

# Análisis comparativo de la acreditación de unidades médicas en Canadá, Chile, la Comunidad Autónoma de Andalucía, Dinamarca y México

*Ofelia Poblano Verástegui,<sup>1</sup> Alma Lucila Saucedo Valenzuela,<sup>2</sup> Ángel Galván García,<sup>3</sup> José de Jesús Vértiz Ramírez,<sup>1</sup> Raúl Anaya Núñez,<sup>4</sup> José Ignacio Santos Preciado,<sup>5</sup> Liliana Trujillo Reyes<sup>6</sup> y Pedro Jesús Saturno Hernández<sup>1</sup>*

## Forma de citar

Poblano Verástegui O, Saucedo Valenzuela AL, Galván García A, Vértiz Ramírez JJ, Anaya Núñez R, Santos Preciado JI, et al. Análisis comparativo de la acreditación de unidades médicas en Canadá, Chile, la Comunidad Autónoma de Andalucía, Dinamarca y México. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e75. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.75>

## RESUMEN

**Objetivo.** Contrastar las características del proceso de acreditación de establecimientos de salud en Canadá, Chile, la Comunidad Autónoma de Andalucía, Dinamarca y México, con el fin de identificar elementos comunes y diferencias, y las lecciones aprendidas que puedan ser de utilidad para otros países y regiones.

**Métodos.** Estudio observacional, analítico y retrospectivo en el que se usaron fuentes secundarias de libre acceso sobre acreditación y certificación de establecimientos de salud durante el período 2019-2021 en estos países y regiones. Se describen las características generales del proceso de acreditación y sus respuestas a puntos clave del diseño de estos programas. Además, se generaron categorías de análisis para el avance en su implementación y su nivel de complejidad, y se resumen los resultados favorables y desfavorables informados.

**Resultados.** Los componentes operativos del proceso de acreditación son peculiares de cada país, aunque comparten similitudes. El programa de Canadá es el único que contempla algún tipo de evaluación responsable. Hay una amplia variación en la cobertura de establecimientos acreditados entre países (desde 1% en México a 34,7% en Dinamarca). Entre las lecciones aprendidas, se destacan la complejidad de aplicación del sistema mixto público-privado (Chile), el riesgo de una excesiva burocratización (Dinamarca) y la necesidad de incentivos claros (México).

**Conclusiones.** Los programas de acreditación operan de forma peculiar en cada país o región, logran alcanzar diferentes y presentan problemáticas también diversas, de las que podemos aprender. Es necesario considerar los elementos que obstaculizan la implementación y generar adecuaciones para los sistemas de salud en cada país o región.

## Palabras clave

Acreditación; certificación; calidad de la atención de salud; establecimientos de salud.

En el campo de la gestión de la calidad, la acreditación es una herramienta externa para evaluar el grado de cumplimiento

de unos estándares predeterminados, cuyo objetivo lógico sería que favoreciese dinámicas de mejora en las instituciones

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Salud Pública, Ciudad de México, México. ✉ Alma Lucila Saucedo Valenzuela, [alma.sauceda@insp.mx](mailto:alma.sauceda@insp.mx)

<sup>3</sup> Consultor independiente, Ciudad de México, México.

<sup>4</sup> Planeación y Desarrollo del Instituto de Servicios de Salud de Aguascalientes, Aguascalientes, México.

<sup>5</sup> Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

<sup>6</sup> Escuela de Salud Pública de México, Cuernavaca, México.

