

Certificación de establecimientos de atención médica en México: análisis de los incentivos para su continuidad

Ángel Fernando Galván-García, MAH y SP,⁽¹⁾ José de Jesús Vértiz-Ramírez, M en ISS,⁽²⁾
 Mario Salvador Sánchez-Domínguez, D en C,⁽³⁾ Alma Lucila Saucedo-Valenzuela, M en C,⁽³⁾
 Celina Magally Rueda-Neria, LIA,⁽³⁾ Ofelia Poblano-Verástegui, D en C.⁽²⁾

Galván-García ÁF, Vértiz-Ramírez JJ,
 Sánchez-Domínguez MS, Saucedo-Valenzuela AL,
 Rueda-Neria CM, Poblano-Verástegui O.
**Certificación de establecimientos de atención médica en
 México: análisis de los incentivos para su continuidad.**
Salud Publica Mex. 2019;61:524-531.
<https://doi.org/10.21149/9946>

Galván-García ÁF, Vértiz-Ramírez JJ,
 Sánchez-Domínguez MS, Saucedo-Valenzuela AL,
 Rueda-Neria CM, Poblano-Verástegui O.
**Certification of medical care facilities in Mexico:
 analysis of the incentives for its continuity.**
Salud Publica Mex. 2019;61:524-531.
<https://doi.org/10.21149/9946>

Resumen

Objetivo. Analizar el posible efecto de los modelos de certificación y de los incentivos implementados en la participación de establecimientos de atención médica (EAM) en la certificación del Consejo de Salubridad General entre 1999-2017. **Material y métodos.** Se colectaron documentos oficiales, impresos y en línea, sobre la certificación de EAM y se solicitó información a diversas instancias relacionadas mediante mecanismos de transparencia. Se analizó la participación de EAM en los períodos político-administrativos entre 1999-2017. **Resultados.** El promedio anual de participación entre 1999-2000 fue de 259.5 EAM; entre 2013-2016, de 72.5. La participación de EAM públicos es decreciente. En 2017, los EAM certificados eran <1%. **Conclusiones.** No se identificaron efectos positivos ni sostenidos de ajustes al modelo, ni de los incentivos implementados. Se observa disminución de la participación en los distintos períodos político-administrativos. Debe evaluarse profundamente el Sistema Nacional de Certificación de EAM y su posible efecto en la calidad clínica.

Palabras clave: certificación; acreditación; instituciones de salud; calidad de la atención de salud; incentivos; México

Abstract

Objective. To analyze the possible effect of certification models and healthcare organizations' (HOs) participation incentives in the General Health Council certification process in the 1999-2017 period. **Materials and methods.** Official printed and online documents about HOs' certification were collected. Information from instances related to the process was requested through transparency mechanisms. Health organizations' participation in political-administrative periods between 1997-2017 was analyzed. **Results.** The annual average participation in the certification process during the 1999-2000 period was 259.5 HOs; during the 2013-2016 period, the average was 72.5. Public units' participation in this process has been decreasing. In 2017, certified HO were <1%. **Conclusions.** No positive effects of adjustments to the certification model or the incentives applied were identified. Conversely, there is decreasing participation in the different political-administrative periods. The National HO Certification System and its possible effect on clinical quality must be thoroughly evaluated.

Keywords: accreditation; certification; health facilities; quality of health care; incentive; Mexico

(1) Consultor independiente.

(2) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(3) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 30 de julio de 2018 • **Fecha de aceptado:** 17 de enero de 2019
 Autor de correspondencia: Ofelia Poblano Verástegui, Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655,
 col. Santa María Ahuacatlán. 62100, Cuernavaca, Morelos, México.
 Correo electrónico: ofelia.poblano@insp.mx

En México, la certificación de establecimientos de atención médica (EAM) por el Consejo de Salubridad General (CSG) equivale a la acreditación que otorgan organizaciones como la *Joint Commission International* (JCI).^{1,2} Inició en 1999 como instrumento de evaluación para apoyar el mejoramiento del Sistema Nacional de Salud (SNS). Desde entonces ha tenido modificaciones en sus enfoques, métodos e instrumentos. Originalmente el proceso estaba dirigido a hospitales públicos y privados y era operado por agencias privadas.³ En 2002 se estableció que el CSG realizara la evaluación, con participación de profesionales de instituciones del SNS, y se incluyeron estándares específicos para evaluar hospitales psiquiátricos y unidades ambulatorias, de rehabilitación y hemodiálisis,⁴ basados en los modelos de certificación de la *International Organization for Standardization* (ISO).

