿Cuáles fueron las razones por las que se optó participar en este proceso de acreditación?

GC: Incentivo como tal, fue más que nada conocer y saber que tenemos más opciones para mantener una seguridad adecuada o aumentar la calidad de atención en el paciente, ese fue uno de los principales objetivos. Y ver las necesidades que tenía este hospital con respecto a infraestructura para ofertar mayor calidad en la atención y al mismo tiempo abrir procesos de seguridad para el paciente que lo solicita. EG_U11_GCAL_10.04.18_IMSS_A_MR

Los motivos fueron el estar en acreditación, primero significa calidad de la atención en los pacientes y segundo recurso económico para la institución y para el hospital y tercero recursos humanos y financieros y de todo porque es la forma en que tenemos de poder completar lo que nos hace falta y sobre todo garantizar la calidad de la atención a los usuarios. Yo creo es lo principal. EB_U2_DIR_10.04.18_ESP_NA_RG

E: entiendo, [...] desde su punto de vista ¿Cuáles cree que son las razones por las que se ha solicitado la acreditación del hospital?

Enf: una [...] para brindar la atención adecuada al usuario porque somos un hospital que está alejado de las zonas urbanas y [...] [estamos ubicados en] una zona marginada y la gente de aquí requiere atención inmediata y que el hospital cuente con especialistas, [...] hasta ahorita todos se van. EB_U2_ENF_10.04.18_ESP_NA_RG

Pues yo creo que una de las razones es [...] cumplir con esos indicadores que marca el proceso de [acreditación] que es la capacidad, la seguridad del paciente y la calidad de atención que se brinda al usuario. Yo creo que es más que nada lo que nos hizo meternos a este proceso de acreditación, independiente de eso, que nos genera un presupuesto económico por medio del Seguro Popular, al final de cuentas es ése es el objetivo. Tener mayores recursos, tener mejor personal capacitado yo creo que fue lo que nos generó para entrar al proceso de acreditación. EF_U9_GCAL_04.04.18_GRAL_A_M

Como caso excepcional, en el Hospital San Javier de Guadalajara, establecimiento de atención a la salud privado, las razones no tienen que ver tanto con la obtención de recursos, sino con la posibilidad de aprovechar mejor los equipos especializados que estaban subutilizados y poder hacer labor social, aunque esta ayuda pueda representar beneficios económicos también. Por lo que refiere el director de esta institución, ellos tienen dos fundaciones para brindar atención a pacientes con padecimientos que son difíciles y nadie más quiere atender; al parecer, atender a pacientes del Seguro Popular es visto de la misma manera que la atención brindada en sus fundaciones altruistas.

E: Ok. [...] ¿Cuáles fueron las razones porque el hospital decidió entrar a este proceso de acreditación?

Med: [...] Tengo entendido que las razones del hospital en cuanto a nuestra directiva fue por cuestiones [...] de oncología, equipos inutilizados y tiempos muertos. Tenemos equipos en el área de oncología ambulatoria [...], todo lo que es radioterapia. [...] Tenemos una ocupación muy alta en las terapias intensivas de adultos, pero ocupación baja en terapia pediátrica, prenatal. [...] ahí fue una de las acreditaciones que se hicieron y una de las acreditaciones que tuvimos fue con congénitos, precisamente prematuros, problemas respiratorias y cardiacos. Entonces, viendo la ocupación que se tiene, se quiso tratar con el Seguro Popular para aumentar un poquito la actividad dentro del hospital. EF_U10_MED_05.04.18_PRIV_A_MR

[...] después de analizarlo dijimos “bueno es que no vas a atender a todos los pacientes. Tendríamos que ir por ciertos padecimientos muy específicos [...]” [que causan] gastos catastróficos [...]. Entonces esos que nadie quiere atender, nosotros los podemos atender aquí. Le empezamos a apostar a la labor social y eso nos ayudó mucho. Tenemos dos fundaciones y las fundaciones nos ayudaron a entender pues “tenemos que ayudar” y empezamos a acercarnos a ayudar a niños con cáncer que no tienen recursos. Entonces ayudamos desde hace unos 5 años a una asociación que sólo atiende a niños con cáncer y empezamos a hacer donativos en tratamiento. Empezamos a usar [...] nuestra capacidad instalada que no estaba en uso para ayudar a ese tipo de gente. EF_U10_DIR_05.04.18_PRIV_A_MR

Conclusiones del apartado: participación y percepción del proceso actores de unidades hospitalarias

Desde la percepción del personal de salud, se observa una relación entre el proceso de acreditación y la obtención de recursos económicos para realizar mejoras a nivel de infraestructura, contratación de personal y para la obtención de equipos y medicamentos que conducirán a una mejora en la calidad de la atención. Así, se lograría

ampliar y mejorar la atención a los usuarios, para fortalecer la capacidad, calidad y seguridad. Esta percepción fue compartida por los distintos actores entrevistados, tanto en los hospitales acreditados como en los no acreditados.

Como se ha mencionado, lo anterior constituye una paradoja puesto que la acreditación representa el “reconocimiento” de un nivel de calidad óptimo, en este sentido la acreditación debería ser el punto final que premia un camino de calidad. Sin embargo, tanto desde la perspectiva de los establecimientos de salud, como desde el discurso de otros informantes a nivel estatal e incluso federal, la acreditación se ve como el inicio de un flujo de recursos que generará calidad, constituyendo así, esta paradoja que parece contradecir la lógica original de la acreditación y que puede tener su origen en lo reportado en el objetivo uno, en el cual la obtención de recursos más que una consecuencia natural de la calidad, se puede llegar a percibir como el objetivo de la acreditación.

El caso excepcional del hospital San Javier, plantea que las razones que mueven a este hospital privado para brindar atención a pacientes del Seguro Popular, no están ligadas tanto al recurso económico obtenido directamente o a mejorar la atención de los usuarios, sino más bien, a obtener otro tipo de beneficios relacionados con el prestigio que brinda “ayudar” y el poder usar la capacidad instalada que está siendo subutilizada, lo que de un modo indirecto y a mediano plazo, terminaría traduciéndose también en mayores beneficios económicos para el establecimiento.

Aunque todos los actores tenían noción más o menos precisa sobre el periodo de acreditación, se pudo observar que el personal operativo no recordaba con tanta exactitud las fechas de inicio del proceso o de obtención de los resultados, elemento que puede señalar la falta de claridad sobre el cambio en la calidad de los servicios ofertados antes y después de la acreditación.

C. Desarrollo de la acreditación: diferentes fases

i) Fase de autoevaluación

Autoevaluación, trabajo en equipo y condiciones estructurales para la acreditación, condiciones *sine qua non*. Lo expresado por los *diferentes actores, independientemente del tipo de establecimiento* de atención a la salud, respecto a la fase de autoevaluación puede resumirse en tres momentos: a) los *directivos* del establecimiento se informaron del proceso a través de reuniones con *instancias externas*; b) el *cuerpo de gobierno* convocó a los *jefes de área* y al *responsable de calidad* para planear el proceso al interior del establecimiento; y c) *cada encargado de área, con su personal* revisó que ésta cumpliera con todo lo solicitado por la cédula. En algunos casos, en estas primeras revisiones estuvo presente personal del área de calidad estatal.

*Primeramente, participamos todos los directivos del hospital en conocer cuáles eran los procesos que debíamos de seguir para poder llevar a cabo una acreditación. Posteriormente, hubo reuniones en la delegación con los diferentes hospitales para tener una lluvia de ideas y unificar en todo el estado cuáles eran los procesos que íbamos a seguir para cumplir con ese proceso. En este hospital tuvimos **dos visitas de preacreditación en la cual todo el personal del hospital desde la dirección hasta los vigilantes participaron** en información, recopilación de datos, procesos de conservación, procesos de limpieza y procesos de información a la comunidad.*

*Todo el cuerpo de gobierno, [...] diseñamos, planeamos y distribuimos los espacios. En la parte de la revisión documental de normas oficiales, capacitación, guías de práctica clínica, **participó el gestor de educación en salud** y un actor muy importante [...] fue el **coordinador de vigilancia epidemiológica**. Entonces somos un grupo multidisciplinario local que participamos de forma decidida con el apoyo de todo el personal. EG_U11_DIR_10.04.18_DIR_A_MR*

E: ¿cuáles fueron las acciones que se llevaron para participar en el proceso? ¿Qué tuvieron que hacer para participar?

MED: [...] nosotros lo que hicimos fue **prepararnos con la cédula de autoevaluación, la cédula de CAUSES**. Lo primero que hicimos nosotros fue hacer un recorrido interno, con el personal de aquí, principalmente los jefes de área, para ver más o menos qué es lo que teníamos, qué no teníamos, en qué teníamos dudas y [...] **a partir de eso nos comunicamos con Oficina central**, para [...] despejar [dudas] [...]. Eso fue lo principal que nosotros hicimos, y **el trabajo en equipo entre área administrativa y área médica**.

ED_U4_MED_05.04.18_COM_A_FR

E: el proceso de acreditación implica tres momentos diferentes: el proceso de autoevaluación, acreditación y supervisión o reacreditación. En ese primer momento de autoevaluación y todo lo que implicó ¿podrías describirme a grandes rasgos en qué consistió ese proceso?

Enf: si. Por servicio **nos dieron la cédula de evaluación y nosotros fuimos viendo en cada uno de los servicios** (en ese momento me tocó a mí en terapia) para ver cómo estaba la cédula, qué necesidades tenía, en qué podíamos avanzar, qué teníamos y la cédula de evaluación no nos lo pedía, estuvimos viendo todo eso. Nos [...] **invitó el director a trabajar en ese tiempo a un grupo**; primero nos mencionó esto al personal que estamos en el estímulo a la calidad, enseguida se fueron sumando más personas que querían ayudar y así en cada servicio fueron viendo las necesidades de cada servicio. EF_U9_ENF_04.04.18_GRAL_A_MR

En los establecimientos de atención a la salud no acreditados, se perciben como barreras en esta etapa de autoevaluación: a) la falta de personal, pues están tan saturados de trabajo que no pueden dejar sus actividades para involucrarse en el proceso

de acreditación o no cuentan con personal capacitado para realizar actividades administrativas; y b) no todo el personal se involucró en el proceso de acreditación. En este punto es importante señalar que el tamaño de la muestra de establecimientos no acreditados era sólo de cuatro y, en el de Guamuchil (Sinaloa), nunca obtuvieron un dictamen de no acreditado aunque sí recibieron una visita de evaluadores. Por lo tanto en rigor, es una muestra de sólo cuatro establecimientos no acreditados lo cual aunque permite ver algunas coincidencias, sería arriesgado hacer una inferencia a todas las unidades no acreditadas.

E: ¿no se hizo ningún proceso de autoevaluación?

*MED: y si lo hicieron a lo mejor no me avisaron. Lo que pasa es que es muy difícil. Por ejemplo, **ahorita me toca el área de urgencias y si ahorita estuviera, tendría un paciente tras otro y otro; es muy difícil despegarme del área.** [...] lo que ha habido son cursos del Seguro Popular, [...] pero no tenemos la oportunidad de subir nosotros porque estamos abajo. En el área no tenemos el personal para que nos cubran mientras los otros estamos tomando cursos cuando nos están capacitando. EJ_U17_MED_12.04.18_GRAL_NA_LO*

E: ¿Cuáles fueron las acciones que se llevaron a cabo para participar en el proceso?

*Med: Fue por parte de la dirección de reunir a todo el personal médico, de enfermería, de intendencia, laboratorio, con reuniones acerca de lo que era la sensibilización y mostrando lo que era la cédula de evaluación. **Como nuestro hospital no es un hospital que tiene médicos para cada área (consulta externa, hospital y urgencias), [...] creo que esa fue una de las debilidades en que no se pudo avanzar mucho en cuanto a los procesos, manuales y todo eso, porque prácticamente todo el personal es operativo. No se tiene una jefatura [que] lleve a cabo muchos de los procesos [...] administrativos.** EE_U7_MED_12.04.18_GRAL_NA_FR*

*Bueno **en la fase de auto evaluación** [...] fue una etapa donde por ser un proceso, por haber sido un proceso interno, **es la parte donde nos encontramos con la resistencia o la apatía de algunos servicios, de algún personal no de todos porque no se le da la dimensión [...]. Estoy hablando del año pasado, no se le dio la dimensión y la importancia debida entonces como que fue la parte más compleja, fue el arranque.** [...] EG_U12_DIR_11.04.18_GRAL_NA_MR*

Modificaciones: barreras y facilitadores

Desde la percepción de los diferentes actores, independientemente del tipo de establecimiento de atención a la salud, existe coincidencia respecto a dos barreras para realizar los ajustes necesarios en la fase de autoevaluación: a) la falta de recursos económicos que, para algunos establecimientos, significa no poder contratar el personal

especializado que requieren para cumplir un criterio mayor; y b) la dificultad para modificar aspectos de la infraestructura que no fueron diseñados conforme a lo que solicita la cédula; es decir, modificaciones estructurales que no podrían realizarse adecuadamente por la antigüedad de la construcción o por limitaciones de los planos.

Más que nada el presupuesto. Nosotros solicitábamos un montón de cosas que nos hacían falta, se gestionaron por parte del hospital, de la dirección, pero no había respuesta o la respuesta que nos daban (era) “no hay presupuesto.” ED_U4_GCAL_05.04.18_COM_A_FR

[...] Por ejemplo, en el área de personal, tenemos problemas de suplentes para el área de médicos, los pagos no son [...] atractivos para los especialistas en el área médica sobre todo la de contrato, es una realidad. Entonces estamos siempre pensando en ¿qué va a pasar si se nos van esas personas? Entonces las limitaciones que se han encontrado son [...] financieras, porque [...] se cuenta con la infraestructura para otorgar la atención médica a los pacientes. EE_U6_DIR_10.04.18_GRAL_A_FR

E: Y pensando en los criterios que se aplican para evaluar que son la capacidad, calidad y seguridad, ¿recuerda si hubo ajustes necesarios en el hospital durante esa etapa de autoevaluación?

Med: ***En el tiempo [...] [del] proceso de acreditación nada más dejaron puntos específicos, por ejemplo, hasta la fecha no contamos con el personal completo en el hospital porque hacen falta especialistas, personal de enfermería, hacen falta médicos. [...] Sin embargo, el proceso de acreditación sí se pudo llevar a cabo.*** EI_U14_MED_03.04.18_COM_A_LO

Estuvimos viendo que estábamos fuera de cuadro básico de muchos medicamentos, de mucho material de curación, de muchos equipos, de estructura física. Este hospital tiene 38 años y fue construido con una arquitectura propia para esas fechas. [...] Los espacios ya no son los adecuados para cumplir con el proceso de acreditación, tuvimos que hacer adaptaciones físicas al hospital para poder [...] cumplir los requisitos de la autoevaluación. EG_U11_DIR_10.04.18_IMSS_A_MR

E: ¿Qué modificaciones fueron necesarias en esta primera etapa de acreditación? ¿Qué ajustes tuvieron que hacer?

Med: ***Es que así son muchas cosas, en primera la infraestructura del hospital no está diseñada conforme a lo que solicita la cédula, entonces hay áreas que no están bien establecidas o bien distribuidas; por ejemplo, [...] no tenemos una trampa de yesos, [...] entonces tenemos que improvisar algo para que no se dañe el drenaje del hospital y que no se vaya al drenaje público. [...]*** EG_U12_MED_11.04.18_GRAL_NA_MR

E: [...] Ya me comentó un poco sobre las modificaciones que se hicieron. Me dijo que en el área de tococirugía ¿verdad?

Med: sí, es que ahí tenemos un problema, no sé qué piden. **Pero piden que esté una entrada a toco de urgencias, así directo. [...] En la primera evaluación fue lo que nos dijeron que estaba mal. Ahora ya pusieron un transfer [...] pero no sé si así ya esté bien. Porque aparte no se podían hacer muchas modificaciones por los planos del hospital que está mal.** EB_U2_MED_10.04.18_ESP_NA_RG

Respecto a facilitadores que hayan favorecido las modificaciones necesarias durante la fase de auto evaluación, no se encontró ninguna coincidencia significativa entre los diversos actores. Sin embargo, en los establecimientos de atención a la salud no acreditados, los médicos perciben como facilitadores de las modificaciones necesarias que, con el proceso de acreditación, sí llegaron recursos económicos.

E: [...] Quisiera preguntarle sobre ¿qué acciones se han llevado a cabo debido al proceso de acreditación por los [...] que ha solicitado el Hospital? Me refiero, a si ha recibido algún tipo de apoyo a nivel estatal para lograr cumplir todos los criterios de las cédulas o de que manera han sido las acciones previas.

Med: En cada acreditación, sí llega recurso porque sí se hicieron [...] modificaciones. Por ejemplo, **en toco pusieron una línea y todos los anuncios que nos pedían de RPBI, de las áreas, [...] y de la infraestructura que estaba mal, sí se modificó. [...] Nos pedían también cursos a nosotros [...] de reanimación pulmonar y [...] se nos dio para que la mayoría del personal [...] los tuviéramos casi de forma gratuita. [...]**

EB_U2_MED_10.04.18_ESP_NA_RG

E: ¿Qué facilitadores encontraron en ese proceso de autoevaluación?

Med: **Que nos brindaron el apoyo de cosas que no teníamos, hablando de equipo, instrumental, mobiliario, de medicamentos, de mejoras [...] al hospital. [...] no quiero decir que estaba feo, pero le das la manita de gato y está mejor.** EE_U7_MED_12.04.18_GRAL_NA_FR

Conclusiones del apartado: fase de autoevaluación

De un modo general, se puede afirmar que, en los distintos tipos de establecimientos de atención a la salud incluidos en este estudio, la fase de autoevaluación se inicia con el contacto entre sus directivos con instancias a nivel estatal, para posteriormente organizarse de un modo descendente a través de los responsables de calidad y de los jefes de área que, con su personal revisan que su área cumpla con todo lo solicitado por la cédula. Lo que expresaron diferentes actores y que parece ser un facilitador durante esta fase, es que hubo un trabajo de equipo intenso en el que se involucró todo el personal, desde el cuerpo de gobierno, hasta los niveles más operativos.

Independientemente del rol del actor y del tipo de establecimiento, la falta de recursos económicos es vista como una barrera en esta fase que puede impedir la acreditación, pues limita las posibilidades de contratar la plantilla de personal que requieren los establecimientos para su acreditación. Sin embargo, es importante explorar también otras razones –aparte de la económica– por la cual los recursos humanos no pueden ser contratados, especialmente en hospitales comunitarios.

La infraestructura, sobre todo la construida sin tener en cuenta los requisitos que vienen en las cédulas, también es percibida como una barrera en esta fase del proceso pues, hacer modificaciones resulta muy difícil por los planos o la antigüedad de las instalaciones.

En los establecimientos no acreditados la falta de personal es vista como una barrera en esta etapa, pues les impide completar procesos administrativos y que todo el personal se involucre para llevar a cabo las modificaciones que son necesarias. Sin embargo, los médicos señalaron como facilitador de las modificaciones en la fase de autoevaluación, que sí les llegaron recursos para reparar o modificar infraestructura y para comprar algunos insumos y equipos que les hacían falta.

Según lo recogido en este apartado, durante el proceso de acreditación llegaron recursos a los establecimientos no acreditados que les permitieron solventar algunas de sus carencias, pero no fueron suficientes, porque uno de sus mayores problemas, la falta de personal, no fue resuelto y por lo tanto no acreditaron.

ii) Fase de acreditación

Acreditación, trabajo comprometido en equipo y la necesaria capacidad estructural instalada. De acuerdo con lo narrado por el personal entrevistado, en la fase de acreditación el *cuerpo de gobierno*, el *gestor de calidad* y, en algunos casos, un *comité específico*, acompañaban a los evaluadores externos en sus recorridos, cada responsable de área los recibía y estaba disponible mientras realizaban la evaluación de su área específica. Lo referido por diferentes actores, independientemente del tipo de establecimiento, nos permite afirmar que el proceso se llevó de manera similar en todos los lugares.

El equipo que venía de acreditadores se dividió por áreas, a su vez nosotros también dividimos el hospital por áreas [...] para que cada acreditador se dirigiera con el responsable de cada área [...] venía un encargado de los acreditadores y aquí asignamos, en este caso fue el jefe de cirugía [quien los] acompañó para la aplicación de la cédula de esa área. [...] En el área de almacén, [...] el encargado de almacén. En el área de cuarto de máquinas, [...] el encargado de mantenimiento y así respectivamente, enfermería se encargó de otras áreas. [...] de esa forma nos organizamos. EG_U12_DIR_11.04.18_GRAL_NA_MR

E: ¿Quiénes participaron en el proceso de acreditación?

[...]

Med: **el director, una servidora, el gestor de calidad, [el] jefe de enseñanza y el administrador, principalmente. [El] jefe de urgencias, y [...] los compañeros de las áreas ya nos apoyaban en cumplir [...].** ED_U4_MED_05.04.18_COM_A_FR

E: Cuando está la visita ¿quiénes son los encargados de dirigir este proceso por parte del hospital, quiénes acompañan a los acreditadores?

Med: **Específicamente lo que nosotros llamamos cuerpo de gobierno, que implica dirección, subdirección, gestora de calidad y los jefes de áreas que conocen muy bien sus áreas y permiten explicar cuál es su área y los elementos que tiene y con qué cumple.** EA_U1_MED_05.04.18_GRAL_A_RG

Conclusión del apartado: fase de acreditación

Se encontró que, en la fase de acreditación, específicamente en lo relacionado con la visita de los acreditadores, se involucraron el cuerpo de gobierno, los evaluadores externos y los responsables de áreas. Según lo referido por distintos actores, los evaluadores se distribuían los recorridos para hacer las revisiones por área acompañados de algún integrante del cuerpo de gobierno y por el responsable del área específica. Al parecer, el personal operativo se involucraba respondiendo a las preguntas de los acreditadores y presentando lo necesario a medida que se iba contrastando con la cédula. En general, este mismo esquema de trabajo se presentó en los diversos establecimientos de atención a la salud incluidos en esta investigación.

Fortalezas y debilidades de la unidad al momento de la acreditación

Respecto a la principal fortaleza de los establecimientos de atención a la salud en el momento de la acreditación, hubo coincidencia sobre el compromiso del personal con su trabajo cotidiano en el hospital y durante el proceso de acreditación.