sometidas al proceso de acreditación (1). En Estados Unidos de América (EE.UU.), el primer ejercicio de evaluación en las instituciones médicas se realizó hace casi 100 años (2). La creación de un conjunto de estándares muy elementales en 1917 constituyó el primer ejercicio de acreditación que se aplicó en los hospitales universitarios más prestigiados de EE.UU. Más tarde, el modelo se expandió a Australia (1926) y a Canadá (1953), cuando el Servicio de Salud Canadiense se independizó del sistema estadounidense (3). El origen de la acreditación en el sector salud tiene como representante paradigmático a la Joint Commission on Health Care Organizations (JCAHO) de EE.UU. (4-5). El enfoque anglosajón, originado en un sistema de salud en su mayoría privado, ha sido replicado y adaptado en casi todo el mundo, principal e inicialmente en la Mancomunidad de Naciones y en los Países Bajos. En Europa, el avance de la acreditación fue lento, pero hoy varios de los países miembros de la Unión Europea poseen este tipo de programas. En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud impulsó la acreditación (6-7). En este continente, en Asia y otros países europeos, como España, existen enfoques particulares basados en legislación pública, más cercanos a la regulación que a un proceso, como el original, de comparación entre pares, voluntario y administrado por una entidad independiente (3). En el ámbito internacional se utiliza el término “acreditación”, mientras que en México se conoce como certificación, iniciada de manera formal con la publicación del Programa de Certificación de Hospitales en el Diario Oficial de la Federación en 1999 (8-9). Hoy en día, la acreditación está arraigada en el ideario de la gestión de la calidad en servicios de salud, a pesar de la evidencia poco concluyente sobre su efectividad (10-12), dada la importancia de asegurar una organización e infraestructura adecuadas que posibiliten las mejores prácticas en los procesos clínicos.

En todos los casos, y en general, los procesos de acreditación se adaptaron a las características y forma de gestión de los sistemas de salud de cada país. Una de estas características es si el sistema es, en su mayoría, público o privado. De esta forma, acorde con los factores sociales, económicos y políticos del contexto, cada país ha tenido que responder, con fortuna o desacierto, a varias cuestiones clave para el desarrollo de su programa de acreditación. Entre estas cuestiones se hallan el grado de independencia de la entidad acreditadora, la obligatoriedad o voluntariedad del programa, el balance de la implicación interna y externa en el proceso de evaluación, los estándares, priorizados o no, a evaluar, y las consecuencias para los establecimientos de los dictámenes de la acreditación. Además, en varios países, sobre todo industrializados, la acreditación se relaciona con los mecanismos de financiamiento de los servicios de salud (11-12).

Este estudio tiene como objetivo comparar las características del diseño y lecciones aprendidas de la operacionalización del proceso de acreditación en cinco sistemas de salud diferentes. Tres corresponden a países industrializados y una región con sistemas en su mayoría públicos: Canadá, la Comunidad Autónoma de Andalucía y Dinamarca, y dos corresponden a países latinoamericanos con economías en transición, Chile y México, con sistemas diferentes y distinto peso de instituciones públicas y privadas. El fin último es identificar respuestas y elementos, positivos y negativos, que puedan ser útiles para el diseño o mejora de los programas de acreditación en México y en otros países.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, analítico y retrospectivo, con base en la revisión de información de libre acceso. Los países se seleccionaron por conveniencia, con base en las características de sus respectivos sistemas de salud y la existencia de procesos de acreditación consolidados, así como por el interés de los autores en rescatar lecciones aprendidas que pudieran ser de utilidad para la reestructura del sistema de acreditación de México y países o regiones con sistemas de salud públicos similares a los estudiados. Se eligieron sistemas en su mayoría públicos de países y regiones industrializadas, aunque de estructura gerencial diferente (Canadá, la Comunidad Autónoma de Andalucía en España y Dinamarca), y dos países latinoamericanos con economías en transición y sistemas de salud diferentes en cuanto a la combinación de sistema público-privado y la estructura del componente público.

Se consultó información disponible en Internet para el período enero del 2019 a mayo del 2021 alusiva a: a) artículos científicos, libros y documentos técnicos relacionados con acreditación, y su equivalente de certificación en México, para los países, regiones y programas seleccionados; b) información institucional publicada sobre acreditación en las páginas web de las entidades acreditadoras; y c) información sobre el total de establecimientos pasibles de acreditación por cada programa frente a los establecimientos acreditados.

Se obtuvo asimismo información sobre las características demográficas, económicas y aspectos generales del sistema de salud de los cinco países (en el caso de España, la Comunidad Autónoma de Andalucía), que incluía: población total, índice de desarrollo humano, clasificación según nivel de ingresos, gasto en salud (porcentaje del producto interno bruto [PIB]) y origen del aporte del gasto (público y privado), modelo de sistema de salud y esquema de financiamiento.