En 2008 se creó el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (Sinaceam)⁵ con los subsistemas de “Articulación con otras instituciones y organizaciones” y de “Información, transparencia, difusión y promoción” teniendo, entre otros, el objetivo de incentivar la certificación e incrementar su demanda.

En 2009, el CSG adoptó los estándares de JCI para la acreditación de hospitales y promovió la evaluación basada en procesos rastreadores. En 2011 y 2012 se publicaron sendas ediciones de los estándares para hospitales con mejoras en la sintaxis y descripción de elementos medibles, y se actualizaron los estándares para otro tipo de unidades.

En 2014 se difundió la primera edición de estándares para unidades de atención estomatológica y en 2015 se publicaron dos ediciones de los estándares en las que se incluyó el “Modelo del CSG para la atención en salud con calidad y seguridad”, cuya denominación fue modificada en 2016 por “Modelo de seguridad del paciente del CSG”.

Desde el inicio, las autoridades responsables establecieron incentivos para incrementar la participación de EAM en el proceso. Los incentivos consistían en promover la certificación como requisito para establecer convenios con otras instancias, principalmente públicas:

- Requisito para que los hospitales privados formen parte de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES): mayo de 2000,⁶ ratificado en 2010.⁷
- Criterio de preferencia como campo clínico para ciclos clínicos e internado de pregrado, aplicable a establecimientos públicos y privados: enero de 2005.⁸
- Requisito para que las aseguradoras realicen pago directo a hospitales privados; establecido en 2010 en tres ciudades; para 2012 sería aplicable a todo el país.

- Requisito para renovar la vigencia de la acreditación de hospitales de la Secretaría de Salud (SS), para prestar servicios a beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud: a partir de 2011.⁵
- Requisito para la contratación gubernamental de servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados: a partir de 2012.⁹
- Requisito para la participación en premios de calidad que otorgan los gobiernos federal y estatales: a partir de 2012.¹⁰

Las iniciativas pueden estar agrupadas en función del periodo político administrativo en que se emitieron (cuadro I).

El proceso de certificación comprende tres fases: 1) inscripción y autoevaluación, 2) auditoría y 3) dictamen,⁵ a partir del cual se clasifica a los establecimientos como certificados y no certificados, según el cumplimiento de reglas de decisión establecidas por el propio CSG,¹¹ las cuales han sido modificadas en diversas ocasiones. La vigencia de la certificación es variable (entre uno y cinco años)¹¹ y depende de la calificación general obtenida y del cumplimiento de las reglas de decisión. Al concluir la vigencia de un certificado el establecimiento puede optar por recertificarse. El número de establecimientos con certificado vigente en un periodo determinado está compuesto por la suma de establecimientos recertificados y certificados por primera vez.

El objetivo de este trabajo es analizar y discutir si, entre 1999 y 2016, las modificaciones realizadas al modelo de certificación y los incentivos implementados han impulsado la mayor participación de EAM.

Material y métodos

Se revisó información disponible en la página del CSG para determinar el número y sector (público/privado) de establecimientos dictaminados por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM) de 1999 a 2017. También se solicitó información al CSG a través del Instituto Nacional de Acceso a la Información (INAI).^{12,13}

La información se analizó considerando los periodos político-administrativos y en cada uno los ajustes al modelo y los incentivos aplicados. Con el propósito de identificar un posible efecto de los incentivos específicos para establecimientos públicos y privados, se estratificaron los datos del periodo 2007-2016 en función del tipo de establecimiento.

Se revisó el cumplimiento de incentivos tipo requisito mediante consulta de diversas fuentes: páginas web de las compañías aseguradoras para identificar hospitales con los que mantienen convenios actualizados; los