Fortalezas, **la participación de todo el personal en cuanto a su compromiso de querer estar en un hospital acreditado, formar parte de un hospital acreditado. Sí se notó bastante, fue algo que en su momento se le hizo el reconocimiento al personal.** ED_U5_DIR_03.04.18_IMSS_A_FR

[...] **Una de las fortalezas yo creo que el personal [...] pues todos teníamos como las ganas de que ya saliera esto [...] y todos, todos trabajamos. Igual aquí una ventaja es que el hospital es muy chiquito y es muy fácil estar en comunicación con el personal de todos los turnos. Y yo creo que por ahí es, la comunicación es la principal fortaleza.**

ED_U4_MED_05.04.18_COM_A_FR

Yo creo que la fortaleza es el compromiso del personal a la atención del paciente, es la principal fortaleza, porque eso le permite a cada uno de los médicos, enfermeras, químicos, etc., siempre brindar un extra. EA_U1_MED_05.04.18_GRAL_A_RG

La mayor fortaleza, yo quiero pensar que fue la actitud. Porque eso fue lo que más ayudó; además de estar haciendo los procesos, porque podemos tener todo, yo siempre he dicho: "podemos tener todo el material, pero si no tenemos la actitud de hacerlas bien, no las hacemos bien, o no va a salir como se quiere", ¿no? EI_U14_ENF_03.04.18_COM_A_LO

Las barreras referidas por los actores se relacionan con: a) falta de insumos, medicamentos y equipos; 2) fallas en algunos procedimientos; 3) falta de infraestructura o que la infraestructura existente no cumple con los criterios de la cédula y, 4) falta de personal especializado.

En términos de insumos, falta de medicamento, falta de material quirúrgico, falta de insumos de anestesia, que es algo muy grave este, para algunos equipos biomédicos que nos hacen falta o que están en mal estado para que pudiésemos estar en mejores condiciones y necesitamos contra poner. EG_U12_DIR_11.04.18_GRAL_NA_MR

Debilidad, la falta de insumos, debilidades [en] el expediente, algunas papelerías que ahora sabemos y que en la autoevaluación supimos cómo era, por ejemplo, encabezados de la papelería que deben de llevar la fecha de nacimiento [...]. (Otras) debilidades, el personal, no tenemos internistas en este momento, nos hace falta un anesthesiologo, pediatras, creo que [...] no tener una plantilla completa. [...] En la cédula de evaluación nos dicen que debemos de tener un internista mínimo, un pediatra por turno, un anesthesiologo y entonces en toda esa parte que ya no estaba en nuestras manos nos pegó mucho. EG_U12_ENF_11.04.18_GRAL_NA_MR

Nuestro hospital no acredita por la infraestructura que la ponen como obsoleta. Ahora con los alimentos, por ejemplo, nuestros trastes todo eso, están todos golpeados. Los drenajes no están funcionando, el sistema hidráulico de nuestro hospital está mal [...] Nuestro sistema eléctrico está mal. [...] Nos faltan recursos económicos, tenemos una sola ambulancia. EJ_U17_DIR_12.04.18_GRAL_NA_LO

[...]. Una de las debilidades era que no contábamos con las áreas adecuadas que se requerían; como la de terapia, el espacio sí estaba, pero teníamos un baño adentro de la terapia que no debería de ir, entonces la terapia no la calificaron como tal, en ese momento quedó inhabilitada, antes que viniera la acreditación ya se iba a contar con eso, pienso que el hospital no está de acuerdo a lo que piden en la acreditación. EF_U9_ENF_04.04.18_GRAL_A_MR

Las debilidades, una de las que pudiéramos haber tenido en ese momento es que nuestra plantilla todavía [...] [carecía] de personal, una debilidad que de todas formas no fue notoria en ese momento (a veces son por los salarios que tenemos y es una gran debilidad y una gran amenaza también), pero en términos generales creo que prevalecieron las fortalezas sobre las debilidades o amenazas que pudiéramos haber tenido. EJ_U16_MED_10.04.18_GRAL_A_LO

En el caso de establecimientos de atención a la salud IMSS-PROSPERA, cuentan con poco personal especializado de planta, ya que dependen de los prestadores de servicio social, practicantes y residentes. Como muestran los testimonios a continuación, esto implica una *alta rotación del personal* lo que es percibido por los distintos actores como una *debilidad* al momento de buscar la acreditación.

Y de repente, esa parte es la que los evaluadores no entienden. Este hospital es comunitario. Tiene médicos de base muy pequeña. Los médicos son externos, vienen a rotar, en su último semestre. Es muy rotativo. Cada 6 meses, los tenemos que estar capacitando. Lo mismo. Ya sea en nuestra normativa, en la acreditación y ahora en la certificación. Es difícil tener un grupo tan grande de médicos y enfermeras y estarlos capacitando constantemente. Y vienen de diferentes ciudades, de diferentes formas. Por ejemplo, [ahorita] tengo un cirujano que viene de Sonora, de Hermosillo. Médicos familiares de Durango. [...] EE_U8_DIR_13.04.18_IMSS_A_FR

Aquí por ejemplo [...] cambian de médicos, los residentes cada 6 meses se van, los médicos generales se van creo hasta agosto, entonces quizá ese sea un factor [desfavorable] Pero, por ejemplo, las compañeras [enfermeras] de consulta externa están muy sensibilizadas en ciertos procesos y han ayudado a los nuevos médicos. EG_U11_MED_10.04.18_IMSS_A_MR

Como caso excepcional, en Chamula, las características de la población son percibidas como una barrera para llevar adelante el proceso de acreditación pues es difícil explicarle a la comunidad y convencerla de la importancia y ventajas del proceso.

E: si ¿Y alguna debilidad que identificara que había aquí en el hospital durante el momento de la acreditación?

Med: Pues un poquito la gente porque ya ve que debería haber comités de calidad, comités de acción, comités de salud y todo eso era la verdad. La persona que evaluaba calidad no estaba acostumbrada a ese tipo de actividades. Y entonces, pues sí había una barrera muy importante con la gente, pues la gente de la población no creen que la actividad que van a realizar va a funcionar, va asociada para mejorar a la gente, la gente del pueblo y ellos creen que únicamente que es de que la vigilancia del equipo, del comité de salud, del comité de vigilancia, creen que es

únicamente vigilar que lleguemos, que cumplamos con nuestro trabajo y usted sabe qué es, que no nada más es eso. Si no que hay evaluaciones, hay reuniones, etcétera. Creo que esa es la máxima idea de la población pues, esas características de la gente. EI_U15_MED_05.04.18_COM_NA_LO

Conclusión del apartado: fortalezas y debilidades al momento de la acreditación

La principal fortaleza referida por los diversos actores fue, una vez llevado a cabo un correcto proceso de autoevaluación, el compromiso del personal de los establecimientos, tanto con su trabajo cotidiano como durante el proceso de acreditación. Los actores entrevistados perciben que las principales barreras que tenían los establecimientos de atención a la salud al momento de la acreditación se relacionan con carencias a distintos niveles: a) falta de insumos, medicamentos y equipos, 2) falta de personal y 3) falta de infraestructura o que la infraestructura existente no cumple con los criterios de la cédula.

Por otro lado, también señalaron las fallas en los procedimientos como una debilidad de los establecimientos para la acreditación, a este respecto mencionaron errores en el llenado de los expedientes. Únicamente en el caso del establecimiento de Chamula, se refiere como una barrera las características particulares de esta población, lo que al parecer está relacionado con la falta de conocimiento respecto a lo que significa la “calidad” en los procesos y a los requerimientos para atender las exigencias en torno a esta perspectiva de trabajo.

En el caso específico de los establecimientos del IMSS-PROSPERA, los actores señalaron como una de sus principales debilidades la falta de personal especializado, debido a que dependen, sobre todo, de residentes y prestadores de servicio social ya que no cuentan con suficiente personal de base. Por lo tanto, la rotación de personal es alta y exige a los establecimientos capacitar constantemente nuevo personal lo cual es percibido como una barrera para el proceso de acreditación. Cabe señalar que, aunque la falta de personal especializado es una barrera compartida por otros tipos de establecimientos, en los IMMS-PROSPERA particularmente, significa un desgaste constante por la alta rotación del personal, lo que impide darle continuidad a los procesos de formación.

El papel de los evaluadores durante la acreditación

Evaluadores, profesionales y útiles, pero a veces, con criterios subjetivos para interpretar las cédulas. Como puede observarse en los siguientes testimonios, la percepción de los entrevistados respecto al papel de los evaluadores externos, es positiva, pues los ven como *personas capacitadas, con conocimientos suficientes, respetuosos y profe-*

sionales que, incluso, aportan muy buenas recomendaciones a los establecimientos que evalúan y coadyuvan a la consecución de la calidad.

Era gente de bastante experiencia, estaban en su papel de ser muy minuciosos en algunos aspectos, pero pienso que así se tiene que hacer porque tenemos que cumplir con estándares para garantizar que brindamos calidad y, sobre todo, seguridad a los usuarios. A lo mejor un poco quisquilloso en algunas cosas, pero considero que pudiera ser necesario. ED_U5_DIR_03.04.18_IMSS_A_FR

[...] si tenemos que dar una opinión pues, para mí fue buena, de buen trato. [...] se dio un ambiente [...] en su momento [...] de estrés, pero [...] ellos facilitaron ese proceso, no venían con una [actitud] de no quiero que acrediten sino al contrario. [...] EE_U6_MED_10.04.18_GRAL_A_FR

Sin embargo, hay opiniones encontradas respecto al criterio de los evaluadores externos al momento de aplicar las cédulas pues, para algunos está bien que sean estrictos y apegados a la letra, mientras que, para otros, esta rigidez es vista como una barrera que les impide tener en cuenta las particularidades de cada hospital. Así lo perciben, por ejemplo, en hospitales especializados donde no cumplen con tener ciertos medicamentos, por su misma especialización. Otros actores perciben que los evaluadores, sobre todo aquellos provenientes de otros estados, realizan la evaluación comparando al establecimiento evaluado con los de su propio estado, lo que los lleva a pedir requisitos que no aplicarían por las características particulares del hospital en cuestión. Además, también parece suceder que al provenir de establecimientos de atención a la salud más pequeños, no conocen equipos o procedimientos propios del que están evaluando y eso genera dificultades en el momento de la acreditación.

E: Es decir, ¿que los evaluadores no se apegan?

Med: Sí se apegan pero también hacen observaciones, [...] a criterio personal, que porque está funcionando en otros hospitales [...] algo que me parece ilógico es que [...] sean muy estrictos en los criterios, porque hay criterios que no nos aplicarían como hospital pediátrico, hay incluso medicamentos que vienen en instructivos, que ya ni se usan, y nos hemos dado cuenta, que están desactualizados esos reactivos, ni se usan, ya ni los tienen en el mercado, como el nitroprusiato de sodio. En una supervisión me percaté y sin embargo te lo exigen. Y si no tienes una carta en donde te digan cuando ellos bien saben que ya no hay en el mercado, porque también son médicos, sino muestras una hoja, donde te diga el farmacéutico que no está en proceso, entonces no te la pasa, es ahí donde está el criterio. También no deberían ser tan cuadrados en los reactivos, hay reactivos incluso también que son aplicables en adultos, hay medicamentos que no usamos en niños, sin embargo, nos los exigen, y esos medicamentos siempre se nos van a caducar, qué caso tiene que nosotros los tengamos, nada más para pasar

una acreditación, no se me hace justo, y algunos de alto costo, [R: como cuál] no se me viene a la mente, pero estábamos consiguiendo y cuesta 80 mil pesos, nada más para tenerlo porque vale 10 puntos, pero después, creo que se lo prestamos a otro hospital que sí lo usaba. [...]. EK_U18_MED_03.04.18_ESP_A_RG

Nosotros por ejemplo tuvimos diferentes periodos de acreditación. Para oncológicos, para neonatos, tuvimos otros para trasplante renal en menores de 18 años. [...] fueron dos periodos, en uno de ellos nos fue bastante bien con los evaluadores que vinieron. El otro venía de un estado vecino de aquí, pequeño que venían de lugares, ni siquiera venía de la capital de Nayarit. Veían cosas que no conocían.

[...] a lo mejor si van a acreditar ellos, pues que vayan a lugares similares a donde es su trabajo. Por supuesto que están preparados porque se ven que están preparados, se ve que están capacitados, pero cuando tienen otros acreditaros que tiene un nivel hospitalario superior, yo creo que son los que deben de escoger. [...] EF_U10_MED_05.04.18_PRIV_A_MR

Me parecía con mucha capacidad el personal que venía a nivel federal y algunos del otro personal que venía conformando el grupo. Algunas veces me parecía que a lo mejor ellos nos revisan conforme trabajan en su hospital y nosotros estamos conforme a la normatividad que se hace en el hospital; siempre fueron muy respetuosos, ellos nos daban su punto de vista como ellos creían que así se debería de hacer y [] nosotros acatábamos lo que nos decían, algunas veces sí comentábamos que anteriormente vinieron de nivel estatal a hacer una pre evaluación para ver cómo estábamos, entonces ellos [estatales] nos sugerían de una forma diferente a ellos [federales], entonces nosotros les decíamos que lo teníamos conforme a ellos [federales] nos decían. [...] EF_U9_ENF_04.04.18_GRAL_A_MR

Conclusiones del apartado: papel de los evaluadores

Aunque los evaluadores externos son percibidos de un modo positivo al ser considerados personas con experiencia, cuyo trabajo es minucioso y que brindan un trato amable que facilita el proceso, hay dudas respecto a qué tan objetivos son al momento de aplicar la cédula.

Algunos entrevistados perciben que su dictamen se encuentra influido por su experiencia particular en el establecimiento del que provienen lo que ocasiona comparaciones que disminuyen su objetividad. Otros observan que, cuando provienen de hospitales con otras características, puede suceder que no reconocen ciertos equipos o procedimientos. Sin embargo, el principal hallazgo a este respecto tiene que ver con la relación Cédula/Evaluador, pues entre los entrevistados hay opiniones encontradas respecto a qué tan estrictos deben ser los evaluadores en la aplicación de la cédula. Para algunos, lo más adecuado es que sean estrictos, para otros esto significa no tener

en cuenta características particulares de los establecimientos. Al parecer, aunque las cédulas sustentadas en la norma se han ido homologando y detallando cada vez más, los actores entrevistados perciben que el criterio subjetivo del evaluador sigue teniendo un peso importante, sobre todo en hospitales especializados.

Cédulas y funcionalidad durante la acreditación

Respecto a las cédulas de acreditación, el personal directivo percibe que están respaldadas en la normatividad y que su nivel de detalle es una ventaja porque no se prestan a interpretación. Además, se observa como algo positivo que tengan en cuenta los procesos y se vayan actualizando. Los siguientes testimonios reflejan esta postura.

La nueva cédula de autoevaluación, viene muy especificada desde el lineamiento que regla qué norma, qué ley fundamenta ese punto, viene muy desglosada. Ya es tienes o no tienes ya no es si tienes mucho o si tienes poco, para mí esta cédula es más larga, [...] más detallada, pero viene tan precisa que ya no nos queda lugar a duda o a interpretación y ahorita tiene el marco legal que lo sustenta, ya se a dónde ir, a dónde revisar [el] artículo que me aclara por qué se requiere eso, las anteriores no. Yo cuando vi la nueva, vi que era enorme y está tan clara y tan nítida que para mí fue más fácil y ya no tuve dudas en relación a las anteriores. [...]EB_U2_DIR_10.04.18_ESP_NA_RG

Tienen un sustento normativo, que se refieren, nacen de la norma aplicable, en cuanto al sector salud, no sólo es una cédula aplicable, enfocado en los procesos. [...] Se establecen procesos más que resultados, en mis procesos existen estos riesgos, qué procesos voy a implementar, y asegurar esos procesos y asegurar que, al final, no voy a [...] contar cuántos pacientes se murieron, sino ver cómo hice esos procesos, entonces en general eso es el modelo del Consejo. Sí está sustentado en una normatividad. Te pregunta como organización si tus procesos son seguros. EC_U3_GCAL_13.04.18_PRIV_A_RG

Las cédulas se van modificando, no van quedando así, se acaba de modificar la de primer nivel, por ejemplo; entonces, es importante conocerlas porque eso me va a ayudar a mí como jefe a actualizarme en cuanto a lo que debo de cumplir y todo eso está basado en las normas oficiales mexicanas, [...] [que] también son parte de los requisitos mínimos indispensables que debemos cubrir. Bajo la cédula sí es bueno que se vaya actualizando, descargarlas e ir las conociendo. Yo en lo personal estoy contenta de que se vayan actualizando este tipo de cédulas para que yo misma [...] vaya mejorando y actualizándome y vaya con el personal y sepan las modificaciones [...]. EA_U1_ENF_05.04.18_GRAL_A_RG

En los establecimientos de atención a la salud especializados, los médicos perciben como una limitación que las cédulas pidan medicamentos e instrumentos que

no son usados en su establecimiento por el tipo de pacientes y padecimientos que atienden. Esto favorece que tenga que entrar el criterio del evaluador para decidir la situación, lo que genera tensión.

Hay puntos que no son tan aplicables a las diferentes áreas, [...] Uno que nos afecta mucho a nosotros como hospital pediátrico y en lo relacionado a los carros de paro, que [tiene] el medicamento. [El] (nitrogluciato) y la nitroglicerina son medicamentos muy caros, y que no se ocupan en hospitales pediátricos, que cuando vienen a acreditarnos, pues se tiene que adquirir ese medicamento porque viene en la cédula. Si no está, pues no se aplica y no tiene el puntaje. Entonces, se ha hecho exclusiva esa compra o esa adquisición, para la acreditación, porque para el hospital difícilmente lo ocupamos. Lo que hemos hecho, gestionamos con otras instituciones, por ejemplo, en el ISSSTE que son pacientes adultos, que a lo mejor sí ocupan ese medicamento, para que no se nos caduque. Que sí ha llegado a pasar, que se caduca, tampoco nos los han cambiado. Para mí se hace como un gasto, que no es aplicable al hospital porque no lo utilizamos como hospital pediátrico.
EK_U18_ENF_03.04.18_ESP_A_RG

[...] uno de los puntos que vimos en las cédulas en el momento de la acreditación es esta inflexibilidad a la evaluación de la cédula, entiendo que la cédula fue elaborada por expertos, pero sí hay algunas situaciones en que hospitales de alta especialidad como el Hospital para el Niño Poblano, pueden tener una cierta incongruencia con los rubros de evaluación; [...] dentro de la cédula existían instrumentales que son viejos y obsoletos para la atención de los pacientes, y nos obligaba a conseguirlos para el cumplimiento de la cédula dado que eran criterios mayores. Ese tipo de circunstancias era donde generaba tensión al momento de la evaluación en algunos acreditadores, “aquí la cédula dice ..., yo tengo que evaluar la cédula”, pero también venía esta parte de comprensión donde decía “ok, voy a tomar en cuenta tu comentario en el entendido de que la cédula lo pide, pero voy a escuchar y hacer esta observación; voy a pasar lo que me están dando como información como expertos en la patología y la voy a pasar hacia arriba, para que esto también se considere en evaluaciones futuras”, entonces vivimos algunas situaciones de contraste.
EA_U1_MED_05.04.18_GRAL_A_RG

No, no, yo creo que funcionó bien, aunque, como un hospital privado y eh... hablando de las varias cédulas porque fueron varias porque hay diferentes hablando del cáncer, hay diferentes tipos y en cada uno donde viene farmacia, vienen tales medicamentos. (Este)...medicamento [en] el sector [...] privado puede costar 30 mil pesos una ampolletita. Entonces el hospital no tiene un stock en medicamento, tiene sus convenios con proveedores de medicamentos para tener ese tipo de medicamentos en el momento que se requiera, entonces chocábamos mucho por eso. ¿Entiende? Nosotros en el transcurso de que un médico solicita

el tratamiento de un paciente y tal medicamento no lo tiene, tenemos aproximadamente de 40 a 60 minutos para conseguirlo si no lo tenemos en farmacia por los mecanismos que tenemos con los proveedores para conseguirlos. [...] EF_U10_MED_05.04.18_PRIV_A_MR

En los establecimientos de atención a la salud IMSS-PROSPERA, los directores expresan como una limitación de la cédula, el que están diseñadas para hospitales de segundo nivel a partir de los establecimientos del IMSS. Por lo tanto para ellos, que son hospitales comunitarios, las exigencias de la cédula, sobre todo respecto al personal, son difíciles de cubrir porque, por un lado, dependen en buena medida de profesionales que están en formación y rotan constantemente y, por otro, cuentan con personal operativo, por ejemplo las enfermeras, que no tiene una educación formal respaldada por un título universitario.

Fue muy alejada de la realidad, los hospitales de IMSS PROSPERA (somos 80 hospitales en el país), estamos catalogados dentro del programa como unidades de segundo nivel, pero dentro del Sistema Nacional de Salud un hospital de segundo nivel es muy diferente a nuestro tipo de hospitales. En el sentido de que esos hospitales de PROSPERA manejamos solamente cuatro especialidades básicas: medicina interna, pediatría, cirugía y gineco-obstetricia y tenemos dos anestesiólogos y trabajamos solamente con médicos residentes en periodo de adiestramiento que vienen a hacer un servicio de campo a estas localidades; un hospital de segundo nivel de IMSS ordinario por ejemplo, tiene todas las especialidades o casi todas las especialidades, tiene tres turnos con médicos especialistas certificados más aparte un grupo de becarios entre los cuales están médicos internos, médicos residentes y médicos especialistas en capacitación; entonces nuestra capacidad es muy diferente para la respuesta, [...] Entonces tuvimos que homologar muchísimas cosas, capacitar muchos médicos y adoptar muchos de los registros para podernos acercar un poquito a cumplir los requisitos que la DGCES nos solicitaba, esa es la diferencia grandísima que tuvimos, nos costó mucho trabajo y creo yo que la DGCES adaptó las cédulas de evaluación a este tipo de hospitales. EG_U11_DIR_10.04.18_IMSS_A_MR

Constituye un problema porque no puedes evaluar una cédula, cuando cada quien tiene sus particularidades. [...] En el personal, veo muchas dificultades [...] Aquí tengo mi base de urgencia y cada 2 meses me están cambiando, o hasta menos, quincena. Y en este período de 3 meses, me ponen un médico y hay que enseñarle qué es urgencia, el proceso y la cédula. Para nosotros se nos hacía un poco rígido. Por ejemplo, las enfermeras, que tengan título, que tengan cédula, se nos dificultaba. O sea, el hecho de seguir el proceso. Nosotros como hospital sede, tenemos 51 unidades rurales. De las 51, sólo una unidad médica ha pasado. Por

qué, porque las cédulas miden un centro de salud y las unidades médicas que son de participación comunitaria, están a cargo de pasante y una enfermera que fue adiestrada, que sabe de enfermera, que actúa de enfermera y que no es enfermera. Entonces ya no pasa. Y aunque esa enfermera se va a jubilar en el área médica como auxiliar de enfermera, en la cédula de la acreditación no pasa. Hay algunas cositas que no deben ser tan directas. EE_U8_DIR_16.04.18_IMSS_A_FR

Como caso excepcional tenemos el establecimiento de atención a la salud de Chamula, donde la cédula es vista como una barrera porque no considera las particularidades culturales del contexto donde se encuentra. A continuación, el testimonio del director de este establecimiento.