Los criterios en los que se basó la comparación de los sistemas de acreditación fueron, en primer lugar, aspectos organizacionales que responden a elementos clave del diseño de los programas, como las características de la entidad acreditadora y su grado de independencia, el carácter voluntario u obligatorio de la participación, las etapas propias del proceso, con énfasis en el balance de la participación interna y externa y su grado de colaboración, y los grupos de estándares a evaluar. En segundo lugar, buscamos en la documentación obtenida de las descripciones sobre el nivel de complejidad, referido a la percepción del personal de los establecimientos sobre la cantidad de trabajo adicional y las dificultades que implica la preparación para participar en la acreditación, y el avance en la implementación, referido al alcance del proceso de acreditación en términos del interés manifiesto por parte de los establecimientos de salud para iniciar el proceso y obtener la acreditación, corroborado con el número de establecimientos acreditados y su porcentaje sobre el total de establecimientos acreditables. En ambos casos, en el nivel de complejidad y en el avance en la implementación, se consensuó la clasificación y asignación de los sistemas analizados en las categorías “alto”, “medio” y “bajo”.

Además, se extrajeron de los documentos analizados las afirmaciones sobre los resultados generales favorables y no favorables derivados del proceso de acreditación en cada uno de los programas.

Este estudio forma parte del proyecto *Bases para el desarrollo de un nuevo modelo de evaluación externa para establecimientos de atención*

médica con enfoque en la mejora de la calidad en el sistema nacional de salud, que fue revisado por el Comité de Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, y autorizado con el número 1640.

## RESULTADOS

### Contexto de los sistemas de salud de los países y comunidad autónoma

Las características de los países y sistemas de salud comparados no son homogéneas, México es el más poblado y Dinamarca, el que tiene menos habitantes (13-14). Todos con nivel de ingresos alto, excepto México (medio alto) (15). Dinamarca tiene el mejor índice de desarrollo humano (IDH) (lugar 11) y México ocupa la última posición (lugar 76). Canadá, Chile, Dinamarca y España cuentan con una clasificación “muy alto” del IDH y México está en categoría de “alto” (16). Sobre el gasto en salud como porcentaje del PIB, Canadá destina el mayor gasto y México el menor. De este gasto, más de 70% corresponde a gasto público en Canadá, Dinamarca y España, a diferencia de Chile y México, donde 51% y 48% corresponde a gasto privado, respectivamente (17-18) (cuadro 1).

En Canadá, Dinamarca y España prevalece un sistema de salud público y gratuito, basado en principios de igualdad y acceso universal (19-21). En México, el sistema de salud está segmentado según la inserción laboral de la población: a) seguridad social, b) subsistema público gratuito y c) sector privado (22); mientras que en Chile es un sistema de salud mixto, donde el sector público atiende un segmento de la población a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el sistema privado tiene gran participación a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) (23). En Canadá, Dinamarca y España el financiamiento de la atención a la salud proviene, en su mayoría, de fondos públicos. En México y Chile, a pesar de que existe financiamiento estatal, una parte considerable proviene de cuotas obrero-patronales, además de la relevancia del gasto privado (cuadro 1).

### Comparación de los elementos rectores y operacionales del proceso de acreditación

Las entidades acreditadoras y su grado de independencia varían entre los países y regiones (cuadro 2). En la Comunidad Autónoma de Andalucía y en México son organismos que funcionan, en teoría, de manera independiente, pero están regidos y adscritos a las instituciones rectoras del sistema de salud (en Andalucía, la Agencia de Calidad Sanitaria, dependiente del gobierno local, y en México, el Consejo de Salubridad General) (24-25). En Chile son entidades acreditadoras privadas que operan con supervisión de la Superintendencia de Salud (26-27). En Dinamarca es el Instituto Danés para la Calidad y Acreditación de la atención a la salud (IKAS) (28), el cual es una institución independiente con financiamiento parcial público, mientras que en Canadá opera Accreditation Canada (29), organismo sin fines de lucro y con un esquema más parecido al esquema inicial, propuesto por la JCAHO, de que se trate de una entidad independiente.

La decisión sobre la obligatoriedad o voluntariedad de someterse al proceso de acreditación también ha sido diferente en los países y regiones (cuadro 2). En Chile y en Andalucía, la acreditación es obligatoria para los establecimientos que tengan acuerdos asistenciales y de prestación de servicios con el

sistema público de salud (30-31). Para el resto de los establecimientos, la acreditación es voluntaria (24, 26). En México, es voluntaria para todos los establecimientos (25).