Cuadro I
PERIODOS, AJUSTES E INCENTIVOS RELACIONADOS CON EL PROCESO
DE CERTIFICACIÓN ENTRE 1999 Y 2016. MÉXICO

<i>Periodo</i>	<i>Ajustes al modelo de certificación</i>	<i>Incentivos a la participación</i>
1999-2000	Inicio del proceso de certificación dirigido a hospitales públicos y privados: 1999. Las evaluaciones eran realizadas por organizaciones privadas con base en un conjunto de estándares basados en los formulados por la JCI.	Requisito para participar en red ISES: mayo de 2000. ⁶
2001-2006	Rediseño de la forma de operación asimilándola al método utilizado por ISO. Las evaluaciones eran realizadas por el CSG con participación de profesionales de instituciones que pertenecían al Sistema Nacional de Salud. Se amplió el tipo de establecimientos que podían participar en la certificación: 2002.	Criterio de preferencia como campo clínico: enero de 2005. ⁸
2007-2012	Publicación de estándares homologados con los de la JCI. Se implementó un nuevo enfoque para la realización de las evaluaciones basado en la identificación de procesos rastreadores: 2009. Actualización de los estándares para unidades de hemodiálisis y clínicas de atención primaria y consulta de especialidades: 2012.	Ratificación del requisito para participar en red ISES: 2010. ⁷ Requisito para que las aseguradoras realicen pago directo a los hospitales privados: 2010. Requisito para renovar la vigencia de la acreditación: 2011. ⁵ Requisito para la contratación gubernamental de servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados: 2012. ⁹ Requisito para la participación en los premios de calidad que otorga el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas: 2012. ¹⁰
2013-2016	Publicación de estándares para la certificación de unidades de atención estomatológica: 2014. Publicación de estándares para la certificación de hospitales en que se incorporó por primera vez el "Modelo del CSG para la atención en salud con calidad y seguridad" (tres ediciones): 2015.	

Descripción de las abreviaturas:

JCI: Joint Commission International

ISES: Instituciones de Seguros Especializadas en Salud

ISO: International Standardization Organization

CSG: Consejo de Salubridad General

Fuente: Elaboración propia con información disponible en la página web del Consejo de Salubridad General y del Diario Oficial de la Federación.⁵⁻¹⁰

servicios hospitalarios y de hemodiálisis contratados por los gobiernos federal y estatales a partir de 2012 se obtuvieron del "Reporte de los datos relevantes de los contratos ingresados a CompraNet",¹⁴ y en el padrón de beneficiarios de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) se identificó a las unidades que desde 2012 han recibido el Premio Nacional de Calidad que otorga la SS.¹⁵ El carácter no obligatorio de la certificación como criterio para asignar campos clínicos dificultó la apreciación de su efecto en la participación de los establecimientos.

Para identificar el universo de unidades certificables se consultó información (actualizada a junio de 2017) de unidades registradas con Clues (Clave Única de Establecimientos de Salud) por la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud (SSa);¹⁶ a través del INAI se solicitó a la DGCES información

sobre hospitales que participan en la red de prestadores de servicios de salud de las ISES,¹³ y el número de unidades de hemodiálisis se obtuvo consultando bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), actualizadas al 2015.¹⁷ Solo se encontró información sobre el número de unidades de rehabilitación del sector público que cuentan con Clues.

Se excluyeron 8 308 establecimientos con Clues por no ser "certificables" (el CSG no ha desarrollado estándares para ellos). Entre ellos están centros comunitarios de salud mental, laboratorios de citología, bancos de sangre, consultorios particulares, unidades médicas móviles, consultorios delegacionales y casas de salud. Por último, para estimar el alcance del proceso de certificación, se relacionó el número de establecimientos con certificado vigente a septiembre de 2017 con el total aproximado de establecimientos "certificables".¹⁸

Resultados

La figura 1 muestra el número de establecimientos dictaminados como certificados y no certificados entre 1999-2016; se representan los periodos político-administrativos, así como los momentos de ajustes al modelo de certificación e implementación de incentivos para la participación.

Durante los dos primeros años de funcionamiento del programa, la participación de hospitales fue considerablemente mayor que en cualquiera de los periodos posteriores. Se observa una drástica reducción al inicio del periodo 2001-2006 —especialmente en 2002 y 2003—, así como durante el último periodo iniciado en 2013.