[...] Evidentemente, cada zona es diferente, y no precisamente la cédula hace la diferencia, sino el contexto social, cultural, la participación del municipio, el compromiso, en fin, es otro punto de vista independientemente de la cédula, tiene un principio bien, donde busca la estandarización y mejorar calidad, que busca la calidad, el contexto, social, político cultural donde te desarrollas. Por qué, por ejemplo, las mujeres aquí están acostumbradas a parir en su casa, a parir como lo hacían antes, en cuclillas y vienen acá, ya manipuladas por partera, y esa resistencia porque la cama es como dice la cédula, una cama fija, con pierneras, con luces blancas, donde no puede entrar esa gente o estar acompañados del marido, como por usos y costumbres aquí lo hacen, entonces eso hace la diferencia, no precisamente por la cédula, sino por el contexto. EI_U15_DIR_05.04.18_COM-NA_LO

Conclusiones del apartado: cédula y funcionalidad

Respecto a este apartado se encontraron percepciones diferentes entre distintos actores y por tipo de hospital. Las más significativas se expresan en que, mientras para los directivos de los establecimientos de atención a la salud especializados privados o públicos, las nuevas cédulas respaldadas en la normatividad y más detalladas no se prestan a interpretación, los médicos perciben a la cédula como un instrumento rígido, pues no considera aspectos particulares de estos establecimientos.

Se visibilizan dos niveles de la realidad de los establecimientos de atención a la salud: el de la gestión administrativa y el de la cotidianidad operativa; respecto a las cédulas esto implica una dificultad del instrumento para aterrizar en la “realidad operativa” de los establecimientos, lo cual significa que un mayor detalle y el estar respaldadas en la norma, no son criterios suficientes para garantizar su funcionalidad. Además, y en coincidencia con el apartado anterior sobre el papel de los evaluadores, las situaciones que se presentan en estos establecimientos especializados conducen a tensiones, pues el evaluador termina teniendo que usar su criterio, más o menos flexible, para resolver estas cuestiones.

Los otros dos casos en que la funcionalidad de las cédulas se pone en cuestión como instrumentos de evaluación son los IMSS-PROSPERA y el caso excepcional del establecimiento de atención a la salud de Chamula (Chiapas). En el primer caso, la aplicación de una cédula general para hospitales de segundo nivel pierde de vista que los IMSS-PROSPERA son hospitales comunitarios, pequeños y con poco personal de base y, en algunos casos, no profesionalizado. Esto los pone en una situación de inequidad en la cual les resulta muy difícil cumplir con algunos de los criterios mayores exigidos por la cédula para lograr la acreditación y que sin constituye un hallazgo que nos debería llevar a reflexionar no sólo sobre la cédula, sino sobre la reproducción de las inequidades en el sistema de salud, puesto que son las unidades comunitarias que atienden a la población más marginada en donde el tema del personal se vuelve clave como un incumplimiento para la acreditación.

El caso del hospital de Chamula evidencia la diversidad cultural del país y visibiliza prácticas que requieren una mirada particular que, al parecer, las cédulas no están logrando incorporar y, aunque este es un caso excepcional por las características de la muestra, es necesario reconocer que es una condición que toca a amplios sectores del país.

iii) Fase de supervisión

Supervisión, un tema percibido como ausente en el proceso. Respecto a esta fase del proceso de acreditación no hubo hallazgos significativos, ya que los entrevistados manifestaron no haber recibido visitas de supervisión por parte de supervisores federales. Respecto a la acreditación para CAUSES reportaron haber tenidos dos tipos de supervisiones: las realizadas por funcionarios estatales del área de calidad y las propias autoevaluaciones y supervisiones que realiza el establecimiento a través de su responsable de calidad. Algunos actores incluso expresaron que su establecimiento no ha tenido visitas de supervisión relacionadas con CAUSES.

Nosotros tenemos supervisiones estatales de servicios de salud antes que [...] la supervisión federal. EK_U18_DIR_03.04.18_ESP_A_RG

E: y después de que reciben un dictamen, obviamente favorable, ¿han recibido una visita de supervisión?

Enf: ***más que visita a nivel federal, hay visita a nivel estatal.***

E: ¿ésas cada cuánto son?

Enf: ***no tienen como una periodicidad, pero sí vienen a vernos.*** [] EK_U18_ENF_03.04.18_ESP_A_RG

De parte de la Secretaría de Salud no. Tenemos nuestras visitas que son las programadas de nuestra delegación, [...]. ED_U5_DIR_03.04.18_IMSS_A_FR

E: posterior a la obtención al dictamen favorable, ¿han recibido visitas de supervisión?

Med: no, visitas no. Hacemos por parte del estado, nos piden autoevaluación. Calificarnos nosotros con la misma cédula, [...] se supone que si no cumples con uno de los criterios que te pide ahí es cero, entonces poner qué es lo que te está faltando, pero visitas de acreditación no. Hemos tenido visitas, pero de otra cosa.

ED_U4_MED_05.04.18_COM_A_FR

E: Posterior a la obtención del dictamen favorable ¿ha recibido visitas por parte de supervisión?

Med: después de la acreditación. Cuando estuve yo en el cargo del servicio que estuve un año y medio no, no tuvimos supervisión.

E: ¿después no tuvieron visitas de supervisión?

Med: Al parecer no, sólo en el área de calidad. EE_U6_MED_10.04.18_GRAL_A_FR

E: ¿Después de la obtención del dictamen favorable han recibido alguna visita de supervisión?

Enf: No. Sí hemos tenido visitas, pero para la acreditación no.

EG_U11_ENF_10.04.18_IMSS_A_MR

E: ¿Después de la obtención del dictamen favorable han recibido alguna visita de supervisión?

Enf: No.

E: ¿O tienen programada alguna visita de supervisión?

E: Pues nada más nos han dicho que iban a venir a seguir revisando para que esto siguiera funcionando de igual manera, pero que yo sepa no. [...]

EF_U9_ENF_04.04.18_GRAL_A_MR

Recomendaciones recibidas durante la supervisión

En lo dicho por los actores entrevistados se observa que algunas supervisiones se relacionan con el proceso de reacreditación, mientras que otras son percibidas como seguimiento al proceso previo de acreditación. Algunos médicos y enfermeras no tenían conocimiento de las recomendaciones surgidas de la supervisión ya que, al parecer, éstas sólo se hacen llegar a directivos y jefes de área. Los entrevistados que comentaron algo al respecto se refirieron a recomendaciones relacionadas con procedimientos. No hay suficiente información para comprender cómo se le dió seguimiento a las recomendaciones recibidas.

E: ¿De esas visitas de supervisión les han dado alguna recomendación?

Med: ¿En qué sentido?

E: A partir de que vienen a supervisarles como cuestiones de área de oportunidad dentro del área de hospital, en los procesos o infraestructura.

Med: Sí, de hecho, cada vez que vienen nos revisan el hospital, tenemos cosas pendientes de aquí para allá y de allá para acá. De hecho, ahorita estamos en ese

proceso de poder tener muchas de las cuestiones que se nos están pidiendo, pero en la reacreditación: actualizar procesos, acreditar manuales, etc. EJ_U16_MED_10.04.18_GRAL_A_LO

E: ¿Cómo fueron esos procesos de supervisión?

Med: Tengo entendido que fueron a nivel estatal, ya no fue de nivel más alto. De estatal y de los mismos directivos también le dieron seguimiento. Fue de seguimiento, más suaves.

E: ¿Recibieron alguna recomendación?

Med: Sí, hemos seguido recibiendo.

E: ¿Qué recomendaciones han recibido?

Med: Por ejemplo, no olvidar el lavado de manos, el manejo de residuos, los expedientes, se han seguido dando recomendaciones. [...] EG_U11_MED_10.04.18_IMSS_A_MR

E: ¿Posterior al dictamen favorable han recibido visitas de supervisión?

Enf: Sí. [...]

E: ¿Quién hace esas supervisiones?

Enf: Esta vez que pasó no recuerdo si fue de calidad y ellos estuvieron observando, también vinieron del Seguro Popular a ver la estructura del hospital.

E: ¿Se preparan de alguna forma en el hospital para recibir las visitas de supervisión?

Enf: Se prepara el área de gobierno y a nosotros nos comentan que va a haber supervisión para que tengamos todo acomodado.

E: ¿Recuerda si se les han hecho recomendaciones?

Enf: Sí se hacen recomendaciones, pero son dirigidas a supervisión, no al personal operativo.

E: ¿Y esas recomendaciones se las hacen llegar a ustedes?

Enf: A veces, a veces no nos dicen nada. A veces sólo nos dicen en qué hay que mejorar, pero es muy raro. [...] EJ_U16_ENF_10.04.18_GRAL_A_LO

Conclusión del apartado: fase de supervisión

Los actores entrevistados afirmaron que en sus establecimientos no ha habido visitas de supervisión realizadas por personal a nivel federal. De esta circunstancia se deriva que únicamente hayamos encontrado referencias a supervisiones realizadas por personal estatal o del propio establecimiento que, a partir de los testimonios obtenidos, no parecen materializarse en un informe formal de los hallazgos, ni en un conjunto de recomendaciones que hayan sido transmitidas al personal, lo cual podría significar dificultades de comunicación entre los directores o supervisores y el personal de los establecimientos. Por lo tanto, podemos afirmar que: a) la fase de supervisión no se está realizando con apego a la normatividad, y 2) entre el personal de los esta-

blecimientos de atención a la salud existe confusión respecto a esta fase, pues en la percepción de algunos actores se asocia con el proceso de reacreditación cuando en realidad, según el Manual de acreditación, es una fase previa que le da seguimiento a la acreditación obtenida.

Plan de contingencia

Necesidades identificadas

Plan de contingencia, agenda fuera de las manos del establecimiento. De las cuatro unidades no acreditadas con un dictamen de no acreditado incluidas en este estudio, sólo en dos los entrevistados reportaron que hubo algún plan de contingencia. Estos dos casos coincidieron en las necesidades de falta de plantilla y de infraestructura adecuadas; en ambos casos, los actores afirmaron que estas necesidades no se habían resuelto después de dos intentos de acreditación.

E: [...] ¿Cuáles identifica que son necesidades del hospital en este momento frente a este proceso de acreditación?

Med: Prácticamente las mismas de cada acreditacion, el estira y afloja con las autoridades, tener el recurso que marca la cédula, por ejemplo yo sigo sin tener esa trampa de yeso después de esos dos intentos de acreditaciones. Es ahí en donde dices, quién me va a dar lo que hace falta, pues yo estoy poniendo de mi parte lo necesario, pero, quién va a venir a hacerlo, a qué autoridad le corresponde venir a apoyarnos. Entonces, yo creo que eso es una debilidad al demarcar responsabilidades institucionales, si es a nivel jurisdiccional, federal... a quién le corresponde venir a hacer lo que yo a través de un escrito digo que no hay.
EG_U12_MED_11.04.18_GRAL_NA_MR

Nuevamente [...] las mismas que mencioné [...], la plantilla de personal; [...] se está trabajando en algunos procesos [...] que nos corresponden a nosotros como es la autorización de bitácoras que eso ya lo estamos trabajando. [...] Hemos hecho la solicitud para algunas adecuaciones que se nos [...] señalaron, entramos en ello también. Hemos estado haciendo algunos arreglos en la parte exterior del hospital, como es adecuación del estacionamientos, patio de maniobras, entonces todo eso no lo teníamos ya hemos trabajado en ello. [...] Estamos ahora en el proceso de mejorar todo, todos los puntos en los que fuimos observados.
EG_U12_DIR_11.04.18_GRAL_NA_MR

En la primera nada más pasaron y nos dijeron que era plantilla [...] e infraestructura, creo estaba mal la infraestructura de todo junto con la de urgencias, algo así porque no está como un área. No está el pase directo de la camilla, algo así nos explicaron y sí hicieron unos cambios a como estaba al principio. No

sé si ya los hicieron. Y la siguiente ocasión, igual lo de la plantilla siempre ha sido el problema del hospital en cuanto a especialistas, y también recuerdo que fue por unas bitácoras que estaban mal y que por eso no habíamos acreditado.
EB_U2_MED_10.04.18_ESP_NA_RG

Como caso excepcional, en el establecimiento de atención a la salud no acreditado de Guamuchil, se reporta que no hubo un dictamen de “no acreditado”, sólo tuvieron proceso de autoevaluación, pero nunca recibieron la visita de evaluadores externos y el plan de contingencia lo hicieron para entender por qué no había continuado el proceso de evaluación.

E: Ya en el proceso de acreditación ¿me lo puedes describir?

Med: Pues es que no hubo un proceso en sí de acreditación.

E: ¿No terminaron el proceso?

Med: No, no se terminó el proceso. De lo que yo le estoy platicando es lo que se hizo en el proceso de la autoevaluación, por diferentes causas prácticamente no se hizo, nuestro hospital no está acreditado. En el proceso de la acreditación fue ahí donde se detuvo.

E: ¿No hubo evaluadores que vinieran? Acreditadores externos.

Med: No, solamente de la Dirección Estatal de Calidad.

E: ¿Entonces no hay un dictamen no favorable, solamente no hay dictamen?

Med: Así es. Y en su momento se hizo un plan de contingencia porque después nos dijeron “tienes que estar acreditado”, entonces como necesitábamos estarlo nada más se hizo un plan de contingencia refiriendo cuáles habían sido los motivos por lo que no había venido el personal a evaluarnos. [...] EE_U7_MED_12.04.18_GRAL_NA_FR

Estrategias a desarrollar

A continuación, se presentan los testimonios de los distintos actores del establecimiento de atención a la salud no acreditado de Maravatío, Michoacán, en los cuales se refieren las distintas estrategias que están llevando a cabo como parte de su plan de contingencia para enfrentar el nuevo proceso de acreditación. Estas estrategias consisten en: la aplicación por áreas de la nueva cédula 2018 para identificar las necesidades; la actualización de manuales y bitácoras retomando las observaciones del proceso de acreditación previo; la capacitación del personal para que, por ejemplo, conozca los protocolos de seguridad; la realización de mesas de trabajo entre jefes de servicios para coordinar acciones; y, la elaboración y envío de solicitudes a quién corresponde y tiene la posibilidad de enviarlas a instancias mayores hasta que lleguen a los actores que pueden ejecutar acciones y liberar los recursos económicos para solucionar las carencias del establecimiento.

Estrategias [...] es identificar los puntos álgidos, enfocar ahí en las materias, en cada una de las áreas, [...] hacer una previa aplicación de la cédula es lo que estábamos haciendo ahorita, [...] la estamos aplicando por áreas. EG_U12_DIR_11.04.18_GRAL_NA_MR

La cuestión de trabajo duro, como es manuales, actualizarlos, sobre todo, porque muchos ya están hechos o también, agregar lo que nos observaron en las ocasiones anteriores que debe haber, también. ¡ah, aparte que cambió la cédula!, estamos trabajando con una cédula 2018, la estamos conociendo, qué nos agregaron, porque no nos quitaron nada, nos agregaron, entonces estamos conociéndola. EG_U12_GCAL_11.04.18_GRAL_NA_MR

En cuanto al personal supongo que la gestión, [que] se está haciendo [por parte de] el director. Este, en cuanto estrategias, por ejemplo, puede ser justificar “pues no tengo conectado, pero en esta área me cambio para entrar acá; en esta área me quito las botas para poder entrar a quirófano, sin contaminar”. Gestiones que estamos haciendo nosotros como departamento, capacitación, ahora lo que viene mucho son la seguridad del paciente, enfocarnos en manuales, capacitar al personal para que sepan los protocolos que debemos hacer, tener en orden lo que nos toca que son bitácoras, que son acciones de seguridad del paciente, que son carros rojos que sí nos tocan, y hacer mesas de diálogo entre los jefes de servicio para estar como en la misma sintonía, eso es en cuanto al hospital. [...] EG_U12_ENF_11.04.18_GRAL_NA_MR

[...] hacer solicitudes y mandarlas a quien corresponda. [En] mi caso administración y dirección; y ellos tendrán que hacer lo propio con sus jefes superiores para tratar de resarcir esto, qué haya en el nivel estatal, ahí sí, desconozco. Yo las políticas públicas estatales no sé qué gestiones tengan que hacer, qué empresa tengan subrogada o qué empresa tengan para este proceso [...] EG_U12_MED_11.04.18_GRAL_NA_MR

Conclusión del apartado: plan de contingencia

Es difícil hablar de hallazgos significativos respecto al plan de contingencia dado que el tamaño de la muestra de establecimientos de atención a la salud no acreditados es muy pequeña, cinco establecimientos de los cuales uno no tuvo dictamen. Por tanto, siendo rigurosos la muestra de establecimientos no acreditados se reduce a cuatro y de ellos, sólo dos ofrecen testimonios sobre su plan de contingencia.

Pese a ello, se encontró que en los dos establecimientos que sí hicieron plan de contingencia, los actores entrevistados coincidieron en que sus principales necesidades al momento de realizar el plan seguían siendo la falta de personal y la infraestructura inadecuada.

De otro lado, las entrevistas realizadas en el establecimiento de Maravatío, nos permiten comprender hacia dónde están dirigiendo sus acciones con el fin de lograr

la acreditación. Dichas acciones son de dos tipos: a) las que pueden manejar con sus propios recursos, como la aplicación de la nueva cédula, la actualización de manuales y bitácoras, la capacitación del personal y la realización de mesas de trabajo; y, b) otras que implican recursos económicos que no están en sus manos, por lo tanto, se limitan a trámites administrativos como envío de reportes de faltantes y solicitudes dirigidas a diferentes instancias.

v) Acciones y decisiones efectivas

Acciones efectivas, apoyos para una correcta estructura y trabajo de equipo. Los diferentes actores entrevistados, independientemente del tipo de establecimiento de atención a la salud, expresan que las mejores acciones y decisiones tomadas durante el proceso, se relacionaron con la participación del personal. Como muestran los testimonios recogidos a continuación, haber involucrado, organizado y capacitado a todo el personal, desde las áreas administrativas hasta las más operativas, es percibido por los entrevistados como un conjunto de acciones efectivas que favorecieron el proceso de acreditación.

Hay jefas de enfermera que involucran a los chicos, a los jóvenes, entonces [...] les hacemos las preguntas y la jefa de enfermera dice —puede contestar él—, entonces eso es bueno, que los dejen participar, eso habla de que hay buen equipo de trabajo en esa área y que todos tienen el mismo conocimiento y saben qué hacer en el momento, y que sí haya una buena armonía en el equipo de trabajo. Nos ha tocado que la jefa de enfermeras no se lleva con el director. Y es parte del proceso. EVA1_03.04.18_LG

Lo que hizo más eficiente este trabajo fue que se hizo trabajo en equipo para lograrlo, intendentes, enfermeras, médicos, administrativos, todos, creo, que de todas las áreas se lograron juntar en ese trabajo en equipo, que creo que fue lo que fortaleció para poder lograrlo. Porque sin el trabajo en equipo no creo que se hubiera logrado nada, porque ese mismo trabajo en equipo era que alguien de intendencia, un médico, una enfermera cada quien ve las áreas de todos. A lo mejor el médico está mal y él recuerda, o una enfermera “oye no rotulaste este medicamento”. Saber [...] que uno está bien o está mal, eran muchos ojos para el trabajo. Entre más ojos, más manos tenga el hospital, mejor le va a ir. Sin esa visión de todos no hubiera sido posible, porque no lo hace una persona nada más, lo hace todo el hospital, lo hace todo el trabajo en equipo. EF_U9_DIR_04.04.18_GRAL_A_MR

El trabajo en equipo. Ver las cosas no solamente desde un punto de vista administrativo, sino verlas con los ojos de los operativos; **tomar en cuenta las opiniones de todo el mundo** porque las opiniones de todos es lo que hace que las cosas mejoren, no puedes tomar en cuenta sólo la opinión de alguien, eso no

funciona; lo que hace que se generen cambios es el trabajo en equipo. EA_U1_DIR_05.04.18_ESP_A_RG

Pues el hecho de que nos reunían, que nos informaran desde pasillo hasta en el aula lo que se iba a hacer, de las actividades que se iban a retomar para pasar el proceso de acreditación, y no nada más pasarlo, sino que se retomen y se hagan de manera continua porque vienen más procesos. [...] EG_U11_MED_10.04.18_IMSS_A_MR

El crear los equipos, el decir que tienes que hacer una normatividad, el que llenaras bien el expediente clínico, el que estuvieran haciendo encuestas, creo que eso fue bueno para que el personal siguiera trabajando de poner el granito de arena de decir “lo tenemos que hacer” EE_U7_MED_12.04.18_GRAL_NA_FR

E: yo creo que el trabajo de todo el equipo, empezando por área médica, hubo comunicación, esa fue la parte fundamental, tienes que trabajar en esto. [] No te menciono específicamente, porque no recuerdo, pero siempre fue esa parte, o sea, el doctor C, siempre fue todos los que estaban involucrados en eso era “hay que trabajar en esto, hay que poner énfasis en esto, revisión de los procesos”... eso fue lo que favoreció, el trabajo de todo mundo, biomédico aparte de operaciones. EF_U10_ENF_05.04.18_PRIV_A_MR

Así mismo, algunos entrevistados se refirieron al acompañamiento, la motivación y el apoyo económico que se brindó al personal, por parte de las autoridades estatales, como un factor que favoreció el proceso de acreditación, pues se sintieron apoyados y pudieron tomar medidas que tuvieron impacto en los establecimientos.