Las etapas del proceso y el balance entre las actividades internas y las actividades externas tienen grandes similitudes en los cinco lugares, aunque con algunas diferencias relevantes. En todos los casos, hay una etapa previa a cargo de las instituciones que quieren ser acreditadas. Esta etapa puede ser mediante encuesta (Canadá y Dinamarca) (28-29), solicitud de inscripción detallada (Chile, Comunidad Autónoma de Andalucía y México) (24-25, 31-32), seguida de autoevaluación (Comunidad Autónoma de Andalucía y México). La siguiente etapa, común en todos los programas, es la evaluación externa (evaluación de terreno, inspección o auditoría) y, por último, el dictamen o resolución del proceso (cuadro 2). En Canadá, más allá del dictamen se ofrece apoyo para guiar y mantener las mejoras, y asegurar que perduren a través del tiempo. En la Comunidad Autónoma de Andalucía, también se prevé alguna forma de seguimiento, pero sin implicación o colaboración directa con las instituciones para apoyar las mejoras.

El origen de los estándares y los estándares en sí mismos, a evaluar en el proceso de acreditación, son distintos en cada caso. Canadá, utiliza estándares desarrollados por The Health Standards Organization, y México, estándares homologados a los de la JCAHO desde 2012. En los demás países y regiones comparados existe un desarrollo local de estándares, agrupados bajo diferentes formas de clasificación (cuadro 2).

El avance en la implementación del proceso de acreditación en Canadá y en la Comunidad Autónoma de Andalucía podría calificarse, de forma comparativa, como alto, en tanto que, en Dinamarca, medio, afectado por la eliminación del proceso en el nivel hospitalario en 2015 (29, 33). En Chile y México, la implementación ha sido lenta y difícil, sobre todo en México, donde la acreditación es totalmente voluntaria, entre otras causas por las reticencias de las instituciones hospitalarias para participar, así como por las discontinuidades en la implementación del programa, en especial por los cambios de administración (34-35). En consonancia con estas diferencias, la proporción aproximada de establecimientos acreditados con relación al total de establecimientos susceptibles de serlo también varía entre países (36-37). Canadá estima que más de 1 100 establecimientos están acreditados de un universo de más de 7 000 establecimientos posibles (15,7%); en Chile, aproximadamente 571 establecimientos de 3 297 potenciales (17,3%); en Dinamarca, 373 de 1 075 (34,7%); en Andalucía, 466 de 1 594 (29,2%) y en México, 310 establecimientos acreditados de un total de 29 299 (1%) (cuadro 2).

La complejidad para realizar el proceso de acreditación en Canadá, la Comunidad Autónoma de Andalucía y México, según las valoraciones informadas en los documentos analizados, conlleva a considerarla en nivel medio, mientras que, en Chile y Dinamarca, en nivel alto. La principal queja es la burocratización del proceso y la baja aceptación del personal de salud participante, puesto que supone más trabajo, no siempre retribuido, en lugar de considerarlo mejora de la atención (cuadro 2).

### Resultados de la implementación del proceso de acreditación

Diversos artículos, así como informes de las propias agencias acreditadoras, señalan en todos los casos analizados tanto