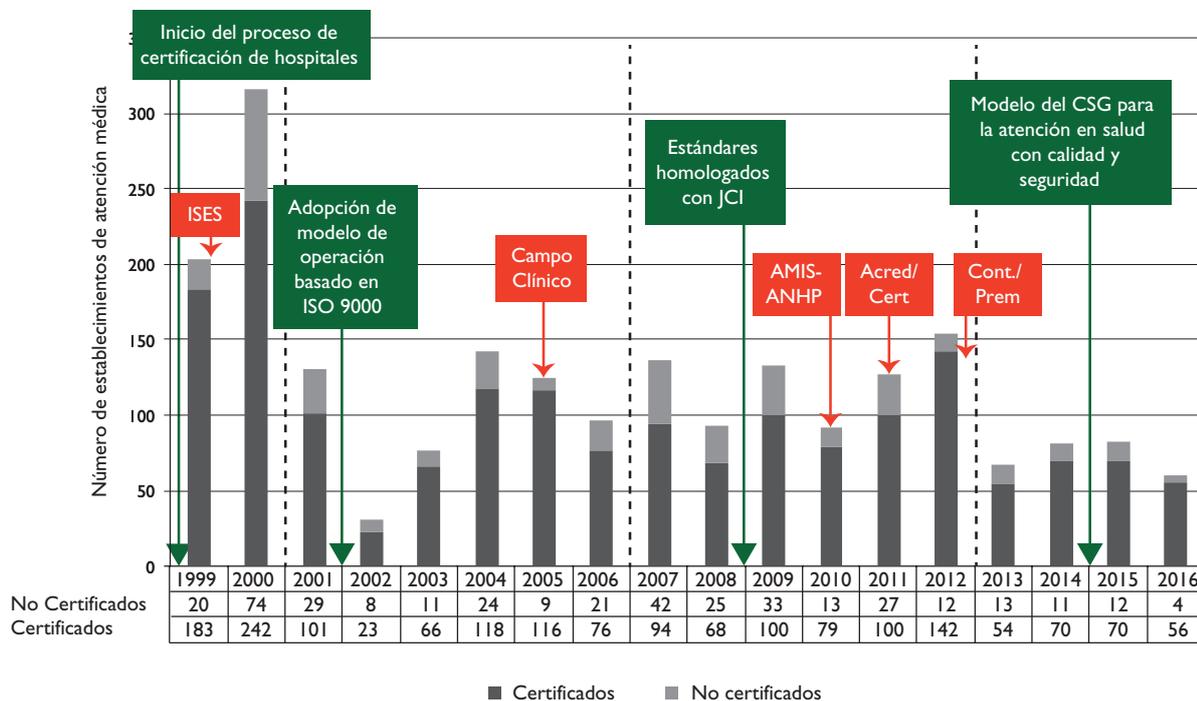
A los ajustes al modelo en 2002 y 2009 siguieron ligeros incrementos en la participación durante los años posteriores, aunque no ocurrieron de manera progresiva y sostenida. Tras la publicación del “Modelo del CSG para la atención en salud con calidad y seguridad” en

2015, la cantidad de establecimientos se mantuvo, y después disminuyó en 2016.

Respecto a los incentivos, se observan leves incrementos en la participación después de implementar la certificación como requisito para participar en las ISES (1999), establecer convenios con aseguradoras (2010), la reacreditación (2011), realizar contratos con agencias gubernamentales y participar en premios de calidad (2012). Sin embargo, no se identifica continuidad o una tendencia creciente.

El cuadro II muestra los promedios anuales de establecimientos dictaminados por la CCEAM para cada periodo. Se observa una reducción importante en la participación, que es más notoria en el periodo 2013-2016.

En la figura 2 se aprecia también que la participación de establecimientos públicos ha sido inestable; en 2012 hubo un incremento importante (de 37 a 79); a partir de 2013, la reducción es abrupta (de 79 a 33) con tendencia decreciente. Por el contrario, la participación



En verde: iniciativas clave de ajuste al modelo de certificación.

En rojo: incentivos para incrementar la participación de establecimientos.

ISES: Instituciones de Seguros Especializados en Salud; ISO: International Organization for Standardization; JCI: Joint Commission International;

AMIS: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros; ANHP: Asociación Nacional de Hospitales Privados;

Acred/cert: Requisito para renovar la vigencia de la acreditación; Cont/Prem: Requisito para la contratación gubernamental de servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados. Requisito para la participación en los premios de calidad que otorga el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas. CSG: Consejo de Salubridad General.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Consejo de Salubridad General¹¹⁻¹³

FIGURA 1. ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DICTAMINADOS POR LA COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA COMO CERTIFICADOS Y NO CERTIFICADOS POR AÑO, PERIODO 1999 A 2016. MÉXICO