Aquí no podemos hablar de establecimientos, aquí hablamos de la relación que viene desde la parte jurisdiccional o estatal de calidad. Cuando se dan cuenta que se tiene que apoyar a algún establecimiento pues viene el recurso y sí lo hacen inteligentemente, porque muchos lo hacen de manera que sea duradera, le invierten en infraestructura, le invierten en todo lo demás y lo van llevando de una manera más estable. EVA3_09.04.18_LG

Lo que más nos ayudó fue que estuvo viniendo la dirección estatal de calidad, ellos estuvieron visitándonos continuamente, estuvieron revisando los procesos y dándonos ideas o qué podíamos hacer en cada uno de los procesos a evaluar. Eso fue una fortaleza muy grande y sirvió mucho para que pudiéramos salir adelante en el proceso, porque como son muchas cosas las que evalúan y este hospital no teníamos nada de lo que pedía el proceso y ellos fueron nuestra guía, se pudiera decir, y que siempre estuvieron aquí, no nos soltaron, cuando menos pensamos estaban con nosotros, nos decían: “vamos a venir en tal tiempo para ver cómo van, qué llevan, qué avances” y si venían y nos volvían a revisar. Entonces, yo siento que eso fue una fortaleza que tuvimos y que nos ayudó a mejorar el proceso.

Igual, el trabajo que hizo cada uno de los personajes de cada área, que le comentaba ahorita, que ellos tomaron el proceso como propio. EE_U6_ENF_10.04.18_GRAL_A_FR

Conclusiones del apartado: acciones y decisiones efectivas

El principal acierto reconocido, por diversos actores, como facilitador del proceso de acreditación, estuvo relacionado con el factor humano. Desde los evaluadores hasta el personal más operativo dentro de los establecimientos, se percibe que el trabajo en equipo, la participación y la organización fue lo más importante para que este proceso se lograra de manera efectiva. Por otro lado, algunos actores reconocen que el acompañamiento y apoyo económico recibido por parte de autoridades estatales también fue un elemento a favor de este proceso.

OB4. Percepción de cambios

En esta sección se responde al **Objetivo Específico 4** del componente cualitativo: **Conocer las percepciones de los entrevistados** acerca de posibles cambios derivados del proceso de Acreditación.

Se responde a las preguntas:

- ¿Cuáles son los principales cambios percibidos a partir del proceso de acreditación?
- ¿Cuál es la percepción de los usuarios respecto a la atención que recibe?

Actores

Evaluadores Federales, Directores de Unidades Hospitalarias, Personal Médico, Personal Enfermería, Usuarios

Cambios durante la ejecución de la evaluación

Preparación de establecimientos de atención, sensación de examen y cambios que podrían perderse pasado el tiempo. Los evaluadores expresaron que, durante la visita de ejecución, se encontraron que algunos establecimientos no estaban dando atención o habían reducido su actividad. Esto es percibido como un cambio negativo porque les impide verificar algunos procesos que requieren la observación *in situ*. Esta situación no fue señalada por ningún otro actor al momento de las entrevistas.

*En los hospitales, no creo que puedan cerrar el hospital un día, para no otorgar atención, pero en un centro de salud sí [...]. Sí **hemos visto, llega gente y prácticamente la corren y le dicen, no hoy no, hasta mañana**, y tienen hasta el mismo letrado —hoy no habrá consultas, hasta el día de mañana— y nosotros decimos, pues el hecho de que vamos, no quiere decir que dejen de dar la atención.*

EVA1_03.04.18_LG

*En algunas unidades lo que haces es no dar consulta, o no tener cirugías; o sea, **limitar la atención**; eso nosotros, por ejemplo, en algunos criterios que nos dicen: “**verificar que el paciente está identificado**”, ¿cómo veo si no hay paciente?*

EVA2_03.04.18_LG

Pese a ello, lo cierto es que distintos actores entrevistados, independientemente del tipo de establecimiento, expresan que el personal no funciona del mismo modo

mientras se encuentran presentes los evaluadores externos. Aunque desde su percepción no dejan de prestar los servicios, sí hay tensión en el ambiente, están alerta y nerviosos, por sentirse observados y percibir que si no logran acreditar habrá consecuencias negativas.

Si cambia, a veces desde el estrés que se tiene, porque tienes que tener todo a la mano, [...]. Entonces hay algunos trabajos que sí, de alguna manera, un poquito, se ve afectada la operatividad normal del hospital. EK_U18_DIR_03.04.18_ESP_A_RG

*Casi siempre operamos igual, a lo mejor lo que pueda cambiar, es que **estemos más alertas a que sepamos dónde están los acreditadores**, cómo están, cómo vamos a organizarnos para atenderlos, para tener todo listo, en cuanto a ellos están solicitando, que ya están, pero a lo mejor en algún momento, sobre todo en las primeras (visitas), **¿sí tengo lo necesario? ¿Ya tengo organizado todo?**, en las segundas ya es más fácil, porque ya sabíamos que debíamos tener. EC_U3_ENF_13.04.18_PRIV_A_RG*

*Pues no la verdad porque **estábamos tensos, estábamos pensando que no la íbamos a lograr la acreditación*** [...] *y bueno pues cuando nos invitaron para la acreditación, si pensábamos en eso, [...] ya viendo la cédula de supervisión sabíamos en donde no teníamos ciertas cosas y **sí estábamos muy tensos**. EI_U15_MED_05.04.18_COM_NA_LO*

*No, te digo que **es como ¡pórtate bien porque si no te vamos a nalguear!*** [risa] *A mí me dijeron ayer “**van a venir y vas**” y yo qué voy a decir, **¿digo mentiras?*** [...] *es que si decimos mentiras no sirve de nada, van a pensar que estamos bien. EJ_U17_MED_12.04.18_COM_NA_LO*

La preparación de las unidades poco tiempo antes de la visita de acreditación, es otro de los cambios importantes durante la ejecución percibido tanto por evaluadores federales como por médicos. En los dos últimos testimonios recogidos en este apartado, los médicos de establecimientos no acreditados detallan algunas prácticas que encubren la realidad con el fin de lograr la acreditación.

*Igual en los procesos, nos ha tocado que llegas y huele a pintura nueva, o las mismas personas te dicen –qué bueno que vinieron porque ya nos pintaron el centro de salud, o porque ya tenemos esto, o tenemos aquello– entonces dices, “no tendrías que esperar a que nosotros vengamos” [...] Entonces **nos ha tocado, que sí se ve cuando preparan una unidad**, que eso es lo que no me gusta, porque dices “**híjole, se ve que dos semanas antes se pusieron a rellenar expedientes...**” y sí me ha tocado así [...]. Y de repente, entre ellos mismos [señalan la preparación del establecimiento], **una vez una chica me dijo “hemos tenido mucho trabajo y estas dos***

últimas semanas hemos estado muy cargados de trabajo”. Pero pues su registro es de julio, y yo había ido en septiembre, y ya nada más se quedó así... [refiriéndose a que llenaron expedientes fuera de tiempo para cumplir con los requisitos de la acreditación]. Creen que uno no se da cuenta, pero el beneficio o maleficio es para ellos. EVA1_03.04.18_LG

Desafortunadamente, muchas instituciones o en este caso responsables del área de acreditación en sus estados la ven como un evento. Entonces **se preparan para un examen, hacen lo necesario para un examen[...] lo hacen para pasar y no importa lo que tengan que hacer para pasar**. Y nosotros, limitados con todo nuestro proceso que **no podemos ir más allá o exigir cosas[...] a veces podemos detectar algunas cosas que están montadas y nos quedamos con la idea y a veces con la certeza que, terminando ese proceso, a lo mejor no va a ver el mismo flujo de dinero, el mismo flujo de medicamento**, es un poco de insumos, entonces, pues [...]. EVA3_09.04.18_LG

Haz de cuenta que vinieron a hacer lo de acreditación o certificación es igual porque en realidad no pasamos por esa situación porque según esto, **saben que va a venir alguien y ponen a funcionar esto. A pintar allá, a poner a funcionar el clima y ya. ¡Wow! dos días y ya lo quitan [risa] Si me entiendes**. Entonces ciertas cosas que hasta uno mismo oye y se ríe. Van a venir a [hacer] supervisión, no sabemos de qué, pero va a venir supervisión. ¿Sí viste que el carrito rojo esté completo? ¡¡No!! El carrito rojo tiene que estar siempre cubierto porque no sabemos qué puede pasar. A veces no tenemos ni soluciones para poner una venoclisis[...], a veces no tenemos yelco o sea el que se mete a la vena. Todo eso había que mandar al paciente a comprar, el paciente se molestó mucho por esa situación, pero ¿qué hacíamos? Teníamos que hacerlo de alguna manera y no había farmacia, no había insumos, no había nada. **Entonces pues yo tomaba las cosas del carrito rojo porque pues el paciente es lo primero y pues el carrito rojo, luego lo acomodas y le pones lo que haga falta. Pero ¡no porque sí hay supervisión! Pero el paciente se te va a morir ahorita [risa] o sea, una por otra no.**

Cositas así, quitan cositas de acá para poner, pero es un hecho nos hace falta muchas cosas. EJ_U17_MED_12.04.18_GRAL_NA_LO

Eso era lo más triste ¿no?, como **maquillar el hospital para hacer ese proceso de acreditación y era una molestia de muchos de mis compañeros**, yo creo que fue una de las actividades más grandes y mucho personal en la (no se entiende) de mostrar apatía ¿no?, “a mí no me interesa la acreditación porque no me dan nada para acreditar y sí me exigen que tengamos que acreditar”. Como que ese era el malestar de algunos, no de todos, no de todos, porque mucha gente ponía mucho de sí para tratar de sacar al momento, como digo no todo depende de uno.

Por ejemplo, no tenemos una plantilla completa de personal especialista, entonces, la población se da cuenta y eso no lo podemos maquillar en una acredita-

ción. No podemos traer un especialista y decir quédate aquí mientras pasa la acreditación, ni sería justo tampoco. Porque entonces nos estamos mintiendo. EG_U12_MED_11.04.2018_GRAL_NA_MR

Independientemente del tipo de establecimiento de atención a la salud, distintos informantes perciben que durante el proceso de acreditación hay mayor cuidado en la realización de procedimientos, porque se sienten observados. Para algunos, esta sobre atención les permite romper con la rutina y darse cuenta de cómo hacen las cosas, lo cual les ayuda a mejorar sus prácticas. Otros entrevistados perciben que esto cambia una vez terminado el proceso de acreditación, pues el personal se relaja y regresa a sus formas cotidianas de conducirse.

Sí siento que hubo diferencias. La gente trabajaba más para el proceso, que a lo mejor se mantuvieron después de, pero a lo mejor ese extra que estaban dando para el proceso ya no lo siguen dando. Lo normal, se dio ese extra, trabajaban dos, tres horas fuera de su turno para un momento, pero a lo mejor ya no dan. Pero estoy de acuerdo, no les voy a estar diciendo a todo el personal que de su extra. Ellos lo hacen por el amor al hospital y se agradece esa parte. EF_U9_DIR_04.04.18_GRAL_A_MR

[...] al tener conocimiento de lo que se debe y no tener, de las conductas que se deben seguir, con la finalidad de brindar esa calidad y seguridad, esa es la finalidad; fue ponerse las pilas. Y bien dicen, no es tanto llegar a la cima sino mantenerse, a como estamos ahorita, sí hay muchísima mejoría, pero creo que nos debemos estar capacitando, recordando el por qué quisimos un proceso de acreditación, mantenerlo y eso es mucho más difícil. ED_U5_MED_03.04.18_IMSS_A_FR

No, mentiría si dijera... no porque estamos más observados y nosotros mismos, como le decía hace rato, cuando sentimos que nos van a calificar nos aplicamos bien. Por eso considero que sí es correcto la acreditación porque siempre deberíamos dar de más, de aplicarnos más y de hacer las cosas correctas.

Y cuando se sabe que va a haber una acreditación pues trabajamos más, a lo mejor no ponemos la misma atención o hacemos las cosas, como por costumbre. Y en cambio cuando hay una acreditación sales de esa costumbre. Debo poner en práctica, aplicar la guía, tratamos de mejorar las cosas que debía de ser siempre, entonces yo creo que el hospital no cambia igual ni en el durante, ni en el pre que cuando no. EG_U12_MED_11.04.18_GRAL_NA_MR

Cambios derivados de la acreditación

Logros derivados de la acreditación reconocidos por los prestadores difíciles de mantener en el tiempo sin recursos. Tanto en establecimientos acreditados como no

acreditados, distintos informantes expresan que los principales cambios concretos y positivos observados después de la acreditación tienen que ver con: la capacitación del personal, la actualización de procedimientos de acuerdo a estándares internacionales, mejoras en infraestructura, adquisición de equipos y medicamento y un notable mejoramiento en la atención a los pacientes que, desde el punto de vista de los médicos, se ha vuelto más ágil y con mayor calidad.

La aplicación de las metas internacionales. La aplicación de las seis metas hemos visto que ha tenido un cambio muy importante, ***tenemos muchas menos caídas de pacientes, hemos tenido cero equivocaciones en cirugía*** siguiendo todo el proceso; nuestras infecciones nosocomiales si bien pudiéramos decir que estamos dentro del rango quizá han aumentado, pero no por falta de las acciones, sino porque ahora las buscamos más concienzudamente; la identificación de los medicamentos de alto riesgo y su aplicación ***no hemos tenido algún evento adverso o falla*** o algo que nos ponga en riesgo al paciente por ese motivo; la identificación del paciente [...] que tiene una identidad, nosotros utilizamos tres parámetros en ese proceso de identificación: nombre completo del paciente, fecha de nacimiento y su lugar de procedencia y esos tres parámetros siempre los verificamos todos, entonces al paciente le damos una identidad ahora. La comunicación entre el personal médico y personal de salud en general se fortaleció. ***Las seis metas han sido muy provechosas para la calidad y seguridad del paciente en atención.*** EG_U11_DIR_10.04.18_IMSS_A_MR

Principalmente creo que la gente ya comprendió muchas cosas que se tienen que hacer en forma reglamentaria[...]. Ya nos especificaron cómo hacer canalizaciones, soluciones, llevar lo de los medicamentos; entonces la gente ya sabe que si va a aplicar un medicamento debe ser el paciente correcto, el medicamento correcto, la vía correcta, la infusión correcta y la dosis correcta. ***Están más informados, llevan las cosas con más calidad***[...]. EI_U14_MED_03.04.18_COM_A_LO

La remodelación de infraestructura, cosas de mobiliario y equipo que, por ejemplo, nos llegaron monitores, nos llegaron carros rojos que no estaban, el surtimiento de los carros rojos porque igualmente viene en la cédula lo que tienes que tener. ***Entonces en el surtimiento de medicamentos de los carros rojos, en el surtimiento de los medicamentos también en las farmacias, en laboratorio que hubiera más reactivos también, porque a veces sabes que te faltan, pero no le ponen tanta atención. Y pienso que eso es lo que más impacta en la gente, porque tú le puedes dar un buen trato, pero si la gente viene para que lo cheques, lo atiendas y no le das su medicina, a ellos repercute en eso “sí me trataste bien, pero yo vengo a curarme con [...]”.*** EE_U7_MED_12.04.18_GRAL_NA_FR

En los testimonios recogidos a continuación, actores entrevistados con distintos roles e independientemente del tipo de establecimiento de atención a la salud, expre-

san como una barrera que los cambios logrados con el proceso de acreditación no se sostienen a lo largo del tiempo por falta de recursos. Lo que observan los entrevistados es que se reduce el presupuesto, no se le da mantenimiento a la infraestructura y, además, disminuye el abastecimiento de insumos y medicamentos.

*Actualmente no. Actualmente, desafortunadamente, pudiera ser por los cambios de autoridad, gubernamentales. **Nos ha faltado presupuesto**, porque el personal sigue llevando a cabo los procesos como están constituidos los procesos. Se siguen llevando a cabo, pero, por ejemplo, **si hace falta medicamentos o insumos de limpieza, o si hace falta presupuesto para tener materiales, anestésicos, medicamentos, pues los procesos se ven afectados, entonces ahí es cuando fallan los procesos.** Pero el personal está y está en capacitación continua para llevar a cabo los procesos. Yo le echo la culpa a ese cambio de gobierno, que el presupuesto en lugar de aumentar nos ha disminuido, **siendo que uno de los beneficios de esta acreditación de CAUSES es que se nos iba a incrementar el presupuesto de la unidad y no fue así** por situaciones de este tipo. EE_U6_GCAL_10.04.18_GRAL_A_FR*

*[...] en el proceso de acreditación estás, como debe de ser, revisando, evaluando, checando, es así, entonces te llegan cosas nuevas, las acomodas y trabajas; se va la acreditación o pasas el proceso de acreditación y a nivel, no sé si federal o estatal, ya no es la misma inyección de recurso que te están brindando. Hablando por ejemplo de acreditación o bueno, hay diferentes programas que lleva el Seguro Popular, como gastos catastróficos, Seguro Médico S. XXI y son muy específicos ese tipo de programas, donde le debes de brindar a los pacientes lo que debe de ser, sin embargo pues **a veces no tienes el recurso en la unidad, a nivel federal dice que sí llegó, pero en la unidad no llega mucho de ese recurso**, y es triste porque hablar de recursos, y no quiero que sea reiterativo, pero sí repercute mucho en tu unidad. EE_U7_MED_12.04.18_GRAL_NA_FR*

*Como debilidades, **que mucha infraestructura ya volvió a estar mal. No ha habido el seguimiento y el mantenimiento**, [...] debilidad de que **lo que tuvimos se fue decayendo** y mantenimiento ya no le ha dado continuidad. Yo desconozco si esa parte es por mantenimiento o por falta de recursos, pero no me meto eso, pero esa es una debilidad, que lamentablemente aquí en nuestro Hospital se ha identificado dos, tres cosas que uno al pasar por sus servicios identifica. EF_U9_MED_04.04.18_GRAL_A_MR*

Cambios percibidos por usuarios

Sin cambios percibidos por usuarios derivados de la acreditación. La percepción de cambios tiene que ver con eventos significativos para cada individuo y relacionados de forma más directa a su diagnóstico que al tipo de atención recibido. Para los pacientes entrevistados de enfermedades crónicas, lo significativo viene de la mano de sus expectativas de atención.

En ese sentido, el hecho de recibir atención se califica como bueno a pesar de que a veces falte medicamento o insumos. Ello ocasiona que no haya puntos de comparación para hablar de cambios, sobre todo cambios que los pacientes puedan reconocer como derivados del proceso de acreditación que no aparece en sus discursos, por sí mismo, como un acto significativo para ellos como pacientes. De este modo, con las entrevistas a usuarios tanto en establecimientos acreditados como no acreditados, el único cambio significativo percibido se relaciona con la falta de medicamento que antes sí recibían y contrario a lo esperado con la acreditación, se declara faltante en la actualidad.

... fue un poco, como un año, creo que sí estuvo dando para ese medicamento, pero ya después se fue quitando, se fue quitando hasta hoy.

EI_U14_USU_04.03.18_COM_A_LO

Pues mire, a veces no hay cosas aquí en el hospital, pero es entendible que se acaben las cosas. [...] A veces se acaban las jeringas o tenemos que comprar cosas o algún medicamento. EF_U9_USU_04.04.18_GRAL_A_MR

... antes estaba más continua la medicina, o sea, venía uno y una medicina nada más le faltaba, pero ahorita no, [ahora] todas, la principal del asma y de la presión. EJ_U17_USU_12.04.18_GRAL_NA_LO

Qué tan satisfecha... pues buena, salvo a... que serán unos seis meses no había medicamento completo[...] tuve que comprarlo. EB_U2_USU_10.04.18_ESP_NA_RG

La mayoría de usuarios entrevistados, independientemente del tipo de establecimiento de atención a la salud, no percibe cambios en la atención recibida derivados de la acreditación.

... desde que vine la primera vez, la sigo viendo igual. En la forma en que hay especialistas, muchos doctores buenos, buenos en la forma en que te dan una en su especialidad, te dan para diferentes cosas, asma, de la clínica de inmunodeficiencia, para obesidad, para nutrición. EK_U18_USU_03.04.18_ESP_A_RG

... fue igual, pues porque había gente, pero hay que esperar, pero le digo también el doctor que me atendió la otra vez y también me atendió bien y ahora también. No hay mucha diferencia. EG_U12_USU_11.04.18_GRAL_A_MR

Para mí no [hay cambios], siempre recibo la atención. Siempre me han atendido, pues como es. Me han dado la medicina, nunca me han dicho que no. ED_U5_USU_03.04.18_IMSS_A_FR

No. Es el mismo trato todo... voy a emergencias subo aquí o x cosas que necesita de este servicio. Muy bien, bien atendido. El único problema es que la medicina estamos batallando en general. [...] EE_U6_USU_10.04.18_GRAL_A_FR

Como caso excepcional, las usuarias entrevistadas del IMSS-PROSPERA de Paracho, Michoacán, perciben que ha habido cambios en la reducción de los tiempos de espera, en la infraestructura y en que el lugar se ve más cuidado y más limpio.

... antes sí se esperaba uno más tiempo. Sí porque no le daban ni horario, nada más le daban la cita y a veces llegaba uno más temprano y llegaban unos más tarde y decían: vamos a pasar a éstos primero y uno decía: ¿Cómo, si yo estoy aquí primero y cómo vas a pasar primero al que acaba de llegar? [...] ya no ahorita.

[También mejoró] en la pintura, en los baños, en los cajeros también, en las rampas, porque antes no había rampas, en los barandales. Todo lo de afuera de aquel lado ya hay división, antes no había división y barandal tampoco.
EG_U11_USU_10.04.18_IMSS_A_MR

... antes se veía muy descuidado [...] muy sucio, los baños también pero ahorita se ve ya más o menos bien. EG_U11_USU_10.04.18_IMSS_A_MR

Conclusiones apartado cambios percibidos

Hasta aquí es posible plantear, a partir de los testimonios recogidos en este y en apartados anteriores de este informe, que el proceso de acreditación ha estado acompañado de una serie de prácticas que parecerían dar respuesta inmediata a lo que es percibido como un objetivo importante para los establecimientos: lograr la acreditación. Como vimos, algunos evaluadores percibieron lo que llamaron un “maquillaje” o “preparación” de las unidades poco tiempo antes de la visita. Esta apreciación coincide con lo expresado por varios médicos que hablaron de la misma práctica en los establecimientos durante el proceso de acreditación. Dichas prácticas consistirían, por ejemplo, en reparaciones de último momento, expedientes hechos al vapor, préstamo de equipos, entre otros, que se realizan para aparentar que se cumple con los requisitos de la cédula, aunque no se apegue a la realidad cotidiana de los establecimientos, ni sea sostenible en el largo plazo.