**CUADRO 1. Características sociodemográficas y del sistema de salud, por país o región**

| Características                     | Canadá   | Chile  | Dinamarca  | Comunidad Autónoma de Andalucía  | México   |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Población total                     | 37 742 157   | 19 116 209   | 5 792 203  | 8 414 240  | 128 932 753  |
| Nivel de ingresos                   | Alto   | Alto   | Alto   | Alto   | Medio alto   |
| IDH                                 |  |  |  |  |  |
| Valor                               | 0,922  | 0,847  | 0,930  | 0,893  | 0,767  |
| Lugar                               | 13   | 42   | 11   | 25   | 76   |
| Clasificación                       | Muy alto   | Muy alto   | Muy alto   | Muy alto   | Alto   |
| Gasto en salud (% del PIB)          |  |  |  |  |  |
| Total                               | 10,30  | 7,80   | 8,80   | 6,30   | 6,20   |
| Gasto público                       | 71   | 49   | 83,70  | 70,70  | 52   |
| Gasto privado                       | 29   | 51   | 16,30  | 29,30  | 48   |
| Sistema de salud                    | Público (administración provincial)  | Mixto (público/ privado)   | Público universal (acceso gratuito)                              | Público universal (acceso gratuito)                                    | Segmentado (público, seguridad social y privado)                               |
| Financiamiento del sistema de salud | Público: federal, provincias y entidades territoriales; impuestos y tributos | Mixto: impuestos generales, cotizaciones de trabajadores y gasto de bolsillo | Público: mayoritariamente impuestos generales a cargo del estado | Público: principalmente impuestos generales (de comunidades autónomas) | Mixto: estado, empleadores y trabajadores; seguros privados; gasto de bolsillo |

IDH: índice de desarrollo humano; PIB: producto interno bruto.

**Fuente:** elaboración propia con base a la consulta de bibliografía y sitios de internet (13-23).**CUADRO 2. Elementos operativos del proceso de acreditación, por país o región**

|   | Canadá  | Chile   | Dinamarca   | Comunidad Autónoma de Andalucía  | México  |
|---|---|---|---|--|---|
| Responsable                                   | Accreditation Canada: organización no gubernamental sin fines de lucro  | Entidades acreditadoras privadas, fiscalizadas por la Superintendencia de Salud   | Instituto para la Calidad y Acreditación del Sistema de Salud: institución independiente  | Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía: fundación pública adscrita a la Consejería de Salud de Andalucía  | Consejo de Salubridad General: órgano colegiado que depende de la Presidencia de la República   |
| Carácter                                      | Voluntaria para instituciones prestadoras del sistema   | Voluntaria u obligatoria (en este último caso, para los prestadores de garantías explícitas en salud)   | Voluntaria u obligatoria (en este último caso, para los establecimientos públicos de atención primaria de salud<br>Voluntaria: privados.  | Voluntaria u obligatoria (en este último caso, para las organizaciones del sistema público y organismos con acuerdos asistenciales)                          | Voluntaria para todos los establecimientos del sistema de salud (público, seguridad social y privados)  |
| Etapas del proceso                            | Encuesta <i>in situ</i> . Evaluación según la Health Standards Organization (HSO). Apoyo de especialistas para guiar y mantener el proceso. | Solicitud de acreditación; revisión de antecedentes. Evaluación en terreno; recopilación de datos y valoración de los hallazgos. Resolución del proceso; informe del resultado.                           | Encuesta; revisión de los requisitos mínimos. Evaluación del cumplimiento. Envío del informe; cumplimiento y resultados obtenidos.  | Solicitud Enfoque interno; autoevaluación. Enfoque externo; visita de evaluación. Informes; grado de cumplimiento. Acreditación y seguimiento.               | Solicitud: inscripción y autoevaluación. Auditoría; evaluación de estándares. Dictamen; resultado y calificación. Continuidad; proceso de mejora continua.  |
| Avance en su implementación <sup>a</sup>      | Alto  | Bajo  | Medio   | Alto   | Bajo  |
| Nivel de complejidad del proceso <sup>b</sup> | Medio   | Alto  | Alto  | Medio  | Medio   |
| Origen de los estándares que se evalúan       | Estándares desarrollados por su afiliada, la HSO; ≥100 estándares de salud personalizables.   | Dos tipos de estándares: 1. Generales: atención ambulatoria y hospitalaria. 2. Específicos. Ciertas prestaciones. Nueve ámbitos para evaluar desagregados en componentes, características y verificadores | Incluye tres temas principales (estándares organizacionales, estándares generales de la vía del paciente, y estándares de enfermedades específicas), 37 áreas y 106 estándares. | Manual de estándares para certificación de unidades y servicios asistenciales de atención primaria y hospitalaria: 101 estándares, 5 bloques y 11 criterios. | Estándares homologados a la JCI. 350 estándares, distribuidos en 15 apartados y tres secciones: 1. Metas internacionales seguridad del paciente 2. Estándares centrados en el paciente. 3. Estándares centrados en la gestión |

(Continúa)

## CUADRO 2. (Cont.)

|  | Canadá | Chile | Dinamarca | Comunidad Autónoma de Andalucía | México |
|--|--------|-------|-----------|---------------------------------|--------|
| Establecimientos acreditados                 | ≥1 100 | 571   | 373       | 466                             | 310    |
| Establecimientos potencialmente acreditables | ≥7 000 | 3 297 | 1 075     | 1 594                           | 29 299 |

<sup>a</sup> Avance en su implementación: se define en alto, medio y bajo según el interés (mayor, moderado y menor, respectivamente) por parte de los establecimientos de salud para iniciar y obtener la acreditación.