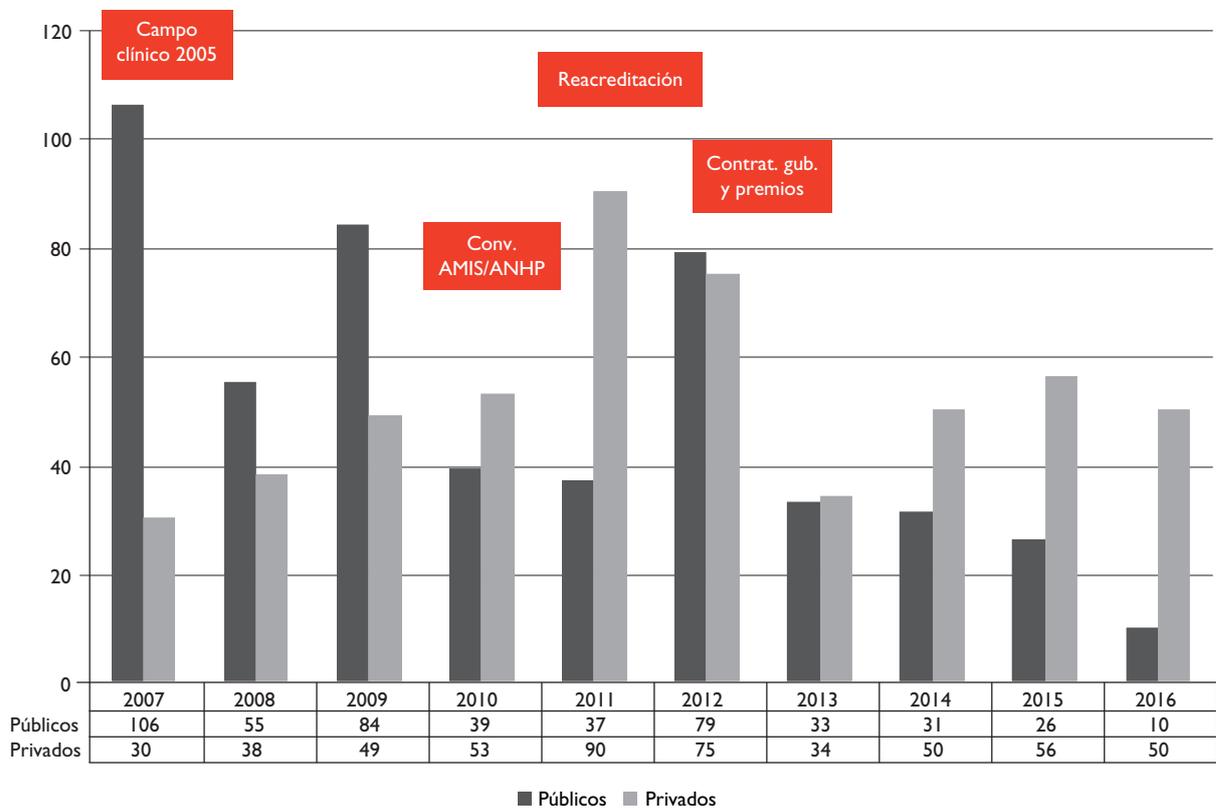
Cuadro II
PROMEDIO ANUAL DEL NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DICTAMINADOS
POR LA COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA
SEGÚN LOS PERIODOS POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS ENTRE 1999 Y 2016. MÉXICO

Periodos político-administrativos	Años considerados en el periodo	Total de establecimientos dictaminados en el periodo	Promedio anual* de establecimientos dictaminados (certificados y no certificados)
1999 – 2000	2	519	259.5
2001 – 2006	6	602	100.3
2007 – 2012	6	735	122.5
2013 – 2016	4	290	72.5

Nota:

*Se calcula a partir del total de establecimientos que fueron dictaminados por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica en un periodo político-administrativo, dividido entre el número de años considerado en cada periodo.

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el Consejo de Salubridad General.¹²



Conv. AMIS/ANHP: convenio entre la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros y la Asociación Nacional de Hospitales Privados; Contrat. gob y Premios: requisito para la contratación gubernamental de servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, y premios de calidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Consejo de Salubridad General¹¹⁻¹³

FIGURA 2. ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DICTAMINADOS POR LA COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA, POR TIPO DE INSTITUCIÓN, PERIODO 2007 A 2016 Y LOS AÑOS DE ESTABLECIMIENTO E INICIO DE LOS INCENTIVOS. MÉXICO

de establecimientos privados mostró incrementos entre 2007 y 2010, año en que se definió la certificación como requisito para establecer convenios de pago directo con aseguradoras. En 2011, el número de establecimientos privados casi se duplicó (de 53 a 90) para disminuir en 2012 y, al igual que los públicos, bajar drásticamente en 2013 (de 75 a 34). También se observa disminución en la proporción de establecimientos públicos participantes, 77.9 a 16.7% entre 2007-2016. Desde 2010 el número de establecimientos privados ha sido mayor que los públicos, excepto en 2012.