Algunos datos parecerían indicar que existe la posibilidad de que el proceso de acreditación esté siendo desvirtuado por situaciones en las que muchos de los actores están involucrados al ser parte de mecanismos de simulación. Pues, por un lado, los evaluadores se dan cuenta de que a veces los criterios se cumplen sólo en apariencia, pero no encuentran ningún mecanismo para señalar tal situación y, por el otro, el personal involucrado en lo que parecería ser la preparación ficticia de unidades sabe que lo que muestran no es la realidad del establecimiento, pero lo hacen por la creencia generalizada de que acreditarse garantizará un flujo creciente de recursos económicos que se sostendrá durante el tiempo.

Por otro lado, a partir de los cambios percibidos por distintos actores tanto en establecimientos públicos acreditados como no acreditados, es posible plantear que el

impacto positivo del proceso de acreditación es percibido por los informantes en dos dimensiones. La primera se relaciona con el factor humano. Gracias a la capacitación del personal, se han actualizado procedimientos de acuerdo a estándares internacionales y se ha brindado información sobre normatividad y la atención a los pacientes se ha hecho más ágil y con mayor calidad. La segunda dimensión tiene que ver con los recursos materiales, los cambios percibidos se relacionan con ampliaciones y correcciones en la infraestructura, adquisición de equipo y surtido de medicamento e insumos. Sin embargo, con base en los testimonios recogidos, pareciera que los cambios logrados con el proceso de acreditación no se sostienen a largo plazo por falta de recursos. Los entrevistados observan una reducción del presupuesto, falta de mantenimiento a la infraestructura y, además, disminución del abasto de insumos y medicamentos. Por tanto, se podría plantear que, respecto a la segunda dimensión señalada, el monto de recursos económicos más que sostenerse se percibe menguado en los últimos años.

OB5. Recomendaciones

Conocer, desde la experiencia del entrevistado, las sugerencias y recomendaciones para la mejora del proceso.

Se responde a la pregunta:

- ¿Cuáles aspectos son considerados las principales fortalezas y limitantes del proceso?
- ¿Cuáles son las sugerencias y recomendaciones de los entrevistados para mejorar el proceso de acreditación?

Actores

Actores federales, actores estatales, personal de dirección y servicios de unidades hospitalarias

Principales fortalezas y limitantes del proceso

Homologación de criterios percibida como aspecto central del proceso con aristas positivas y negativas; y escasez de recursos como una de las grandes debilidades de la acreditación. Entre los directores de establecimientos de atención a la salud, hubo coincidencia en que una fortaleza del proceso de acreditación es la homogeneización de los procesos, para que a través de las cédulas se logre estandarizar los mínimos que un establecimiento debe tener para funcionar adecuadamente. Para estos informantes, ser un establecimiento acreditado garantiza que tienen las bases mínimas para cubrir criterios de calidad, capacidad y seguridad.

Comenzamos a trabajar bajo una metodología y que sabemos que lo que estoy haciendo lo está haciendo mi compañero en el norte, sur o sureste, que estamos trabajando en el mismo sentido y estamos evaluando. Creo que eso es algo muy positivo, ver que tenemos que seguir trabajando para conservar una denominación de hospital acreditado y no es solamente eso, sino ver todo el beneficio que trajo el proceso de la acreditación. Es indudable que ***el paciente está más seguro, que tienen más calidad y tiene más oportunidad.*** Creo que eso es algo muy positivo que trajo la acreditación y que ojalá todos siguiéramos trabajando en permanecer de esa manera y en seguir teniendo los resultados con los procesos. EG_U11_DIR_10.04.18_IMSS_A_MR

*Como fortalezas en las acreditaciones, establecer un mínimo indispensable para atender al paciente. No hay recurso para atender al paciente y el paciente se tiene que ir a otro lado para garantizar la seguridad y la calidad de la atención. **Me parece que eso es la fortaleza que te da, evita que se puedan realizar intervenciones médicas, cuando no hay un mínimo indispensable.** Las acreditaciones son la base donde puedes atender un paciente. Y si no hay la base, no lo puedes atender.* EC_U3_DIR_13.04.18_PRIV_A_RG

La fortaleza es que se ponen criterios ya probados que funcionan, que son homogéneos, que están respaldados por evidencias. El mismo criterio que se exigen en este hospital integral y que se exige prácticamente en todos los hospitales del mundo. Para mí, esa es la fortaleza. Homogeneiza la calidad del servicio y fija los indicadores que tenemos que observar y que tenemos que cumplir. ED_U4_DIR_05.04.18_GRAL_A_FR

La falta de recursos económicos es percibida como una barrera de manera recurrente entre distintos actores, independientemente del tipo de establecimiento de atención a la salud público. Los testimonios recogidos en este apartado, muestran que, desde el punto de vista de los entrevistados, la mala planeación financiera se percibe como una limitante para que lo logrado durante el proceso de acreditación se sostenga a lo largo del tiempo.

*...desventaja, ahorita yo no sé si sea real o no real, el que **vivimos un proceso de acreditación, tuvimos la acreditación de la unidad, pero no tenemos ningún recurso**, entonces eso sí es una debilidad muy grande y me imagino que al momento en el que ustedes apliquen la encuesta, el personal es lo primero que van a decir: “es que no nos sirvió de nada acreditar, no nos sirvió”, es la mentalidad que todo mundo tiene. Yo tengo la mentalidad de que bueno me sirvió porque maduré procesos y nos sirvió porque estamos trabajando con normativa si se ve de la manera directiva, pero si te vas a lo operativo, estamos mal. Entonces, más no sé si sea por la falta de recursos, ¿qué es lo que está pasando?, **todos tenemos la idea de que vamos a recibir el 100% del presupuesto porque ya estábamos acreditados, pero pues no. Entonces, ahora en lugar de estar mejor, porque estamos acreditados, estamos mal, no tenemos el recurso para trabajar, no tenemos los insumos.*** EE_U6_ENF_10.04.18_GRAL_A_FR

El problema real es la barrera financiera, ese es el problema real que tenemos. No fluyen los recursos en forma[...] Pero dentro del proyecto de planeación, estrategia, del proyecto, valga la redundancia, tenía que pensar en eso: con qué lo vamos a sustentar, con qué lo vamos a equipar, con qué gente va a estar ahí trabajando. Pero, eso lo sabemos desde hace mucho y lo sabemos actualmente, los clásicos elefantes blancos. Los mandan a equipar siempre y cuando salgan bonitos en la foto, entonces, no estuvo bien planeado. EE_U6_DIR_10.04.18_Gral_A_FR

Las cédulas son un elemento central del proceso de acreditación y generan opiniones encontradas pues, en su intento de homologar criterios, pareciera que no logran captar la diversidad de los establecimientos de atención a la salud. Las cédulas son percibidas como una herramienta importante para uniformar criterios de calidad pero, al mismo tiempo, como un elemento restrictivo cuya rigidez obliga a que, en el momento de la acreditación, tenga que entrar en juego el criterio de los evaluadores, lo que también genera dificultades porque podría restar objetividad al proceso.

La debilidad sería que en ocasiones hay rubros que no aplican como hospital de alta especialidad pediátrica y creo que también en ese punto es la debilidad; no están tan involucrados porque finalmente no tienen las especialidades [los evaluadores], ni es su obligación ser especialistas en esta área, pero sí es su debilidad no conocer a profundidad la atención de estos padecimientos. EA_U1_MED_05.04.18_ESP_A_RG

Nosotros nos hemos fijado que la mayoría de las cédulas están hechas por hospitales públicos. [...] Por ejemplo, los hospitales privados... generalmente tienen un área de relaciones públicas y en el hospital público tienen una trabajadora social. Entonces hay una serie de cosas que piden a las trabajadoras sociales. Luego nos dicen “cómo que no hay trabajadora”. Les decimos no, los asuntos los arreglamos de acuerdo a la supervisora de enfermería y relaciones públicas. Entonces como que el dar determinadas opciones que pueden cumplir algunas personas acreditadoras no les parece. EF_U10_MED_05.04.20.18_PRIV_A_MR

Creo que nada más sería cuestión de actualizar la cédula al nivel de hospital, porque hay ciertas cosas que se manejan en Secretaría de Salud que no manejamos en PROSPERA. Homologar para PROSPERA o para la Secretaría, que hicieran una cédula en base a nuestra normativa de PROSPERA. Ese fue uno de los conflictos que teníamos, porque había [cosas] del CAUSES que nosotros no manejábamos. A nosotros nos rigen unas reglas de operación que salen cada año, que ahorita ya está incluido CAUSES, pero con ciertas limitantes para este hospital que no tiene toda la estructura de atención. EG_U11_GC_10.04.18_IMSS_A_MR

Por otro lado, los médicos parecieran percibir como una limitación del proceso que, por la extensión de la cédula, se vuelve una situación tediosa, que exige demasiado tiempo de los directivos y de los encargados de área.

Pues no sé, a lo mejor los tiempos en cuanto el proceso propio de la acreditación, yo pienso que a veces tienen demasiado tiempo en la supervisión de un área y el traslado a otra área... Todo se toma su tiempo. Pero en lo que superviso un área y me dirijo a otra área, se pierde mucho tiempo. Entonces, eso alarga mucho el proceso y mucho personal se cansa, o sea, estás en tu área, en tu horario laboral, y todavía te quedas otro turno y es muy cansado. Y, sobre todo, no todos son de aquí, eso ya

sería que fuera un poco más ágil, con la reserva que se hagan las cosas bien, tampoco es que vámonos rápido porque el doctor dijo [...] EG_U12_MED_11.04.2018_GRAL_NA_MR

*[...] algunas **son muy extensas**, se supone que deberían ser cortas o durante varios días, porque **sí son muy agotadoras**, y llega el momento, incluso los médicos, que participan en ellas, ya están cansados y ni siquiera encuentran las cosas, donde están, ya cuando pasan —pues sí ahí estaban— sí, pero —en ese momento, ya no me di cuenta— por el tiempo, ya era muy tarde.* EK_U18_MED_03.04.18_ESP_A_RG

Siento que para mí son tantas cosas en la cédula, tal vez no en miras de quitar aspectos operativos, pero tal vez la cédula si la resumieran un poco más. Irse a procesos más específicos de calidad y calidez para que la gente se fuera más satisfecha, porque a fin de cuentas este trabajo es para la gente. EG_U11_MED_10.04.18_IMSS_A_MR

Recomendaciones: estrategias para el mejoramiento y sostenibilidad del proceso

Mayor información, esclarecimiento de funciones, vinculación, seguimiento, actualización y aclaración del acceso y uso de recursos como los principales aspectos en los que hay que trabajar para mejorar el proceso y sostenerlo. Las estrategias que actores federales y estatales proponen para mejorar el proceso de acreditación son diversas y corresponden a su campo de acción dentro del proceso. De forma general, éstas se refieren a: 1) una mayor claridad de las funciones entre REC y REPSS, 2) información sobre las fuentes de financiamiento al que pueden acceder los Responsables Estatales de Calidad para ir mejorando los establecimientos de salud de forma paulatina, 3) fortalecimiento de las áreas de calidad estatales, 4) mejora de los establecimientos existentes antes de construir nuevos, 5) articulación de los procesos de licenciamiento, acreditación y certificación de una manera escalonada que incentive una dinámica de mejora al interior de los establecimientos de salud y 6) realización de una planeación conjunta del programa de infraestructura con la planeación del gasto de los recursos del Seguro Popular.

*Yo considero que conjuntamente con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud debe haber un claro entendimiento de cuáles son las limitaciones en las atribuciones de uno u otro, ya sea el que propone la acreditación o el que financia la operación. En ambos hay intereses, uno por sostener una red que le dé calidad a sus beneficiarios, pero la otra situación es en el hecho de que realmente se pueda tener mayor claridad en esa situación. **Hasta el momento el manual de acreditación no establece las atribuciones de otras áreas**, sólo las de lo que es*

el proceso. Pero cuando recibes un dictamen no favorable las implicaciones financieras o lo que conllevan yo creo que ahí sí tendríamos que llevar un documento o hacer algo en particular y determinar cuáles son las acciones de una y otra área.

EI_REC_02.04.18_LO

Que nos den a conocer los mecanismos que tenemos al alcance, para no tener que esperarnos a que venga la reacreditación para gestionar algún tipo de financiamiento, para mejorar el establecimiento. **EB_REC_06.04.18_RGC**

Creo que en los estados las áreas de calidad deberían estar mucho más fortalecidas. Por ejemplo, si comparamos lo que tiene su dirección de calidad con lo que tenemos nosotros en Seguro Popular, nosotros estamos muchos más fortalecidos que ellos y ellos son el área de calidad, entonces creo que las áreas de calidad en los estados deberían estar mucho más fortalecidas en cuanto a personal y capacidad. **EJ_REPSS_10.04.18_LO**

*Primero yo creo que los estados tendrán que seguir revisando y mejorando esta política que tienen de “es mejor mantener los establecimientos a crear nuevos establecimientos”. Yo creo que eso es lo que falta por hacer si ellos voltean y ven cuántos establecimientos cuentan se van a dar cuenta que **no necesitan más, lo que necesitan es que funcionen mejor y que funcionen todo el tiempo.*** **AF2_09.04.18_LG**

Yo creo que debemos vincular la acreditación con el proceso de certificación del Consejo de Salubridad General para poder ofrecer un sólo producto que sea escalonado, que genere este impulso a la mejora; empezando por la regulación elemental por medio de una licencia. Muy importante vincular el proceso de acreditación al proceso regulatorio de licenciamiento de establecimientos que actualmente no está al 100%, tenemos muchos establecimientos que no cuentan con una licencia sanitaria. **AF3_09.04.18_LG**

Yo creo que dos estrategias pilares son: mantener este tema en la reacreditación, pero dando un tiempo razonable para resolverlo. O sea, todos estaban conscientes de lo que había, pero no en los últimos 10 meses de sexenio ni estatal ni federal. Dejar un plan maestro de infraestructura con las prioridades de la reacreditación, no las necesidades de los estados, no los caprichos políticos. **EK_REPSS_02.04.18_RG**

Cómo estrategias para lograr sostenibilidad de la calidad, entre los diversos actores entrevistados es recurrente la percepción de que debe haber una supervisión constante, un acompañamiento regular que permita a los hospitales sentirse tomados en cuenta y los motive a mantener ciertos estándares. Respecto a quién debiera encargarse de dicha supervisión hay distintas opiniones. Algunos de los informantes consideran que debería realizarse por parte de instancias mayores que tienen capacidad de decisión (nivel federal y estatal); otros proponen una vigilancia constante organizada desde el interior de los mismos establecimientos.

Creo que debería de llevarse a cabo visitas de seguimiento, no tener que esperar un proceso de reacreditación para que las áreas de oportunidad que se hayan detectado atenderlas hasta ese momento porque sé que voy a ser sujeto a reacreditación. Quizá valdría la pena que estando la acreditación vigente se hicieran visitas de seguimiento para garantizar que los procesos se sigan llevando de manera adecuada, porque generalmente todo se hace de manera muy normativa cuando se tiene la visita de acreditación. EG_REPSS_09.04.18_MR

Lo que nos sirvió[...] año con año acreditar nuevas cosas. Eso te mantiene activo, te mantiene vigente, te van a seguir revisando limpieza, expedientes, infraestructura. Eso nos sirvió mucho ¿y, ahora qué va a pasar? Ésas las acreditamos en el 2014, en el 2019 las tenemos que reacreditar. Entonces en automático el próximo año tenemos que seguir la misma rutina de revisar bitácoras, revisar nóminas, revisar abasto de medicamentos, revisar que la infraestructura esté adecuada, revisar que el equipo sirva [...] eso nos va a mantener vigente. EK_REPSS_02.04.18_RG

Yo creo que la vigilancia porque interés existe y la necesidad también existe. **El tema es que los estados de repente nos relajamos si no viene(n) a supervisarnos.** Como otros programas, por ejemplo, los programas de Salud Pública tienen recursos de manera anual para ejercerlos en cuestiones específicas, tienen una plataforma que está vigilando por qué se compra, hacía qué unidades va y vienen a supervisarlo. Pero **esto requiere de un mayor compromiso administrativo.** EF_REC_02.04.18_MR

Eso es seguimiento. Nosotros, por ejemplo, con la plataforma que estamos haciendo con todo lo que es primer nivel –sin contar caravanas, puros centros de salud–, lo que queremos hacer precisamente es eso, darle seguimiento; como ya todo lo vamos a tener en electrónico, todas las áreas van a poder saber qué le hace falta a esa unidad. EJ_REC_09.04.18_LO

Creo yo que hay algunos hospitales que saquemos una puntuación límite, **desconocemos cuál fue el proceso de calificación. Yo regresaría a los hospitales para ver que se siguiera haciendo el proceso, y no dejarlo en el olvido como un simple trámite** en el cual tenemos un nombramiento como hospital acreditado, sino **verificar que efectivamente se estuvieran teniendo todos los procesos que nos permiten tener un hospital acreditado**, que para nosotros es más trabajo, pero créame que el beneficio para el paciente se multiplica. EG_U11_DIR_10.04.20_IMSS_A_MR

Primero seguir trabajando en equipo, estimularla y decir que ya acreditamos que eso no termina ahí, que **hay que seguir capacitándonos para mejorar, seguir haciendo capacitaciones para que no se olvide lo que ya hacemos**, seguir trabajando en equipo, hacer supervisiones de lo que hacemos y para eso tenemos encargados de cada área que su trabajo aparte de administrativo y de repente hasta de operativo es supervisar que las cosas se den o que si necesita algún insumo

se pueda hacer el trámite para conseguir eso que se necesita. Entonces trabajo en equipo y seguimos capacitando para que las cosas sigan funcionando. EA_U1_DIR_05.04.18_ESP_A_RG

*Pues **hacer evaluaciones, ¿no? autoevaluaciones pero y recorridos continuos, pero sin avisar**, los hacen aquí en otros[...] en Europa es muy usado. Hacen una cédula de evaluación para mantener sus estándares de calidad y que se hacen, cómo se llama ese proceso, en donde la gente no se da cuenta. Hay una persona que no siempre es la misma, pasa a verificar las áreas, y eso arroja unos indicadores que se van imprimiendo y son áreas de oportunidad en donde puedes mantener esos estándares de calidad. Pero eso para mí es algo interno, puesto que la dirección de calidad no se daría abasto para todas las unidades.* EK_U18_MED_03.04.18_ESP_A_RG

*[...] la primera es **que sí se hagan supervisiones más frecuentes, de los mismos acreditadores**. Que sí se tenga una supervisión de que sí se están haciendo las cosas. Y si ya llegamos a un punto en el que ya no podemos subir más, la cédula se está quedando corta que se empiece a medir, que contemos con el recurso, sino que se empiece a medir la atención a los pacientes.* [...] EC_U3_MED_13.04.18_PRIV_A_RG

Otra estrategia expresada por distintos actores se relaciona con la cuestión financiera. Desde su percepción, no es posible exigirles a los establecimientos de atención a la salud que se reacrediten si no se les inyecta el recurso necesario para salarios, infraestructura, equipo, insumos y medicamentos. La falta de un financiamiento adecuado es percibida como una barrera importante para sostener la calidad una vez pasado el proceso de acreditación. Por lo tanto, la estrategia propuesta por los distintos entrevistados, es que se atienda este aspecto.

Es el financiamiento que se requiere para mantenerlo.** Te voy a poner un ejemplo, sabemos que la vida media del equipo es de 10 años. Gestionar ese equipo, para cuando su vida media ha concluido. Gestionando este financiamiento porque **no es coherente que yo quiera venir a re acreditar un establecimiento, que está operando desde el año 2008, por ejemplo, que tiene los equipos que se adquirieron desde ese año, y que ahorita yo le quiera venir a exigir que cumpla con esos requisitos con los que se acreditó, y que a duras penas se acreditó y que yo venga a exigir que los tenga, y que de ninguna manera se le inyecta ese financiamiento. EB_REC_06.04.18_RG

*En mi opinión, el núcleo debería ser el factor humano... en este caso además del paciente, la familia, de la comunidad, de la contraparte, del personal médico, de la enfermería, y administrativo y todo lo que tiene que ver con eso, tenemos pacientes y enfermeras mal pagados, entonces estamos bailando con una coja, **el paciente solo no se puede curar, requerimos un médico, una enfermera, está la***

*trabajadora social, de la nutrióloga, y me creo que el modelo de atención integral, está olvidando al factor humano. No podemos tener médicos eventuales, que ganen \$3,000 pesos a la quincena y que tengan la responsabilidad de atender un paciente para que recupere la vida y muchas veces salvarle la vida. Aunque suene pedante, verdad. Entonces **creo que la acreditación debería atender el factor humano, que no sea sólo el paciente.** A ver, si no me corren por esto, verdad.*
ED_U4_DIR_05.04.18_GRAL_A_FR

*Tiene que ser algo real. Que si tú le vas a vender, el personal de que vas a tener un proceso de acreditación, vas a vivir, pero vas a tener beneficios, que realmente sean esos beneficios, no que le vende uno al trabajador que vamos a tener más recursos, que nos va a ir mejor como unidad; ellos como trabajadoras van a tener un mejor ambiente de trabajo, mejorar área, mejores herramientas, pero no es así. Entonces, no se está cumpliendo con el proceso. Acreditamos, todo bien, el hospital está bien organizado, pero a la gente no le estás dando ese recurso, seguridad en las áreas. Entonces esa es una desventaja. **Estas acreditado, pero ¿dónde está el recurso? ¿dónde está lo que hicimos nosotros en la acreditación? ¿dónde está si yo tengo tantas familias afiliadas? ¿por qué no me estás dando dinero para atender a esas familias afiliadas?** Digo, yo desconozco si ese recurso llega al estado, si el estado nos lo da a nosotros, o no llega o qué está pasando.*
EE_U6_ENF_10.04.18_GRAL_A_FR

Otras estrategias propuestas por diferentes actores se relacionan con: 1) actualización constante de las cédulas, retroalimentada desde los mismos establecimientos donde se aplican; 2) capacitación constante del personal a todos los niveles, desde responsables estatales, pasando por el personal administrativo de los establecimientos de atención a la salud, hasta el personal operativo; y 3) reuniones nacionales y regionales más frecuentes, para intercambiar experiencias con los otros establecimientos, algunos actores proponen que se hagan reuniones sectoriales, por ejemplo, entre hospitales especializados o privados.