<sup>b</sup> Nivel de complejidad del proceso: medido como alto (participar en el proceso implica fuertes cargas de trabajo adicionales con tareas y actividades de difícil realización), medio (el personal puede manejar las cargas de trabajo adicionales y la dificultad de las tareas y actividades) y bajo (las cargas de trabajo adicionales son mínimas y las tareas son de muy fácil realización; sin embargo, en ningún caso se informó este nivel de complejidad).

Fuente: elaboración propia con base a la consulta de bibliografía y sitios de internet (24-37).

aspectos positivos como negativos, que favorecerían o serían obstáculos, respectivamente, para la implementación de los programas de acreditación (cuadro 3).

Entre los efectos favorables derivados de la acreditación para Canadá se destacan las contribuciones a la mejora continua de la calidad, la estandarización de mejores prácticas en establecimientos acreditados o en proceso (38), la mejora de la toma de decisiones y la planeación y en la distribución de recursos al interior de los establecimientos de salud, así como una mejor percepción de la población respecto a las unidades acreditadas (cuadro 3). En Chile, se informa que la acreditación garantiza que los ciudadanos reciban un grupo de prestaciones con cierto nivel de calidad y asegura que las instituciones prestadoras se inscriban en la Superintendencia de Salud, algo relevante dado el sistema mixto de prestadores de atención en ese país (35, 39). En Dinamarca, la acreditación ha favorecido la cooperación intersectorial y la mejora en el financiamiento del sector salud, y ha permitido la implementación de estrategias nacionales para la mejora de la atención; entre ellas, la introducción de guías y vías de atención integrada (40), el desarrollo de registros y estadísticas nacionales de salud para ciertos grupos de enfermedades, y la facilitación del trabajo intrasistémico coordinado (41-42). En la Comunidad Autónoma de Andalucía, se impulsó el diseño de centros locales de atención y la formación continua de profesionales para desarrollo de competencias, y se considera a la acreditación en sí misma como instrumento de fomento a la mejora continua (43-44). En México, fungió como detonante en la reestructuración de procesos, favoreció de forma limitada el desarrollo de la cultura de calidad en las organizaciones y aportó orden administrativo en algunos establecimientos inscritos al proceso, además de que se estima que contribuyó a la mejora del desempeño del personal involucrado (45-46) (cuadro 3). En todos los casos se menciona el efecto favorecedor a nivel organizacional (mejor estructura de los procesos) y de mejora de la cultura de calidad. Sin embargo, también hay comentarios desfavorables, que apuntan tanto a los obstáculos para el despliegue del programa como a resultados inciertos en la mejora de la calidad, que sería el objetivo último de los programas (cuadro 3). La reacción desfavorable más común la provoca la burocratización, la carga administrativa y la inversión de tiempo y recursos, que se ven en detrimento de la atención clínica y causan resistencias en los profesionales. Así, por ejemplo, Canadá no ha logrado mantener el interés de los establecimientos en la acreditación, con participación fluctuante a través de los años parece que debido, en gran parte, a la gran inversión de tiempo y recursos requeridos. El proceso llegó a verse como una coacción burocrática en lugar de ser considerado como una herramienta para el aprendizaje, a pesar del esfuerzo de apoyo y seguimiento que se incluye en el programa; de igual manera, actuó de forma