La certificación como requisito para participar en las redes ISES no se ha cumplido a cabalidad; a diciembre de 2016, las cinco ISES reportadas por la DGCEs¹³ trabajaban con 302 hospitales, de los cuales sólo 77 (25.5%) estaban certificados. La certificación como criterio para asignación de campos clínicos fue eliminada en el proyecto de actualización de la Norma Oficial Mexicana 234-SSA1-2003, publicado en 2014.¹⁹

Se estableció 2012 como plazo para que la certificación fuera requisito para el pago directo de aseguradoras a hospitales privados en todo el país. No obstante, el reducido número de establecimientos dictaminados por la CCEAM a partir de 2010 (figura 2), el bajo número de hospitales privados con certificado vigente para septiembre de 2017 (114 de un total de 3 292),¹⁸ y la existencia de convenios de aseguradoras con hospitales no certificados, reflejan el incumplimiento a esta disposición.

En agosto de 2012, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud estableció la vigencia indefinida del dictamen de acreditación,²⁰ lo que quizá anuló el efecto que la certificación como requisito para la reacreditación pudo haber tenido entre hospitales de la SS.

En el "Reporte de los datos relevantes de los contratos ingresados a CompraNet" y en la consulta a la DGCEs, se confirmó que la certificación ha sido considerada requisito para la contratación gubernamental de servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, así como para la participación de EAM (públicos y privados), en los premios de calidad que otorgan los gobiernos federal y estatales.

Los establecimientos de consulta externa y hospitalización certificables con Clues fueron 28 649,¹⁶ más 71 hospitales sin Clues integrados a la red de servicios de ISES,⁹ y 579 unidades de hemodiálisis registradas en INEGI, suman un total de 29 299 EAM certificables. En septiembre de 2017 contaban con certificado vigente 246 (0.84%),¹⁸ de los cuales 145 son hospitales (4.4% considerando un total de 3 292 hospitales). Además, en 2014 se publicaron por primera vez los estándares para consultorios dentales, sin que alguno se haya certificado con éstos.

Discusión

En la bibliografía del tema se han identificado barreras externas (cambios en el gobierno, falta de legitimación y problemas de financiación) e internas (operación complicada y gestión deficiente de recursos, procesos, información y participantes) para una implementación exitosa y sostenible de programas de acreditación/certificación. Se reconoce que la sostenibilidad del programa, independientemente de las características del país, está influenciada por el apoyo político gubernamental, tamaño de mercado sanitario suficientemente grande, financiación estable del programa, incentivos para participar y mejora continua en las agencias de acreditación.²¹ Los resultados de este estudio evidencian algunos de los problemas mencionados relacionados con la participación de EAM en el proceso mexicano de certificación.

La participación disminuyó desde 1999, de manera abrupta en los periodos 2001-2006 y 2013-2016. Es consistente con estudios internacionales donde se reportó que en 15 de 20 países de ingresos bajos y medianos de Centro y Sudamérica (Colombia, Brasil y Argentina), los programas de acreditación/certificación cubren un pequeño número de EAM, y que en las agencias de acreditación/certificación en Europa, la mayoría de países reportó menos de 35 evaluaciones anuales con excepción de Bulgaria y Francia.²²

Tres de los seis incentivos institucionales para la participación no se han implementado del todo, y el efecto de los restantes, de haberlo, ha sido mínimo y discontinuo. El nivel de participación podría explicarse mediante las modificaciones al modelo de certificación en las distintas administraciones, cuya influencia pareciera ser más notoria en los periodos iniciados en 2001 y 2007. No obstante, también en este caso el efecto ha resultado mínimo y temporal. Los periodos político administrativos, por sí solos, parecen haber tenido repercusiones más claras, aunque no positivas. Esto último es más evidente en el periodo 2013-2016, donde el nivel alcanzado tras la drástica reducción de establecimientos dictaminados se mantiene cada año. Una explicación tentativa es el posible descontrol provocado por la publicación de tres ediciones de estándares para la certificación de hospitales entre 2015 y 2016.^{3,23}