*Pues yo creo que la acreditación es un proceso continuo, no podemos decir ya con tres acciones más se acaba, **la actualización de las cédulas debe ser una actividad permanente**, sí continuo, si cambian las disposiciones jurídicas, los reglamentos o se crea una nueva norma oficial mexicana.* AF4_16.04.18_LG

*[...] Eso sería una, **el seguir revisando la cédula, como ya te mencionaba, el hecho de que ya exista no significa que eso va a ser por siempre ley, sino seguir innovando y seguir revisando**, hacerse una autoevaluación ellos mismos de que de la cédula ya está obsoleto y se puede mejorar; y sí lo han hecho, porque nos han preguntado de la cédula que ya tenemos qué podría seguir cambiando, en alguna de ellas pedían un equipo de hace años que ya no se utiliza y por ejemplo nosotros decir que ese punto en específico que manejamos no impacta en el traba-*

jo que hacemos con los pacientes. Entonces seguir haciendo eso, que nos manden la cédula y en relación a eso considerar qué se podría cambiar; creo que eso sería muy bueno porque seguimos mejorando cada una de las cédulas de evaluación.

EA_U1_DIR_05.04.18_ESP_A_RG

Entonces creo que el hecho de trabajar en capacitación o brindar la información al personal operativo de las unidades sobre la acreditación y cuál es el objetivo específico del mismo, creo que podría ayudar a mejorar la actitud que estas personas manejan. Podría hacerse en conjunto (desde mi punto de vista) entre enseñanza estatal y el departamento de calidad; incluso podríamos fortalecer él mismo a través de los gestores del Servicio Popular tanto fijos como itinerantes.

EG_REPSS_09.04.18_MR

Sí para ver qué está pasando, qué está sucediendo, porque cambian las reglas de operación día con día, porque a lo mejor a nivel nacional cambian las reglas de operación y puede llegar el proceso de acreditación y es ahí donde ¿me está pasando a mí o no?, saber si les está pasando a todos. Porque si hacemos una reunión al año para saber qué está pasando en las unidades, sería algo que puede salir beneficiado y el proceso de acreditación.

EF_U9_DIR_04.04.2018_GRAL_A_MR
Creo que sería muy enriquecedor que, en los hospitales pediátricos, o bien los hospitales de adultos, o bien los hospitales privados, pudieran tener reuniones sectorizados, de tal manera que yo pienso que tiene el problema, tiene la solución. También aprender de otras instituciones, ¿no?, para poder trabajar mejor.

EK_U18_DIR_03.04.18_ESP_A_RG

Como caso excepcional, en el establecimiento de atención a la salud del Teletón de Querétaro, se propone como estrategia para mejorar el proceso de acreditación, que se formalicen en un manual los criterios con base en los cuales se sustenta el dictamen entregado a los establecimientos y que haya derecho a réplica. Esto ayudaría a transparentar el proceso de acreditación pues, al parecer, se percibe que el criterio de los evaluadores rige el dictamen. Sin embargo, en el numeral 6.3.3. del Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, se señala que cuando la Unidad Administrativa determine que un establecimiento no cumple con los requisitos necesarios para obtener el dictamen de acreditación, “emitirá de manera fundada y motivada un dictamen no favorable” que deberá acompañarse del informe en el que se señalan los criterios no cumplidos. Por lo tanto, lo referido por el entrevistado podría indicar que el dictamen no es dado a conocer a todo el personal del establecimiento o que hay un desconocimiento de la normatividad que lo rige.

Un reporte que esté sustentado en criterios bien definidos, que no quede a interpretación de quien me vino a evaluar, sino que esté sustentado en un manual o guía, que haya ese proceso de transparencia, entre evaluado y evaluador y

que exista réplica. En que el personal que viene a evaluar que esté capacitado, que comprueben que están capacitados en esa especialidad. EC_U3_GCAL_13.04.18_PRIV_A_RG

Conclusiones apartado estrategias para el mejoramiento y sostenibilidad del proceso

Como observamos, uno de los principales retos a los que parece enfrentarse el proceso de acreditación se relaciona con la discordancia entre las realidades contextuales de las unidades hospitalarias y el estricto apego a la normatividad. Esto emerge en las opiniones diferenciadas de las cédulas. Por un lado, constituyen, desde la percepción de algunos informantes, una fortaleza del proceso dado su objetivo de homogeneizar los criterios de calidad, capacidad y seguridad. Por el otro, pueden constituir una barrera debido a que la homologación de criterios desdibuja las particularidades de los establecimientos y se alejaría de generar una transformación que vaya más allá de obtener la acreditación y promover un mejoramiento y una suficiencia en la calidad de atención a la salud a nivel nacional.

A nivel administrativo se retoma el tema de la posible ‘preparación de las unidades’ para pasar una suerte de examen cuyo seguimiento se ve desdibujado. Esto habla de que posiblemente las supervisiones no se estén llevando a cabo de manera sistemática y se sugieren dos tipos de controles para ello. Primero se sugiere que se hagan ‘visitas sorpresa’ es decir, que se lleven a cabo las supervisiones preestablecidas, pero a esto se adiciona la necesidad de tener un control sobre los recursos (medicamentos, sueldos, insumos) que permita conocer la distribución de los mismos.

Otro punto importante sobre el que ha sido posible reflexionar en esta sección de recomendaciones se relaciona con el hecho de que la acreditación se constituye como un proceso que además de verificar la garantía de los servicios que se ofrecen, es requisito para el acceso a los recursos del SPSS. No obstante, los diversos actores involucrados en el proceso parecen no tener claridad sobre la manera en que los recursos se destinan a las unidades ni del momento en que se accede a ellos. Por el contrario, es una constante escuchar que una vez acreditados los establecimientos no se observa, como se esperaría, el flujo de recursos en las mismas. Resultado de esto es el constante señalamiento de la mala planeación financiera como una barrera importante para que el logro de la acreditación y la garantía de los criterios de capacidad, seguridad y calidad se sostengan a lo largo del tiempo.

Es un resultado conclusivo del presente estudio que, a todos niveles, tanto a nivel estatal, como a nivel hospitalario se espera que, como resultado de la acreditación, se recibirán recursos para salarios, infraestructura, equipo, insumos y medicamentos en las unidades acreditadas. Precisamente de ello deriva que varias de las recomendaciones señaladas por los y las entrevistados/as remitan al tema del financiamiento como

estrategia para favorecer el efecto de la acreditación, así como la necesidad de una estrategia de mantenimiento tanto a las unidades como a los equipos por parte de los Sesa que no dependa de los intereses políticos o las perspectivas inmatistas de los gobiernos estatales, sino que tenga una continuidad de largo plazo.

Por último, surge como una idea que llama la atención la posibilidad de tener una bolsa que apoye de manera sistemática a los establecimientos que, o bien no pasaron la acreditación o bien no se inscriben en el proceso porque sus condiciones no permitirían aprobar la misma. De esta forma, se podría cerrar la brecha que existe entre unidades que tienen mejores condiciones, versus aquellas que se encuentran rezagadas.

Discusión y conclusiones

La discusión y conclusiones se presentan ordenadas por objetivo y sub sección del objetivo.

Objetivo 1. Objetivos y normatividad de la acreditación

Cabal conocimiento del proceso, pero diversos objetivos señalados para el mismo. Normatividad y reglas del proceso cabalmente comprendidas. Beneficios percibidos para la población y beneficios para las unidades, pero posibles efectos adversos cuando el financiamiento se convierte en el principal incentivo.

Los informantes tienen claridad sobre el fin y propósito del proceso de acreditación, así como de la normatividad a la cual responde y bajo la cual se rige. Sin embargo, un hallazgo central, es decir un hallazgo para el cual se tiene alta saturación teórica en los datos cualitativos, revela la existencia de una paradoja que enmarca el propósito y por tanto el fin de la acreditación. La paradoja se define a partir de la captación de recursos financieros como el entendimiento generalizado del propósito del proceso. a acreditación como proceso es entendida en general como un mecanismo de acceso a los recursos, donde los criterios de capacidad, calidad y seguridad se perciben como un requisito que hay que cumplir y no como un fin que la acreditación reconoce o acredita. Por tanto, si bien el diseño de la acreditación como proceso está pensado desde una lógica que asigna el dinero a los establecimientos de salud una vez garantizada la calidad de la atención para los afiliados al Seguro Popular, en la práctica, los discursos muestran la creencia de que la calidad podrá ser lograda o mejorada una vez que los recursos se obtengan. Si bien el acceso al financiamiento es una condición *sine qua non* para poder ofrecer un servicio de calidad y éste es uno de los impactos esperados más comentados por los actores federales y estatales, no se puede dejar de lado que la percepción de las personas involucradas en el proceso es que la acreditación no busca la calidad *per se*.

La percepción colectiva es que el cumplimiento de los criterios de capacidad, calidad y seguridad son un requisito para acceder a los recursos del Sistema de Pro-

tección Social en Salud que, paradójicamente, permitirán una vez obtenido el financiamiento ofrecer un servicio de calidad.

Por otro lado, es importante señalar que los actores federales a nivel directivo tienen una perspectiva mucho más compleja de este aspecto, pues reconocen el proceso de acreditación como un elemento central de la rectoría de la Secretaría y consideran adecuada la normatividad que rige el proceso. El proceso además se considera sistemático y riguroso lo cual lo dota de claridad y de apego a la normatividad. Estos informantes también perciben la paradoja de los recursos y la calidad haciendo referencia a un incentivo perverso, por el hecho de que el sistema de salud invierte recursos adicionales en las unidades que tienen probabilidades de ser acreditadas, pero les faltan algunos elementos (por ejemplo, de infraestructura) con la finalidad de acceder al financiamiento del SPSS.

En su opinión, este incentivo puede tener consecuencias no intencionadas por dos razones. Por un lado, al no existir continuidad para sostener esta inversión podría dar un resultado de calidad a corto plazo y porque, al invertir en los establecimientos que tienen las mejores condiciones para poder ser acreditados se genera una brecha aún más grande entre éstos y los que tienen condiciones menos favorables y no son candidatos a ser acreditados, ya sea por razones estructurales como falta de personal o aspectos de infraestructura. Esta práctica que fue documentada en el estudio, es cuestionada por diferentes informantes tanto a nivel federal, estatal como en unidades hospitalarias.

Objetivo 2. Errores e incumplimientos

Unidades preparadas para pasar la acreditación. Falta de capacitación y de preparación del equipo.

Los principales errores e incumplimientos se presentan de manera similar en distintos escenarios. Llama la atención que, como un acto autocrítico, tanto actores a nivel federal como a nivel hospitalario reconozcan que, aunque no es una práctica generalizada, se presentan prácticas de preparación de las unidades en la inmediatez para la acreditación. Esto se percibe como el principal error en el proceso. Se define como un error porque la preparación de unidades puede ir desde la inversión extra, pero no sostenida en el tiempo para la acreditación, hasta un acto de simulación donde se recurre a prácticas como compras de equipo o medicamentos de último momento –y sin fondos destinados para el sostenimiento de estas acciones– y el llenado de expedientes para la visita de acreditación. El segundo error mencionado habla de equipos de trabajo poco capacitados y preparados para la visita de evaluación que deviene en incumplimientos y errores.

El primer tipo de error relatado por los informantes plantea que, aunque la unidad sea acreditada, los criterios de capacidad, seguridad y calidad posiblemente no

puedan ser sostenidos en el tiempo si la inversión no se sostiene o las acciones que se realizaron para preparar la unidad no son parte de los procesos sistemáticos de la unidad. La preparación de unidades para lograr la acreditación y no para lograr la calidad podría estar relacionada al hecho de entender la acreditación primordialmente como una forma de obtener recursos por encima de la obtención de los criterios de capacidad, calidad y seguridad. En el segundo tipo de errores, las unidades no son acreditadas debido a que, por falta de preparación, no cumplían con los requerimientos mínimos para la aprobación.

Así, los mecanismos para cumplir con los criterios se articulan, en algunas unidades, mediante una apropiada gestión de recursos y procesos internos de la unidad, pero, en otras unidades, que no parecen ser la mayoría pero existen, se logran mediante mecanismos de simulación que buscan cumplir temporalmente con los criterios, pero no son sostenibles en el tiempo.

Objetivo 3. Participación, percepción del proceso de acreditación y buenas prácticas

Elementos del proceso

La DGCES

La DGCES como un organismo especializado apropiado para la coordinación de la acreditación. La DGCES es vista como un ente ideal para realizar la acreditación por la gran mayoría, aunque varios informantes, entre ellos los mismos actores que laboran en la Dirección, así como algunos actores estatales, reconocen que para llevar a cabo su función de manera cabal (es decir cumpliendo con las exigencias de supervisiones y reacreditaciones de todas las unidades) requeriría mayor presupuesto y personal. Por otro lado, los testimonios apuntan a una percepción en la cual la DGCES, al ser parte de la Secretaría y al depender de la Secretaría misma del financiamiento del SPSS, podría estar cumpliendo un doble papel, de juez y parte, en el que la objetividad con la que se evalúan los criterios podría estar sujeta a presiones por la necesidad de financiamiento de las entidades o a presiones por parte de las entidades de demostrar calidad y acreditar a un número determinado de unidades aun sin contar cabalmente con las condiciones para ello. Esto es, a marcar las directrices necesarias para que la acreditación se cumpla aun ahí donde no debería de alcanzarse.

El manual

Manual, instrumento normativo adecuado con áreas de mejora.

El manual de acreditación es sin duda alguna reconocido como uno de los grandes logros del proceso, particularmente por agentes estatales. Se reconoce ampliamente que la publicación del nuevo manual dota al proceso de claridad y apego a la normatividad consolidando la regulación de los procesos en los establecimientos de salud, al tiempo que su reciente publicación lo ha dado a conocer ampliamente entre los sujetos que están relacionados a la acreditación. Pese a la consideración generalizada del manual como una herramienta valiosa, una crítica que proviene de algunas unidades no acreditadas, es la ausencia de réplica en el manual y de forma excepcional se mencionó que éste es muy extenso. Algunas unidades no acreditadas sugirieron que, de haber sido posible, hubieran replicado el dictamen elaborado por el evaluador de la DGCES. Sin embargo, ese recurso no existe en la estructura actual del manual. Por último, los informantes señalan el costo de la acreditación como un elemento que parece estar poco explicado en el manual. El manual lo menciona, pero no explica quién lo estima o cuál es el monto calculado para el proceso.

Las cédulas

Cédulas claras, pero poco flexibles ante la realidad diversa del país: el caso de los especialistas y el reflejo de la inequidad en el sistema de salud.

Las cédulas son, junto con el manual, herramientas que se reconocen de forma generalizada como apropiadas y que aportan claridad al proceso. Para los evaluadores y actores a nivel estatal, las cédulas tienen un papel crucial como mecanismos de homogeneización a la vez que permiten implementar un enfoque de gestión por procesos que busca satisfacer las necesidades de los usuarios y garantizar la calidad de la atención.

Pese a ello, a nivel hospitalario y en algunos casos también a nivel estatal, existen críticas a las mismas por parte de algunos establecimientos. Se hacen observaciones en relación a hospitales comunitarios y especializados quienes argumentan que algunos elementos que se exigen en las mismas no son del todo compatibles con las realidades que ellos viven. En el caso de establecimientos comunitarios, se alude a características culturales de la población que requieren estar más detallados en la cédula, así como sobre la exigencia del número de especialistas que ellos, al depender de la atención de médicos pasantes, no logran cubrir. Por otro lado, se señala la dificultad de cumplir con el requerimiento de la disponibilidad de medicamentos costosos de poco uso en unidades especializadas que corren el riesgo de caducar y por lo tanto, generar un desperdicio de recursos. Si bien las críticas a las cédulas son mínimas,

vale la pena reflexionar sobre la petición de los informantes respecto a flexibilizar las mismas, ya que, aún cuando es importante tomar en cuenta la diversidad de contextos en un país tan heterogéneo como México, no resulta convincente la petición de “bajar” los estándares de calidad requeridos por las cédulas y de esta forma, validar y perpetuar la inequidad del país, disminuyendo las exigencias de una cédula que busca por el contrario, homologar la calidad de la atención y que un usuario en zona rural reciba la misma calidad que un usuario en zona urbana. Los hallazgos sobre la falta de aplicabilidad de las cédulas reflejan la inequidad del país en el sistema de salud y ameritan reflexionar sobre la aplicabilidad de exigir un piso parejo en un país con grandes inequidades, así como apuntan a la necesidad de invertir especialmente en aquellos establecimientos que no están acreditados de forma sostenible.

Etapas del proceso como elementos conceptuales

Acreditación

Acreditación, proceso de homologación en un contexto de inequidad. La acreditación como mecanismo para homologar la calidad es un proceso basado en fases lógicas y correctamente planteadas que tienen un diseño claro y unas normas establecidas que han sido exitosamente plasmadas tanto en el manual como en las cédulas como instrumentos de operacionalización. Pese a su diseño claro y sus normas claras y asociadas al cuerpo normativo en todos sus niveles, la acreditación es un proceso que podría ser mejorado para asegurar la equidad en el acceso a los recursos. De forma constante, las unidades señalan que no reciben los recursos extras que en teoría vendrían posteriores a la acreditación –y con la finalidad de atender la demanda extra de los afiliados al Seguro Popular–. Aunado a la falta de recursos, se menciona de forma consistente que hay necesidad de generar mecanismos de transparencia y equidad en la forma como a nivel estatal éstos se asignan y reparten.

Supervisión

Supervisión: necesaria y sana, aunque operativamente un reto ante la falta de recursos humanos y financieros.

Si bien los informantes refieren la supervisión como un elemento conceptual y una acción clave del proceso, también es cierto que el principal hallazgo relacionado a este elemento desde la perspectiva del personal de dirección y servicios hospitalarios ubica a la supervisión más como un ideal que como una realidad, debido a la falta de recursos y de personal.

Reacreditación

Reacreditación: con pocos recursos, a contra tiempo y percibida como política contraproducente con la calidad y la atención a los usuarios.

Esta fase del proceso establecida en el manual es sin duda un elemento que abre interesantes perspectivas desde la percepción de los participantes. A pesar de que la reacreditación existe en el manual y es un elemento natural del proceso una vez que caduca la vigencia de la acreditación, los informantes refieren a su ‘reactivación’ con gran desaprobación. Los entrevistados más críticos de la reacreditación son los evaluadores y los representantes a nivel estatal (REPSS y RECS), aunque vale aclarar que al momento de realizar el trabajo de campo ninguna unidad hospitalaria había tenido reacreditación, razón que podría explicar la escasa presencia de valoraciones de esta fase por parte de actores a nivel hospitalario.

Los discursos muestran un desacuerdo con lo que ellos llaman la reactivación de la reacreditación bajo los siguientes argumentos: Si bien se reconoce que reacreditar es parte natural del proceso, debido a que la acreditación tiene una fecha de expiración, se cuestiona la razón por la que ésta fue dejada de lado por mucho tiempo y puesta en función a poco tiempo del cierre de la presente administración. Se argumenta también que es una tarea titánica, dadas las condiciones de tiempo y recursos con los que cuentan tanto evaluadores como REPSS y RECS a nivel nacional. Por último, se plantea que la reactivación de la acreditación es más una acción punitiva, que una acción de continuidad, puesto que, al implicar ésta la posibilidad de perder los recursos financieros derivados de la adscripción al Seguro Popular, se pondría en una situación de crisis a las entidades y con ellas, a las unidades de salud y a sus usuarios. Por tanto, existe un alto nivel de coincidencia entre diferentes sujetos que la experimentan como una acción que responde a una medida con fines políticos ajenos al proceso de acreditación.

Participación en el proceso: experiencia de la acreditación

Participación de actores federales

DGCES rectora de un proceso orientado a la calidad, con fuertes implicaciones administrativas, jurídicas y económicas y con relaciones administrativas con REPSS.

La experiencia de los sujetos entrevistados a nivel federal no revela nada nuevo respecto a lo mencionado antes en este apartado. Los informantes a nivel federal revelan que tienen una sobrecarga de trabajo y que, la relación que existe entre el REPSS y la DGCES es meramente administrativa (percibida así por ambos actores).

Participación de actores estatales

REC y REPSS: piezas operativas centrales para la acreditación con posibles problemas de coordinación.

Llama la atención de forma particular los hallazgos del componente cualitativo respecto al papel de RECS y REPSS en la acreditación. Si bien ambas instancias son clave para el proceso de acreditación, existe poca coordinación entre ambos lo que se refleja en el manual mismo, cuya especificación respecto a esta relación está ausente. Mientras los RECS en las entidades son piezas coordinadoras del programa de acreditación y tienen un programa de acreditación que deben cumplir cabalmente, los REPSS se perciben, en algunas entidades, como financiadores externos que nada tienen que ver con la calidad. Por tanto, se percibe una sinergia desaprovechada en la relación de estos dos sujetos que podría ser beneficiosa tanto para el SPSS como para la mejora de la calidad ofrecida por los Sesa. Por un lado, los RECS podrían coordinar las acciones desde el interior de la Secretaría de Salud y por el otro, los REPSS podrían buscar formas de financiación óptimas y eficientes para las unidades.

Participación del personal de unidades hospitalarias

La participación del personal de los establecimientos, la paradoja de la calidad y los recursos: la calidad percibida como resultado del aumento de recursos provenientes de la acreditación más que como punto de partida de la misma.

El resultado respecto a la experiencia de la participación de los sujetos en unidades hospitalarias es muy claro. La motivación central para la participación de ellos/as parece ser la obtención de financiamiento seguida por la mejora en la calidad y como hallazgo de excepción, el prestigio de ser una unidad acreditada, lo cual, como se mencionó, no es un hallazgo central.

La posibilidad de obtener recursos financieros resulta una constante a lo largo de la acreditación. En el caso de la participación de los informantes a nivel hospitalario, la obtención del financiamiento del Seguro Popular es una meta que, sea por voluntad propia o por presión de gasto, aspiran a lograr. Para ello, los informantes a nivel hospitalario relatan una larga cadena de esfuerzos y procesos por los que deben pasar y que, en la mayoría de los casos, requieren un esfuerzo adicional a su diaria labor de atención a los usuarios. La recompensa será el recurso proveniente del Seguro Popular.