desfavorable la ambigüedad sobre el uso de los resultados derivados de la acreditación, que, al no haber sido transparentados, ha ido restando credibilidad al proceso en general (38). En Chile, varios establecimientos han postergado su participación, lo que parece haber desincentivado a futuros interesados. También se han presentado resistencias debido a la complejidad de la cultura del sector salud donde se compaginan intereses públicos y privados; sumado a ello, el personal considera que la acreditación es una inversión de tiempo no remunerado en un contexto laboral saturado de actividades clínicas y administrativas, lo que genera apatía y resistencias (47-48). Una situación similar se observó en Dinamarca, donde desde años previos se desarrollaron aversiones al proceso de acreditación. En los hospitales, el personal lo percibía como burocracia que quitaba el tiempo a la tarea asistencial, al punto que, en el 2015, la acreditación se suprimió para los hospitales, a pesar de que se redujo el número de estándares para facilitar el proceso, y se optó por focalizar las dimensiones clínicas y locales para incrementar el tiempo para la atención de pacientes, en lugar de llenar documentos (28). En la Comunidad Autónoma de Andalucía se observaron múltiples resistencias a la acreditación. Los diferentes actores implicados, desde el personal de salud hasta las autoridades, discreparon entre ellos y dificultaron la adopción del modelo desarrollado para la Junta Andaluza (43). En México, además de cambiar el enfoque del modelo y los estándares en dos ocasiones, alguna de ellas para homologar con la JCI, la participación de establecimientos de salud ha disminuido con el tiempo (36), sobre todo los del sector público, ante la ausencia de incentivos para continuar o iniciar el proceso. Se ha cuestionado la existencia de una posible crisis de legitimidad, poniendo en la balanza los incentivos y lo que se invierte versus los beneficios derivados de la acreditación (28) (cuadro 3).

## DISCUSIÓN

Los modelos de acreditación analizados son similares en cuanto a la conceptualización original de la acreditación como herramienta de evaluación externa con unos estándares preestablecidos, pero son disímiles en las decisiones de diseño del programa en relación con algunos puntos que empezaron a ser discutidos muy tempranamente, desde que se inició la extensión a otros países del modelo paradigmático de la JCAHO (49). Así, por ejemplo, se suponía que la entidad acreditadora debería ser siempre independiente, pero al adaptar la acreditación en contextos de sistemas públicos se prefirió en muchos casos que fuesen entidades supervisadas (como en Chile) o incluidas en la estructura del sistema de salud (como en la Comunidad Autónoma de Andalucía y en México). Igual ha ocurrido con la característica de voluntariedad (unida a distinción y prestigio), tal como se mantiene en México y en gran parte de Canadá, u