La decreciente participación de establecimientos públicos representa un problema importante, toda vez que cuestiona la capacidad del CSG para influir, en tanto autoridad sanitaria,²⁴ en el sector que debería mostrar mayor interés en cumplir una política pública destinada a mejorar la calidad de la atención médica para la población mexicana. Es interesante notar que la

mayor proporción de participantes privados implica que el subsidio público* para la realización del proceso, en términos de horas hombre y experiencia de servidores públicos, se convierte en “gasto” y no en “inversión”, ya que los evaluadores (por lo general profesionales de instituciones públicas), dejan sus áreas de responsabilidad o suspenden actividades (frecuentemente de contacto con pacientes), probablemente generando doble pago por contratación de suplentes. La expectativa de que la experiencia de evaluar EAM privados beneficie a instituciones públicas no está ocurriendo, ya que éstas participan cada vez menos en el proceso. Lo anterior cobra relevancia ante el reconocimiento de que el sector público atiende una cantidad mayor de pacientes, en condiciones de mayor vulnerabilidad, pero que no están recibiendo los supuestos beneficios potenciales de ser atendidos en establecimientos certificados.

El problema principal consiste en el limitado alcance de la certificación. No se puede soslayar el hecho de que el CSG es una autoridad sanitaria que debe tener como foco de atención el funcionamiento del SNS²⁴ y no solamente el desempeño individual y aislado de los EAM.

Además de que la participación en el proceso de certificación está en el nivel más bajo de su historia, el CSG tiene además el desafío de demostrar su impacto favorable en la calidad y seguridad de los pacientes. Al respecto, estudios extranjeros han documentado que el mejoramiento de indicadores de calidad específicos no ha sido el esperado y que los cambios observados no son atribuibles a procesos de este tipo.²⁵

Conclusiones

La participación en el proceso de certificación ha sido limitada y decreciente, especialmente en el sector público, a pesar de los recursos invertidos tanto por el CSG como por los EAM. El nulo efecto de los incentivos y de las modificaciones al modelo de certificación en el número de establecimientos que cada año se inscriben puede evidenciar un problema de legitimidad del proceso de certificación. Si se consideran los periodos

político-administrativos, las repercusiones parecieran incluso contravenir lo esperado.

Lo anterior, junto con la falta de evidencia sobre el efecto de la acreditación-certificación en la calidad clínica, muestra la necesidad de una revisión a fondo del Sinaceam. Dicha revisión deberá tomar como fundamento el alcance de las atribuciones legales del CSG en relación con el amplio ámbito del SNS, más que con el ámbito restringido del funcionamiento de los EAM.

Limitaciones

No se evaluó el posible efecto de las deficiencias en la capacidad de respuesta, la organización de la logística de las evaluaciones a los EAM, el reclutamiento, capacitación y desarrollo de competencias de los evaluadores, los costos de implementación y la eficiencia del proceso de evaluación, así como la gestión de información y de las partes interesadas.

Los datos disponibles en la página del CSG no muestran evolución en el tiempo, sólo es visible la lista de establecimientos que en la fecha de corte han sido certificados o están en el proceso. No estuvo al alcance de este trabajo la identificación de incentivos que determinarían la participación en cada periodo.

Aspectos éticos

La información analizada en este artículo es pública, no incluye datos de personas. La identidad de las unidades participantes y su información se manejó con confidencialidad mediante la asignación de números de folio para su procesamiento. Los autores declaran no tener conflicto de interés ni haber recibido beneficios de ningún tipo que pudieran incidir en los resultados presentados. Por su diseño retrospectivo, el estudio no influyó en la decisión de los hospitales para participar en el proceso de certificación.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Galván-García ÁF, Vértiz-Ramírez JJ, Saucedo-Valenzuela AL, Poblano-Verástegui O, Ruelas-Barajas E, Sánchez-Domínguez MS. Revisión de los resultados de la auditoría de certificación en hospitales mexicanos de 2009 a 2012. *Salud Pública Mex.* 2018;60:202-11. <https://doi.org/10.21149/8421>
- Ruelas E, Poblano O, eds. *Certificación y acreditación en los servicios de salud: modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica.* Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2005.

* En apego al principio de independencia que asumió el Sinaceam, los auditores no deben pertenecer a la institución que evalúan y deben manifestar no tener vínculos con el establecimiento evaluado que pudieran limitar su imparcialidad y objetividad (<http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion2010/preguntascsg>). Lo anterior determina que los equipos de auditores (ahora evaluadores) que acuden a establecimientos privados estén integrados principalmente por profesionales que laboran en instituciones públicas y viceversa.

3. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales. México: Diario Oficial de la Federación, 1 de abril de 1999 [citado oct 24, 2017]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=4946517
4. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. México: Diario Oficial de la Federación, 22 de agosto de 2002 [citado oct 24, 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/acpnceam.html>
5. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. México: Diario Oficial de la Federación, 28 de mayo de 2008 [citado oct 24, 2017]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5044752&fecha=13/06/2008
6. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Reglas para la Operación del Ramo de Salud. México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 15 de mayo de 2000 [citado ene 10, 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/r250500.html>
7. Diario Oficial de la Federación. Reglas para la Operación y Desarrollo del Ramo de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, 6 de abril de 2010 [citado oct 24, 2017]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5143868&fecha=24/05/2010
8. Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado. México: Secretaría de Salud, 30 de diciembre de 2004 [citado oct 24, 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/234ssa103.html>
9. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales. México: Diario Oficial de la Federación, 15 de diciembre de 2011 [citado oct 24, 2017]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5227367&fecha=29/12/2011
10. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se establece como obligatorio el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General en las convocatorias para la participación de los establecimientos hospitalarios, ambulatorios, de rehabilitación y de hemodiálisis, en los premios de calidad que otorga el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas. México: Diario Oficial de la Federación, 15 de diciembre de 2011 [citado oct 24, 2017]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5227368&fecha=29/12/2011
11. Consejo de Salubridad General. Reglas de decisión unificadas 2017. México: Gobierno de la República, 2017. [citado oct 24, 2017]. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/dictamen/reglas_desicion/v2-ReglasUnificadas-Junio2017.pdf
12. Consejo de Salubridad General. Oficio de respuesta a la solicitud de información con número de folio 0001200245717, fechado 11 de agosto de 2017. México: Gobierno de la República, 2017. [citado mar 8, 2018]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1DNv65FQYrbjT6j46VyOPtK-jbFokarU_view
13. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Oficio de respuesta a la solicitud de información con número de folio 0001200265817, fechado 4 de agosto de 2017. México: Gobierno de la República, 2017. [citado mar 8, 2018]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1iILEE92BQtVbhAlIX2SXhknWxKFnEp5K/view>
14. Secretaría de la Función Pública. CompraNet. Contratos - Unidades Compradoras. México: Gobierno de México. México: Gobierno de la República, 2017. [citado 7 ene, 2019]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/cnetuc/contrataciones>
15. Secretaría de Salud. Gobierno de México. Programa Calidad en la Atención Médica. Padrón de Beneficiarios 21 de febrero de 2018. México: Gobierno de México, [citado 7 ene, 2019]. Disponible en: http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/padron_beneficiarios.html
16. Dirección General de Información en Salud. Catálogos CLUES. México: Gobierno de la República. [citado oct 24, 2017]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares. México: INEGI. México: Gobierno de la República, 2017. [citado oct 24, 2017]. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/programas/salud/>
18. Consejo de Salubridad General. Establecimientos de Atención Médica con Certificado vigente. México: Gobierno de la República. [citado oct 24, 2017]. Disponible en: <https://drive.google.com/open?id=1w5ucpXYEWF8g57S1r7omSX2fSmIBXQtG>
19. Diario Oficial de la Federación. Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado, para quedar como: Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-033-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. México: Diario Oficial de la Federación, 8 de octubre de 2014 [citado oct 24, 2017]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota%3D5364816
20. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud. Oficio de fecha 1 de agosto de 2012. México: Secretaría de Salud, [citado octubre 24, 2017]. Disponible en: <https://drive.google.com/open?id=1zPaYPK3inQv0-keEIEvP9seyS20iuC>
21. Shaw CD, Kutryba B, Braithwaite J, Bedlicki M, Warunek A. Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. *Int J Qual Heal Care.* 2010;22(5):341-50. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq043>
22. Braithwaite J, Shaw CD, Moldovan M, Greenfield D, Hinchcliff R, Mumford V, et al. Comparison of health service accreditation programs in low- and middle-income countries with those in higher income countries: a cross-sectional study. *Int J Qual Heal Care.* 2012;24(6):568-77. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs064>
23. Consejo de Salubridad General. El proceso de certificación. Centenario del Consejo de Salubridad General 1917-2017. México: Gobierno de la República. [citado oct 24, 2017]. Disponible en: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/sinaceam/historico/HISTORICO-web.pdf>
24. Ley General de Salud. Artículo 4o., Artículo 17. Última Reforma DOF 12-07-2018. México: Diario Oficial de la Federación. [citado jul 26, 2018]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf
25. Arenas-Pajón CH, Tamayo-Rendón CM. Indicadores administrativos y financieros antes y después de la acreditación en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Rev CES Med.* 2010;24(2):9-20. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/3703>