A lo largo de la cadena del proceso y en el discurso de la mayoría de los sujetos entrevistados, la acreditación busca cumplir con los criterios de capacidad, calidad y seguridad, mismos que se sabe son requisito para acceder a los recursos del Seguro Popular. En este sentido, en su discurso, el recurso sigue a la calidad. Sin embargo,

de manera sistemática se plantea la creencia de que, una vez acreditados, la cápita de los afiliados será asignada a cada entidad y ésta a su vez se encargará de financiar sus unidades una vez que sean acreditadas. Se observa de forma sistemática por otro lado, pero sin patrones que permitan diferenciarse entre las entidades, que no es claro cómo las entidades asignan y entregan el financiamiento a las unidades. Así, en la experiencia de los actores tanto federales (evaluadores) como estatales (REC, REPS) y hospitalarios (directivo y médicos) este recurso no se recibe o no se recibe como se espera en las unidades una vez que son acreditadas. Lo anterior hace que los recursos representen un incentivo abstracto que, a la vez que incentiva la participación, incluso logrando que a veces el mismo personal colabore con recursos propios para lograr la acreditación, genere decepción y sensación de abandono de los hospitales (especialmente aquellos que recibieron un impulso financiero para mejorar instalaciones) cuyas consecuencias son la desesperanza, la frustración y la falta de motivación que amenazan precisamente la calidad de la atención.

Experiencia de la participación en cada fase

Autoevaluación

Autoevaluación, trabajo en equipo y condiciones estructurales para la acreditación, condiciones sine qua non.

Los testimonios son poco iluminadores respecto a la fase de autoevaluación. Se describen las acciones dentro del hospital y se asegura que, cuando el establecimiento no logra completar exitosamente la autoevaluación, esta situación está relacionada a la falta de equipo y a problemas sistemáticos de los procesos en el registro de expedientes. Por último, se describen como barreras elementos mencionados anteriormente y que reflejan la inequidad que prevalece en el país. Los establecimientos que viven esta situación cuentan con condiciones de inequidad estructural en dos sentidos: o bien no tienen especialistas, o bien sus estructuras son tan antiguas que requieren ser remodeladas mediante una fuerte inversión, por lo que difícilmente podrán obtener la acreditación.

Acreditación

Acreditación, trabajo comprometido en equipo y la necesaria capacidad estructural instalada.

Los establecimientos acreditados dan fé de un trabajo en equipo y de instalaciones y equipo conforme lo exigido por las cédulas de acreditación. En lo general, los estable-

cimientos que son acreditados suelen tener un acompañamiento cercano de los RECS estatales y una larga preparación antes del momento de la visita de acreditación.

El papel de los evaluadores durante la acreditación.

Evaluadores, profesionales y útiles, pero a veces, con criterios subjetivos para interpretar las cédulas.

Si bien de forma generalizada los evaluadores se perciben como sujetos con alta capacidad y especificidad en su capacitación, cuya actuación en todos los casos fue descrita como ética y profesional, algunos informantes declaran que el estricto apego a la letra sin mediar criterio alguno podría constituir un error pues no permite diálogo ni adaptación de las condiciones locales a las exigencias de las cédulas. Los comentarios que constituyen un hallazgo vienen de hospitales especializados, en los cuales se percibe que los evaluadores carecen en ocasiones de conocimientos para poder hacer equivalencias o para conocer a detalle aspectos técnicos relacionados a la cédula. Pese a ello, un hallazgo central fue el buen papel que los evaluadores a nivel nacional ejecutan en los hospitales al momento de la acreditación.

Uso de cédulas durante la acreditación

Útiles, claras y con gran sustento normativo.

Se reitera que las cédulas son percibidas como de gran utilidad y con reconocido sustento normativo. Pese a ello, las críticas provienen de hospitales especializados relacionados a los medicamentos de alto costo y de bajo uso y de los hospitales comunitarios, a partir de las barreras de inequidad estructural bajo las cuales funcionan.

Supervisión

Supervisión, un tema percibido como ausente en el proceso.

Si bien, como se ha mencionado, la supervisión es conceptualmente bien apreciada, en la práctica muy pocos establecimientos habían recibido supervisiones regulares por parte de la DGCEs de la fecha de acreditación al momento del trabajo de campo. Por ello, para este aspecto no fue posible reportar información por parte del presente estudio, más allá del hallazgo mencionado. No menos importante es el hecho de que las supervisiones no se reportan como presentes en los establecimientos visitados.

Plan de contingencia

Plan de contingencia, agenda fuera de las manos del establecimiento.

De los cuatro hospitales con un dictamen de no acreditado incluidos en este estudio, sólo en dos los entrevistados reportaron que hubo algún plan de contingencia y en una unidad nunca se recibió un dictamen de no acreditado. Al indagar con los establecimientos no acreditados respecto al plan de contingencia se plantea también que este hecho está relacionado a la inequidad debido a que, en algunos se requería inversión en infraestructura costosa, aunque también se mencionan estrategias a desarrollar mediante la sistematización de procesos administrativos.

Acciones y decisiones efectivas

Acciones efectivas, apoyos para una correcta estructura y trabajo de equipo.

Dos son las principales acciones efectivas. La primera está relacionada a la capacitación, trabajo en equipo y motivación del personal. Sin embargo, una de las acciones más efectivas señaladas por los sujetos y que continúa en la línea argumentativa de la inversión de recursos dirigidos a la mejora de las condiciones que permiten la acreditación, son la inversión por parte de las administraciones estatales en los establecimientos.

Debido a que aspectos de infraestructura y personal son parte de los criterios mayores, los establecimientos que tienen fallas en estos aspectos van a tener menos probabilidades de ser acreditados y la brecha entre éstos y los que sí son financiados y apoyados se hace cada vez más grande. Las unidades acreditadas suelen declarar como una acción efectiva el apoyo del estado para la mejora. Por tanto, suelen ser apoyadas por las secretarías estatales para mejorar su infraestructura y su plantilla para ser acreditados. Los estados entonces apoyan a ciertos hospitales que necesitan inversión para obtener la acreditación. Este apoyo es puntual y momentáneo puesto que se espera que, una vez que la unidad sea acreditada, ésta reciba dinero del Seguro Popular, lo cual no ocurre.

Objetivo 4. Percepción de cambios

Cambios en las unidades durante la ejecución de la evaluación

Preparación de establecimientos de atención, sensación de ser examinados y cambios que podrían diluirse en el futuro.

La sensación de ser examinados se lee en muchos testimonios recolectados cuando se preguntó sobre los cambios durante la acreditación. Debido al nerviosismo de los informantes en los establecimientos, se experimentan desde cierres de servicio con la intención de atender correctamente a los evaluadores, hasta errores, olvidos u omisiones que pueden derivar en un dictamen de no acreditación. Sin embargo, nuevamente, el cambio no intencionado que se observa es la simulación.

La preparación en la inmediatez de hospitales poco tiempo antes de la visita de acreditación, es uno de los cambios importantes durante la ejecución de los establecimientos percibido tanto por evaluadores federales como por médicos.

Cambios percibidos derivados de la acreditación

Mejoras en calidad reconocidas por los prestadores, cuyo sostenimiento es difícil de mantener en el futuro sin la disponibilidad de recursos.

En los establecimientos acreditados, distintos informantes expresan que los principales cambios concretos y positivos observados a nivel establecimiento hospitalario después de la acreditación tienen que ver con: (a) la capacitación del personal, (b) la actualización de procedimientos de acuerdo a estándares internacionales, (c) mejoras en infraestructura, adquisición de equipos y medicamento con el apoyo de las autoridades estatales y (d) mejoramiento en la atención a los pacientes que, desde el punto de vista de los médicos, se vuelve más ágil y con mayor calidad. Sin embargo, en los testimonios recogidos, actores entrevistados con distintos roles e independientemente del tipo de establecimiento de atención a la salud, expresan como una barrera que los cambios logrados con el proceso de acreditación no se sostienen a lo largo del tiempo por falta de recursos. Lo que observan los entrevistados es que se reduce el presupuesto, no se le da mantenimiento a la infraestructura y, además, contrario a lo esperado, disminuye el abastecimiento de insumos y medicamentos.

Cambios percibidos por los usuarios

Sin cambios percibidos por usuarios derivados de la acreditación.

Con excepción de un hallazgo único proveniente del hospital de IMSS-PROSPERA de Paracho, en ningún establecimiento de salud los usuarios identificaron cambios atribuibles desde su experiencia a la acreditación. Por el contrario, el reporte de cambios recientes apuntaba en muchos casos o a la percepción de que no hay cambios o a la percepción de desabasto de medicamentos.

Objetivo 5. Recomendaciones para la mejora del proceso desde la perspectiva de los informantes

Homologación de criterios percibida como aspecto central del proceso con aspectos positivos y negativos, y escasez de recursos como una de las grandes debilidades de la acreditación.

Si bien la homologación de los criterios es una de las fortalezas del proceso, ésta también se experimenta como una barrera para ciertas unidades. Como se ha mencionado, los hospitales comunitarios que viven mayores desventajas son unidades más antiguas cuyas instalaciones les impiden ser acreditados, lo cual sugiere que los criterios se podrían flexibilizar. Lo anterior implicaría modificar algunas cédulas y también agilizarlas, puesto que una constante en los testimonios señala que revisar la cédula puede durar mucho tiempo por lo que el mismo trabajo de la unidad se ve entorpecido.

Por otro lado, los establecimientos especializados también solicitan algo similar, pero respecto a los medicamentos que se requieren. La inequidad basada en la falta de asignación de recursos a algunas unidades es también una constante en los discursos. Los informantes de las unidades que no pueden ser acreditadas por falta de equipo o por requerir modificaciones a su estructura piden de igual manera que se invierta más en sus unidades y para ello señalan que una buena planeación financiera es necesaria.

Mayor información, esclarecimiento de funciones, vinculación, seguimiento, actualización y aclaración del acceso y uso de recursos como los principales aspectos en los que hay que trabajar para mejorar el proceso y sostenerlo.

Las estrategias que los actores federales y estatales proponen para mejorar el proceso de acreditación son diversas y corresponden a su campo de acción dentro del proceso. De forma general, éstas se refieren a: 1) una mayor claridad de las funciones entre REC y REPSS y a su relación para la mejora del proceso de acreditación, 2) información sobre las fuentes de financiamiento al que pueden acceder los Responsables

Estatales de Calidad para mejorar los establecimientos de salud de forma paulatina, 3) fortalecimiento de las áreas de calidad estatales para poder realizar supervisión continua, 4) mejora de los establecimientos existentes antes de construir nuevos, 5) articulación de los procesos de licenciamiento, acreditación y certificación de una manera escalonada que incentive una dinámica de mejora al interior de los establecimientos de salud y 6) realización de una planeación conjunta del programa de infraestructura con la planeación del gasto de los recursos del Seguro Popular.

Como estrategias para lograr sostenibilidad de la calidad, entre los diversos actores entrevistados es recurrente la percepción de que debe haber una supervisión constante. Sin embargo, la sugerencia de mejora más relevante que se recogió y deriva directamente de la experiencia de los sujetos en campo está relacionada a la transparencia en la asignación y uso de los recursos ya que la falta de un financiamiento adecuado y la eficiencia del mismo es percibida como la barrera más importante para sostener la calidad una vez pasado el proceso de acreditación. Por lo tanto, la estrategia propuesta por los distintos entrevistados, es que se atienda este aspecto.

Conclusión general

La acreditación como proceso de evaluación externa que busca determinar si un establecimiento cumple con el conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud, en el caso de este estudio, el CAUSES, sigue un procedimiento estructurado en fases lógicas y claramente planteadas cuyo diseño es conocido por los actores, aunque no cabalmente comprendido, y cuyas normas son claras y han sido coherentemente establecidas tanto en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica como en las Cédulas de Evaluación como instrumentos para su operacionalización.

No obstante, al tratarse de un proceso en el que entran en juego diferentes actores, intereses y agencias, esto parece no ser suficiente para garantizar su adecuada implementación dadas las interpretaciones que cada actor otorga a los aspectos que sustentan la acreditación. El proceso es así interpretado por cada actor de forma diferente y su objetivo es en general pobremente entendido, teniendo la obtención de recursos como resultado final del mismo más que la calidad.

Esta problemática se visualiza en la percepción ambivalente que se tiene de las cédulas de evaluación y el Manual para la Acreditación. Por un lado, se reconocen como apropiadas por aportar claridad al proceso; además de que permiten implementar un enfoque de gestión por procesos que busca impactar por dos frentes: la satisfacción de las necesidades de los usuarios y la garantía de calidad de la atención. Sin embargo, por otro lado, las cédulas son señaladas como poco flexibles ante la realidad diversa del país y las especificidades de atención de cada uno de los establecimientos.

Un aspecto central resultado del presente estudio y que tiene importantes implicaciones para la implementación del proceso de acreditación y la sostenibilidad del mismo deriva de la multiplicidad de interpretaciones que de él se tienen pero de la idea central que subyace en casi la totalidad de los informantes: la percepción de que la acreditación no busca por sí misma premiar o reconocer la calidad de los servicios, sino que es el medio para acceder a los recursos del Sistema de Protección Social, recursos que a su vez, desde la lectura de los testimonios, generará o permitirá obtener la calidad. Esta apreciación se oscurece y se convierte en un des-incentivo para los sujetos que participan en la capacitación con el fin de obtener financiamiento, al no quedar claro para los actores el cómo y en qué momento las entidades asignan y entregan el financiamiento a los establecimientos y, sobre todo en la voz de muchos de ellos, al nunca recibir los recursos. Lo anterior ocasiona que los recursos representen un incentivo abstracto que, a la vez que incentiva la participación también genera decepción y termina visualizándose como barrera del proceso. La percepción general parece apuntar a que sin el acceso a los recursos es imposible alcanzar, mantener e incentivar la calidad de atención, lo que indica un posible problema de insuficiencia de financiamiento a las unidades de principio y que podría constituir un problema importante para la calidad que se busca acreditar.

En suma, la acreditación se visualiza, desde la perspectiva de los participantes en el estudio cualitativo, como un proceso que, si bien es importante y necesario para garantizar los mínimos de capacidad, calidad y seguridad en los servicios, presenta deficiencias de origen relacionadas a la falta de claridad de sus objetivos y podría ser mejorado mediante un diseño que asegure que este mecanismo no sea usado con la intención de acceder a los recursos y que asegure las condiciones adecuadas para lograr la calidad; así como la transparencia y equidad en la forma como a nivel estatal se asignan y reparten los recursos.

Referencias

1. Gobierno de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 [Internet]. [citado el 25 de julio de 2018]. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/>
2. Becerril V, Alcalde J. Diseño de intervenciones para mejorar la implementación local de programas en salud materna: desde la perspectiva del conocimiento tácito y el marco lógico. Primera edición. Managua: Managua: CIES-UNAN; 2015. 100 p.
3. Peters DH, Tran NT, Adam T. Investigación sobre la implementación de políticas de salud: guía práctica [Internet]. Ginebra; 2014 [citado el 25 de julio de 2018]. Disponible en: www.who.int
4. Lusthaus C, Carden F, Adrien MH, Anderson G, Montalvan G. Evaluación organizacional: Marco para mejorar el desempeño. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2002.
5. Van Meter, Donal S, Carl E. El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual. En: La implementación de las políticas. 2000. p. 118.
6. Centro de Información para Decisiones en Salud Pública. Entregable 4. Diseño, pilotaje y versiones finales de instrumentos de recolección de información (Guía de entrevistas y cédulas). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2018.
7. Teddlie C, Yu F. Mixed Methods Sampling. *J Mix Methods Res* 2007;1(1):77–100.
8. Meadows L, Morse J. Constructing Evidence Within the Qualitative Project. En: *The Nature of Qualitative Evidence*. Thousand Oaks California: SAGE Publications; 2001. p. 188–202.
9. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. En: *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 1994.
10. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Quinta edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
11. Bernard HR. Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches. Segunda edición. Thousand Oaks CA: Sage Publications; 1994. 585 p.
12. Bertaux D. La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades. En: *La historia oral: métodos y experiencias*. España: Debate; 1993. p. 149–70.
13. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field methods*. 2006;18(1):59–82.
14. Abma TA. Patients as partners in a health research agenda setting. *Eval Health Prof*. 2006;29(4):424–39.
15. Denzin NK, Lincoln LY. *Handbook of qualitative research*. Sage Publications; 1994. 643 p.
16. Langley A, Royer I. Perspectives on Doing Case Study Research in Organizations. *Management*. 2006;9(3):73–86.
17. Padua J. Técnicas de investigación aplicada a las ciencias sociales. Primera edición. Fondo de Cultura Económica; 2013.
18. Fontana A, Frey J. The interview: from structured questions to negotiated text. En: *Handbook of qualitative research*. Segunda edición. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2000. p. 672.
19. Guest G, MacQueen K, Namey E. *Applied Thematic Analysis*. Thousand Oaks California: SAGE Publications; 2012.
20. Secretaría de Salud. Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica [Internet]. Diario Oficial de la Federación, DOF: 06/12/2016 México; 2016. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5464192&fecha=06/12/2016
21. Centro de Información para Decisiones en Salud Pública. Entregable 2. Análisis de los cambios en la regulación del proceso de acreditación entre el periodo 2008-2012 y 2013-2017. Cuernavaca, México; 2017.

Análisis FODA

A partir de la evidencia revisada y generada como parte de la evaluación, se desarrolló un análisis FODA, que se presenta a continuación, mostrando en primer lugar los aspectos internos (fortalezas y debilidades), y luego externos (oportunidades y amenazas).

Elementos internos

Fortalezas	Debilidades
Entregable 2. Análisis de los cambios en la regulación del proceso de Acreditación entre el periodo 2008-2012 y 2013-2017	
México es un país pionero en el tema de acreditación en Latinoamérica, con iniciativas para la conformación del primer modelo de acreditación para establecimientos para la atención médica.	
Se cuenta con un marco jurídico que regula el proceso, entre ellos, el <i>Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica</i> , fue publicado el 06 de diciembre de 2016 en el DOF.	
Desarrollo de un modelo de evaluación de acuerdo al enfoque de atención, tipología de los establecimientos y su cartera de servicios.	
Rediseño de instrumentos de evaluación innovadores, denominadas cédulas, en el que se les incorporó el fundamento normativo, y se dividió en estructura, proceso y evidencia documental, lo cual permite contar con resultados más precisos.	
Acceso público a las cédulas en la página web de la DGCES.	
Se tiene una base de datos de los establecimientos acreditados incluida en el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.	
	Requerimiento de personal suficiente a nivel federal para atender la demanda de este proceso para mantener de manera permanente una estructura suficiente en recursos humanos para responder a la demanda de acreditación y reacreditación.

Fortalezas	Debilidades
	Carencia de apartados en la cédula de evaluación para identificar el cumplimiento con los derechos de la población beneficiaria y de los usuarios, como no discriminación, respeto a la privacidad y confidencialidad, acompañamiento a los pacientes e información al usuario y a su familia.
Entregable 3. Determinar los incumplimientos más frecuentes en los criterios de acreditación de las unidades médicas	
Criterios explícitos para evaluar la capacidad de los establecimientos para la prestación de servicios de salud, lo que posibilita la autoevaluación y la preparación para la acreditación.	
Identificación de aspectos críticos (criterios mayores) para la prestación de servicios de salud tales como recursos humanos e infraestructura.	
Identificación de criterios específicos de acuerdo con el tipo de hospital, lo que evita evaluar con un mismo esquema a los diferentes tipos de establecimientos.	
El proceso inicial de autoevaluación permite a los hospitales identificar sus áreas de mejora a trabajar para preparar el proceso de evaluación.	
	Ausencia de un sistema de información que registre el cumplimiento/incumplimiento de criterios y permita el análisis de la información que se obtiene a través del proceso de evaluación.
	Heterogeneidad en la implementación del proceso de acreditación, con establecimientos acreditados que incumplen con criterios mayores y errores en el registro de la información.
	El análisis de los incumplimientos identificó falta de personal en algunas áreas de los hospitales (urgencias y cirugía en hospitales generales o para atención neonatal en materno infantiles), lo que sugiere que es necesario introducir mayor flexibilidad en la ubicación del personal para atender el conjunto de necesidades en los mismos. Esta información resultado del análisis realizado no ha sido documentada previamente, por lo que no se usa para informar decisiones al respecto.
Entregable 6. Evaluación de indicadores de eficiencia, productividad, recursos humanos y seguridad, así como de condiciones trazadoras de usuarios de servicios	
Se cuenta con un identificador único por establecimiento (CLUES), lo cual permite vincular la información de indicadores en sistemas públicos.	
	La acreditación no ha generado cambios significativos en los indicadores de eficiencia, productividad, recursos humanos y seguridad, ni en los de resultados en salud de la población que atienden los hospitales. El comportamiento de los indicadores no cambió significativamente ni de manera sostenida tras la acreditación; y las diferencias entre hospitales acreditados y no acreditados, o bien no es distinguible, o es previa (y por ende, independiente) a la acreditación.

Fortalezas	Debilidades
	Los sistemas de información no cuentan con información completa para hospitales que no pertenecen a los Servicios Estatales de Salud.
	Los indicadores que se generan y reportan a través del sistema INDICAS no se encuentran estandarizados con el conjunto de información en salud; estos indicadores tienen una tendencia decreciente en la evaluación de trato digno y aunque en menor grado, en el indicador de atención médica efectiva.
Entregable 7. Análisis cualitativo	
Comprensión cabal de la implementación del proceso y de sus requerimientos por parte de los involucrados.	
La acreditación se percibe como un trabajo comprometido en equipo con evaluadores profesionales.	
	En ocasiones los evaluadores utilizan criterios subjetivos para la interpretación de las Cédulas.
	Obtención de los recursos del SPSS directamente para el establecimiento como principal objetivo percibido de la acreditación.
	Preparación reactiva del establecimiento para su sometimiento al proceso de acreditación, por lo que las unidades son preparadas en la inmediatez para la obtención de la acreditación por sobre el logro y sostenimiento de la calidad.
	Papel de la vinculación con el REPSS poco claro en el <i>Manual de Acreditación</i> .
	Percepción de cédulas con problemas de adaptabilidad a hospitales comunitarios.
	Percepción de ausencia de supervisión por excesiva carga laboral de los responsables de la misma.
	Percepción de poca objetividad de la DGCES por ser responsables de la regulación y ejecución de la acreditación.
	Percepción por los usuarios de nulos cambios con la acreditación en el problema de escasez de medicamentos.

Elementos externos

Oportunidades	Amenazas
Entregable 2. Análisis de los cambios en la regulación del proceso de acreditación entre el periodo 2008-2012 y 2013-2017	
Legitimidad de la Acreditación en su modelo actual con las reformas normativas en el RLGSMPSS en 2011 respecto de la inclusión del <i>Manual de acreditación</i> y los criterios mayores de evaluación.	

Entidades acreditadoras externas que reúnan los mejores estándares de calidad en el proceso podrían ser una alternativa que mejore la eficiencia de las funciones de rectoría de la Secretaría de Salud y abone a la transparencia del proceso, al contar con dictámenes independientes de la Secretaría de Salud, como se ha recomendado por la OCDE.	Costo adicional al contratar servicios de acreditación externa para los establecimientos que soliciten acreditación o para la Secretaría de Salud, que requeriría de un estudio de mercado para cumplir con la eficiencia en la asignación.
Recomendaciones recientes de la OCDE para incorporar en la acreditación criterios e indicadores de efectividad para evaluar el resultado de la atención.	
Entregable 3. Determinar los incumplimientos más frecuentes en lo criterios de acreditación de las unidades médicas	
	Reducción en los recursos humanos y financieros destinados al Sector Salud de forma general; los datos públicos señalan que entre 2012 y 2018 el presupuesto público destinado a salud se redujo en 20%.
Entregable 3. Determinar los incumplimientos más frecuentes en lo criterios de acreditación de las unidades médicas	
	El perfil de incumplimientos señala que hay retos estructurales generalizados entre los hospitales, esto es, deficiencias en infraestructura y abasto de insumos, lo que afecta su capacidad de proporcionar atención efectiva a la población.
Entregable 6. Evaluación de indicadores de eficiencia, productividad, recursos humanos y seguridad, así como de condiciones trazadoras de usuarios de servicios	
	La ausencia en el período de evaluación de un identificador único de la población en los datos administrativos de salud dificulta un análisis con mayor nivel de precisión sobre los resultados en salud, lo que dificulta el seguimiento de resultados de la acreditación de forma agregada, esto es, como herramienta para el Sistema.
Entregable 7. Análisis cualitativo	
	Percepción de incremento de brechas e inequidades al otorgarse mayores recursos para la mejora de infraestructura a unidades acreditadas, que son las que cuentan con mejores condiciones estructurales.
	Percepción de la reacreditación como una acción punitiva y como medida con fines políticos ajenos al proceso de acreditación con consecuencias en la capacidad de recursos para otorgar la atención por parte de las entidades federativas.
	REC en las entidades tiene un lugar variable del organigrama, lo que le asigna diferentes capacidades de acción para sus labores y limita su apoyo para el cumplimiento de los procesos
	Expectativa no cumplida de recibir recursos financieros y materiales de parte del SPSS para los establecimientos acreditados.

Conclusiones generales y recomendaciones

En el contexto nacional actual, en el que puede identificarse la calidad de la atención como uno de los retos centrales del Sistema de Salud, la existencia de un mecanismo orientado a asegurar que los establecimientos de atención a la salud en lo general, y los hospitales en lo particular, cuenten con las condiciones estructurales* necesarias para la provisión de atención resolutive, es indiscutible. En esa tesitura, sin duda alguna, el mecanismo establecido en la Ley General de Salud para la acreditación de los establecimientos que atienden a la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) claramente es necesario, aun si el SPSS se transforma de acuerdo a los planteamientos que ha realizado el equipo del Presidente electo para el periodo 2018-2024, considerando que esta necesidad de asegurar la capacidad estructural de los servicios se fortalece en un esquema de integración de servicios para universalizar la atención.

Desde su creación, el modelo de acreditación ha evolucionado, lo que fortalece la rectoría en salud de la Federación, tanto en la conducción de los procesos de auto-gestión de los establecimientos para la atención médica como en su regulación. Los instrumentos normativos y técnicos actualizados, que incluyen manuales y cédulas de acreditación, son valiosas herramientas de gestión para favorecer el mejor desempeño de los hospitales, desde la base de su infraestructura y en la competencia de su personal de salud. De igual forma, el modelo de evaluación integrador que recientemente se ha incorporado, puede facilitar los procesos, ante la complejidad del ámbito hospitalario que caracteriza al Sistema Nacional de Salud.

Las cédulas son, junto con el manual, herramientas que se reconocen de forma generalizada como apropiadas y que aportan claridad al proceso. Para los evaluadores y actores a nivel estatal, las cédulas tienen un papel crucial como mecanismos de homogeneización a la vez que permiten implementar un enfoque de gestión por procesos que busca satisfacer las necesidades de los usuarios y garantizar la calidad de la atención.

* Entendemos con A Donabedian por condiciones estructurales a la infraestructura, organización, recursos humanos, materiales y financieros con los que cuentan los servicios de salud.

Asimismo, la evaluación identificó un compromiso importante por parte del personal de los establecimientos, y en particular en los establecimientos que son acreditados suelen tener un acompañamiento cercano de los RECS y una amplia preparación antes del momento de la visita de acreditación.

No obstante, el diseño conceptual de la acreditación presenta deficiencias de fondo, que se evidencian en la ausencia de resultados de la misma en términos del fin último del Sistema, es decir, la salud de la población.

Una de las fallas conceptuales es la decisión de operacionalizar la acreditación desde la misma Secretaría de Salud, responsable de la conducción y regulación de los Servicios de Salud, lo que genera potenciales conflictos de intereses, a la vez que expone al área responsable a presiones por parte de los gobiernos estatales para facilitar la acreditación de establecimientos.

Por otra parte, enfocar la acreditación como mecanismo para obtener recursos tiende a mantener y agudizar las inequidades relacionadas con la atención a la salud. Las entidades federativas privilegian los establecimientos con mayor potencial de acreditación en el corto plazo, lo que equivale a los que tienen menos deficiencias. Así, los establecimientos con mayores carencias, que en lo general son los que atienden a la población con mayor vulnerabilidad socioeconómica, quedan rezagados.

Este aspecto de la agudización de inequidades se expresó en la evaluación también con relación las cédulas de evaluación, en concreto desde hospitales comunitarios y especializados en donde se argumenta que algunos elementos que se exigen en las cédulas no son del todo compatibles con las realidades que ellos viven, lo que apunta a la necesidad de invertir de forma sostenible especialmente en aquellos establecimientos con mayores carencias.

Mirar a la acreditación, como ha ocurrido hasta la fecha, como un fin en sí mismo ha ocasionado que en la práctica se diluya el objetivo de incidir en la calidad de los servicios. Para que la acreditación se constituya como un mecanismo de garantía de la calidad de la atención es necesario un rediseño a fondo de su conceptualización, esto es, partiendo de la identificación del mecanismo a través del cual se plantea que la acreditación debe incidir en la calidad de los servicios.

Las fallas en el diseño conceptual de la acreditación se reflejan en la ausencia de efectos de la acreditación medidos a partir de indicadores de desempeño y resultados hospitalarios. No hay cambios relevantes en los hospitales acreditados que puedan relacionarse con dicha acreditación, y ello se confirma ante la ausencia de diferencias entre hospitales acreditados y no acreditados con características similares.

Con base en el análisis realizado, se identificó que, de los 11 indicadores revisados, y utilizando el abordaje de series de tiempo interrumpidas para estimar la efectividad de la acreditación en el desempeño de los hospitales, en un indicador se observó un cambio favorable, en cuatro no hubo cambios a partir de la acreditación, y en seis

los cambios observados son desfavorables, es decir, los niveles o tendencias de los indicadores señalan condiciones peores después de la acreditación. Esto es, considerando que lo que se esperaba como resultado de la acreditación eran efectos favorables, la ausencia de los mismos –aún si lo que se observa es que el resultado es neutro en el sentido que no incide ni positiva ni negativamente en el indicador– señala que la acreditación no ha generado el efecto esperado, es decir, no es efectiva. Como se observa en el Cuadro 1, los resultados del análisis de series de tiempo interrumpidas son consistentes con los observados a partir del pareamiento por puntaje de propensión, esto es, son robustos.*

Ciertamente este análisis no sugiere que el proceso de acreditación genere resultados negativos, sino más bien señala la ausencia de resultados positivos de la misma. De forma consistente, la población usuaria de los servicios que fue entrevistada señaló no percibir cambios favorables en los hospitales en el tiempo, y más bien señala que ha disminuido el abasto de insumos, en particular medicamentos.

Las limitaciones de recursos financieros son una de las explicaciones principales de que la acreditación no genere cambios positivos, y en tanto que podría mirarse

* Adicionalmente, se implementó un modelo de diferencias en diferencias con efectos fijos por hospital, lo que permita controlar la variabilidad entre hospitales en aspectos estructurales, ajustando asimismo por el volumen de la demanda medida con los egresos totales. Los resultados de estos modelos son consistentes, con dos indicadores con resultados favorables, cuatro neutros, y tres desfavorable, incluida la mortalidad general.

Cuadro 1. Resumen de resultados de la acreditación en indicadores seleccionados

Indicador	Series de Tiempo Interrumpidas	Pareamiento por Puntaje de Propensión
Promedio diario de egresos	Neutro	Neutro
Promedio de días de estancia	Neutro	Neutro
Razón de enfermeras por médico de contacto	Desfavorable	Favorable
Promedio diario de cirugías por escenario quirúrgico	Desfavorable	Desfavorable
Porcentaje de ocupación	Neutro	Favorable
Mortalidad general	Desfavorable	Desfavorable
Tasa de bacteremias	Favorable	Desfavorable
Mortalidad por IAM	Neutro	Neutro
Días de estancia por IAM	Desfavorable	Neutro
Mortalidad por DM	Desfavorable	Desfavorable
Días de estancia por DM	Desfavorable	Neutro

como un factor externo a la misma, lo cierto es que, por el diseño del proceso, forma parte central del reto de la acreditación. Esto es, los recursos asociados al CAUSES que se dirigen a las entidades no se modifican de forma relacionada al número de establecimientos acreditados (los recursos provienen de la cápita que está asociada al número de afiliados), pero la acreditación si implica que esos recursos pueden usarse en los hospitales que se han acreditado. En ese sentido, un monto relativamente constante se utiliza para financiar un número mayor de establecimientos, lo que puede implicar afectar la calidad de la atención.

Un elemento adicional que podría impactar en la ausencia de efectos de la acreditación es que la implantación de la misma se dio de forma paralela a un incremento en la demanda debido a la afiliación del SPSS ya que si bien se sigue atendiendo a la población sin seguridad social, la afiliación facilita el acceso a los servicios al reducir la barrera financiera –además de que el porcentaje de la población con seguridad social ha tendido a reducirse–. El análisis realizado considera este aspecto, controlando por cambios en el volumen de egresos. Además, si bien podría aún afectar un cambio en el perfil de la población, es decir, diferencias en la gravedad con la que las personas arriban a los servicios, este debería ser diferente con relación al momento de la acreditación, lo que no parece plausible.

De esta forma, la ausencia de efectos de la acreditación se relaciona con el diseño conceptual de la misma, en particular con la no alineación de los incentivos entre las distintas partes que participan en el mismo (DGCES, CNPSS, RECS, REPSS, Sesa, hospitales), retos de coordinación entre las mismas, y la percepción que priva en torno a que la acreditación permitirá el flujo de recursos adicionales los hospitales. El hecho de que no existan recursos adicionales posteriores a la acreditación de hecho genera desmotivación en el personal en los hospitales.

En primera instancia, el rediseño conceptual implica colocar al centro de la acreditación la garantía de calidad de los servicios, para el logro de la efectividad en la atención –en oposición a lo que parece la mirada actual, enfocada en obtener recursos del SPSS–, y a partir de ello identificar los mecanismos para lograrlo, buscando establecer y alinear incentivos para todos los involucrados.

La evaluación evidenció asimetrías importantes de información sobre lo que implica la acreditación para los establecimientos, con una falsa noción ampliamente extendida sobre la relación directa entre la obtención de la acreditación y la de recursos adicionales para los establecimientos. Esta noción permea en los diferentes niveles jerárquicos de las personas de las que se obtuvo información, y refleja uno de los retos centrales de la acreditación: la decepción en los responsables de hospitales acreditados que esperaban que con la acreditación obtendrían recursos adicionales. Asimismo, ha generado situaciones de simulación, en la cual se logra la acreditación con resultados no sostenibles en los hospitales, mirando al proceso como un fin en sí mismo.

En contextos similares –países de ingresos medios con sistemas federales–, se ha propuesto el uso de mecanismos de financiamiento basado en resultados, que podrían ser de utilidad en el caso mexicano. Asociar un monto claro de recursos a la calidad de la atención, puede permitir establecer las señales apropiadas sobre lo prioritario para el Sistema Nacional de Salud. En la situación actual, para los establecimientos no hay incentivos por acreditarse, y para los Servicios de Salud de las entidades el incentivo es en todo caso de tipo contable y no asociado con resultados.

Otro aspecto a considerar es la instancia que debe realizar la acreditación. Casi en todos los países con modelos de acreditación similares, el proceso lo llevan a cabo instituciones no gubernamentales, autorizadas por la dependencia normativa responsable de la acreditación, con estándares y criterios validados por ésta. El análisis de los distintos modelos permitió identificar ventajas en la delegación de la acreditación a una o más entidades acreditadoras, que ofrezcan los mejores estándares de calidad en el proceso, para mejorar la eficiencia de las funciones de rectoría y favorecer la transparencia, al contar con dictámenes independientes. Un esquema alternativo es que la instancia pública responsable de la acreditación cuente con autonomía e independencia de la Secretaría de Salud.

En relación con la operación del proceso de acreditación vigente, la evaluación identificó retos relevantes. A partir de la revisión de un conjunto de cédulas de evaluación, se identificó una alta heterogeneidad en la forma de registrar la información, lo que dificulta la validación y la supervisión a partir de los informes generados. En estos documentos –las cédulas– no se sigue de forma sistemática un orden, por ello, es posible identificar procesos de un área en la información relativa a otra área. De forma general, los informes no detallan los medicamentos faltantes, lo que limita el uso de esta información para fortalecer el abasto. Asimismo, se identificaron casos en los cuales el incumplimiento de criterios mayores no impidió un resultado de acreditado.

Otro de los aspectos identificados es la percepción de abandono en cuanto a seguimiento, acompañamiento y continuidad del proceso de acreditación, es decir, de acuerdo a los informantes, la ausencia de supervisión sobre las condiciones de los hospitales de forma regular.

Como todo estudio, la presente evaluación enfrentó limitaciones. Con relación al análisis cuantitativo, la dificultad de identificar un contrafactual apropiado, lo que es un aspecto general en estudios sobre los efectos realizados de forma retrospectiva. Para generar estimaciones robustas, además de considerar una multiplicidad de dimensiones distintas en donde fue medido el impacto (11 indicadores), se optó por considerar dos abordajes diferentes (series de tiempo interrumpidas y pareamiento por puntaje de propensión) bajo diferentes implementaciones (diferencias en un punto en el tiempo, diferencias en cambios, diferentes horizontes temporales, diferentes conjuntos de información, entre otros). Asimismo, se utilizó para el análisis la tota-

lidad de la información disponible, para lo cual se consideraron los datos de todos los hospitales de segundo nivel, para todos los periodos posibles (excluyendo valores extremos); no hay datos disponibles (a nivel hospital) que puedan ser agregados al análisis en aras de mejorarlo. Por lo que se refiere al abordaje cualitativo, la magnitud del estudio en términos del número de entrevistas realizadas y la consistencia de la información obtenida proporciona solidez a los resultados obtenidos. Adicionalmente, en ambos abordajes se contó con una revisión externa para validar la metodología empleada e interpretación de los resultados.

1.1 Recomendaciones

A partir del análisis conjunto de la información generada y analizada en el marco de la presente evaluación, se establecen las siguientes recomendaciones:

Rediseñar conceptualmente la acreditación de establecimientos de salud en México. La evidencia reportada en esta evaluación señala que no hay claridad sobre lo que se espera de la acreditación entre todas las partes involucradas para la misma, y que la acreditación de hospitales de segundo nivel en el país no ha incidido ni en desempeño ni en resultados hospitalarios, es decir, no ha resultado efectiva. Rediseñar conceptualmente la acreditación debe partir de definir inicialmente la teoría de cambio de la misma, esto es, identificar con claridad la cadena de resultados que se espera lleve a contar con hospitales con adecuada calidad técnica e interpersonal, a través de un proceso participativo. Debe definirse normativamente que la acreditación se orienta hacia la garantía de la calidad de atención, lo que entonces permitirá contar con un proceso con potencial de incidir en la efectividad de los servicios. Es asimismo indispensable que el proceso de acreditación sea comunicado a todas las partes involucradas en el mismo, para asegurar niveles similares de conocimiento sobre sus implicaciones y establecer expectativas realistas. En concreto, el rediseño conceptual implica establecer normativamente que el objetivo de la acreditación es garantizar la calidad de los servicios incluyendo para ello explícitamente indicadores de efectividad y trato digno, y asociando los recursos a resultados con mecanismos para fortalecer a los servicios orientados a población en situación de vulnerabilidad.

Establecer como parte del diseño incentivos claros y alineados para la prestación de servicios con calidad. El actual proceso de acreditación se ha conceptualizado de forma tal que obtener el dictamen de acreditación es el resultado final, y, por lo tanto, no hay un incentivo concreto para el hospital en caso de obtenerlo. El análisis realizado identifica retos importantes en la capacidad estructural de los servicios de salud. Como se mencionó, es necesario que la acreditación sea un mecanismo para orientar

recursos, tanto en lo que se refiere a los necesarios para asegurar las condiciones estructurales requeridas –y en ese sentido hacer frente a la inequidad en la asignación de recursos–, como para incentivar el logro y mantenimiento de los estándares de atención. Para ello, deben identificarse los mecanismos para que ello ocurra, introduciendo potencialmente en los convenios que se establecen entre la Federación y las entidades un porcentaje de recursos asociados a resultados y con trazabilidad hasta los hospitales, considerando incluso la administración de los mismos por parte de los propios hospitales. Ciertamente ello implica asegurar y/o fortalecer las capacidades de gestión de los responsables de los hospitales. Utilizar el incremento de los indicadores establecidos (en contraposición a utilizar el nivel) ayudará a reducir inequidades entre establecimientos.

Fortalecer la coordinación entre las partes involucradas para asegurar la alineación de los esfuerzos. En el modelo actual, quienes participan en el proceso de acreditación no parecen tener claridad sobre el rol de cada una de las partes involucradas. Asegurar que hay un esfuerzo coordinado, tanto desde los establecimientos como desde los Servicios Estatales de Salud y desde los REPSS –como entidad financiadora– requiere el establecimiento de un mecanismo formal de coordinación, con seguimiento de metas compartidas. En principio, esto implica que los RECS cuenten con una posición equivalente y acorde a su responsabilidad en todas las entidades. Adicionalmente, establecer normativamente la coordinación entre RECS y REPSS en el diseño conceptual de la acreditación, estableciendo que a ambas instancias les corresponde garantizar la calidad de los servicios: los RECS desde la rectoría del estado, los REPSS a través del financiamiento asociado a resultados, esto es, compra estratégica de servicios.

Desarrollar el nuevo proceso de acreditación con la población en el centro del mismo. Ante los nuevos retos para la mejora de la calidad en todas sus dimensiones, es recomendable priorizar los derechos de la población beneficiaria y de los usuarios, con indicadores objetivos que midan necesidades y expectativas. La calidad interpersonal en términos de garantizar los principios éticos esenciales como trato digno, justifica incorporar criterios tanto en la cédula de evaluación como mediante encuesta, para evaluar derechos mínimos, como no discriminación, respeto a la privacidad y confidencialidad, acompañamiento a los pacientes e información al usuario y a su familia. En concreto, esto implica que la satisfacción de la población en términos de necesidades y expectativas forme parte de las condiciones necesarias para acreditarse, esto es, los llamados criterios mayores.

Integrar en el nuevo proceso de acreditación una plataforma informática para el registro y seguimiento de los criterios. La información que se genera durante un proceso de acreditación es de utilidad tanto para el establecimiento como para informar y monitorear el proceso de forma amplia. Desarrollar las herramientas de acreditación en plataformas digitales y con posibilidad de análisis es un elemento esencial para el proceso. Dicha plataforma permitiría identificar asimismo los retos recurrentes, a la vez que identificaría oportunamente deficiencias estructurales en los establecimientos. Es necesario que la plataforma informática de la acreditación y los indicadores de calidad se integren en los sistemas de información en salud existentes, y no como sistemas paralelos. La información debe utilizarse para la gestión, por lo que se requieren tableros de control a nivel hospital que le permitan a las autoridades de cada establecimiento contar con elementos de información sobre el desempeño de los mismos de forma estandarizada y en tiempo real.

Incluir en el proceso de acreditación criterios de efectividad de la atención. Tal como ha sido recomendado recientemente por un análisis de la OCDE,^{*} los resultados en salud son indicadores valiosos para evaluar la respuesta de los servicios a las necesidades de salud de la población que así lo demanda. En el nivel hospitalario que atiende condiciones incluidas en el CAUSES, monitorear el estado de salud en padecimientos prioritarios producto de la provisión de los servicios representaría un avance para la evaluación del desempeño de los establecimientos. Como se mencionó previamente, esto implica incluir el seguimiento a indicadores de efectividad de los hospitales en los convenios entre Federación y entidades, fortaleciendo la capacidad de registro de los mismos, e incentivando el uso de la información para decisiones locales.

Delegar en una instancia autónoma la función de acreditación para fortalecer el enfoque en la calidad. La experiencia en la mayoría de los países, tanto de ingresos altos como de ingresos medios y bajos, con mecanismos similares a la acreditación, sugiere considerar la pertinencia y factibilidad de separar la responsabilidad del proceso de acreditación para su realización por un organismo autónomo, lo que fortalecería la capacidad de incidencia del mismo y lo protegería de presiones políticas. Atender esta recomendación requiere la realización de un análisis comparado de alternativas, entre las que se incluyen tanto la conformación de un ente autónomo nuevo como la participación de instancias no gubernamentales.

* OECD. OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016, OECD Publishing, Paris. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>.

Implementar la acreditación de forma amplia a la totalidad de establecimientos proveedores de servicios de salud. Ampliar la acreditación a todos los hospitales públicos y privados, independientemente de su provisión de servicios al SPSS, es un aspecto que deberá ser considerado para responder con mayor integralidad a las políticas de mejora de la calidad en salud. La factibilidad de su implementación será posible sólo con la definición de la instancia autónoma de acreditación mencionada en el párrafo previo, ya que los recursos humanos y organización requerida para ampliar el espectro a todo el Sistema de Salud de México excede la capacidad de la Secretaría de Salud. Para garantizar el mantenimiento de los estándares y criterios de calidad, capacidad y seguridad es indispensable consolidar la supervisión como una estrategia permanente y la reacreditación obligatoria en los plazos establecidos.