CUADRO 3. Resultados derivados de la implementación del proceso de acreditación

|               | Canadá   | Chile   | Dinamarca   | Comunidad Autónoma de Andalucía   | México  |
|---------------|--|---|---|---|---|
| Favorables    | <p>Ha promovido la mejora continua de la calidad.</p> <p>Ha estandarizado mejores prácticas organizacionales y de gobierno en establecimientos de salud.</p> <p>Ha servido de apoyo el cumplimiento de estándares de la HSO.</p> <p>Mejóro la confianza pública y visibilidad de las unidades de salud.</p> <p>Ha respaldado la toma de decisiones y asignación de recursos organizacionales.</p> <p>Impulsó resultados positivos basados en puntos fuertes de los estándares que se evalúan (p. ej., los centrados en la planificación de gestión de información)</p> | <p>Garantizó el derecho de los ciudadanos a recibir cierto grupo de prestaciones con un nivel mínimo de calidad.</p> <p>Favoreció que los profesionales, los hospitales y las clínicas responsables de otorgar las prestaciones mínimas estuvieran acreditados e inscritos en la Superintendencia de Salud.</p> <p>Ha logrado resultados favorables, en comparación con otros países de América Latina.</p> <p>Fomentó la cultura de seguridad y calidad organizacional de mejora constante hacia procesos y resultados de la atención.</p> | <p>Coadyuvó en la cooperación intersectorial.</p> <p>Contribuyó a que los diferentes actores y niveles del sistema de atención médica trabajaran de manera coordinada.</p> <p>Ha favorecido un mayor financiamiento en salud pública.</p> <p>Ha conllevado a la implementación de iniciativas (vías y guías clínicas, bases de datos clínicas para enfermedades diversas).</p> <p>Aportó oportunidades para medir la calidad y la evaluación comparativa.</p>   | <p>Ha conllevado a que la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía pusiera en marcha diferentes programas de acreditación, que permitan abarcar la realidad de los centros y unidades sanitarias locales, las competencias de los profesionales de la salud y su formación continua.</p> <p>Ha permitido la incorporación sistemática de acciones y priorizar esfuerzos en dimensiones específicas.</p> <p>Se le considera como un instrumento útil y eficaz para fomentar la mejora de la calidad del sector salud.</p> | <p>Ha funcionado como sustento para la implementación de acciones de mejora de la calidad de la atención.</p> <p>Ha contribuido con el orden administrativo en los establecimientos de atención médica acreditados.</p> <p>Ha coadyuvado a reestructurar y documentar los procesos.</p> <p>Facilitó la detección y solución de problemas específicos.</p> <p>Aportó a la efectividad laboral, al mejorar el desempeño del personal inmerso.</p> <p>Ha favorecido el desarrollo de la cultura organizacional por la calidad.</p>   |
| No favorables | <p>Interés limitado entre unidades de salud pública (USP), que conlleva a una lista fluctuante de establecimientos.</p> <p>El proceso requiere compromiso en tiempo y recursos frente al interés limitado.</p> <p>Han faltado mecanismos para auditar cumplimiento de USP de forma continua.</p> <p>La ambigüedad en uso de resultados de las visitas de acreditación ha interferido con su transparencia.</p> <p>En algún punto, se consideró al proceso como herramienta de coacción burocrática en vez de aprendizaje.</p>  | <p>La garantía de calidad establecida en Ley AUGE ha sido compleja de implementar y exigir.</p> <p>La acreditación de hospitales y clínicas ha sido excesivamente lenta.</p> <p>Se han enfrentado resistencias, debido a complejidad en cultura organizacional del sector.</p> <p>Se ha relegado la revisión de procesos e implementación de prácticas de gestión por falta de incentivos económicos.</p> <p>La alta rotación de directivos, de algunos establecimientos, ha dificultado su implementación y seguimiento.</p>               | <p>En años previos. El personal de salud presentó actitudes negativas hacia la acreditación.</p> <p>El proceso requería demasiado tiempo en llenado de documentos y manuales, lo que descuidaba la atención de pacientes; por este motivo, el programa funcionó a nivel hospitalario hasta 2015 y fue reemplazado por uno con menos estándares, que hacía hincapié en dimensiones clínicas y locales.</p> <p>Se continuó solo en atención primaria y municipal de salud.</p> <p>Las autoridades propugnaron por menor burocracia y más calidad.</p> | <p>La implementación del modelo de calidad propuesto por la administración andaluza y la gestión misma de su sistema de calidad se ha enfrentado con múltiples resistencias internas.</p> <p>Se detectaron barreras para consensuar entre los diferentes grupos de interés respecto al modelo de calidad de la administración andaluza; por este motivo, han existido dificultades varias para la consolidación del modelo como herramienta de gestión de la calidad a nivel de la comunidad autónoma.</p>                | <p>La ausencia de evidencias mayores para sustentar las mejoras en la calidad clínica derivadas de la acreditación ha sido una limitante.</p> <p>Participación baja y decreciente en las últimas dos décadas hacia la acreditación, sobre todo de establecimientos públicos, pero también privados.</p> <p>Ausencia de incentivos para la acreditación, dado el número reducido de establecimientos de salud que participan cada año; lo que puso en evidencia posibles problemas de legitimidad del proceso de acreditación.</p> |

HSO, Health Standards Organization

Fuente: elaboración propia con base a bibliografía y sitios de internet (25, 28, 31, 36-48).

obligatoriedad, que se ha visto adecuada para servicios privados contratados por el sistema público (Comunidad Autónoma de Andalucía y Chile) o incluso para todas las instituciones públicas (Dinamarca). La mayor similitud se da en las fases del proceso de acreditación, que suele incluir una primera fase de autoevaluación (sea al momento de la inscripción o a continuación), antes de la auditoria *in situ* por parte del equipo evaluador. Los programas evaluados funcionan, en su mayoría y de manera estricta como programas externos, que dejan a la responsabilidad única de las instituciones realizar las mejoras necesarias o mantener el nivel. Solo en el caso de Canadá hemos encontrado un tímido componente de evaluación responsiva, que podría considerarse como una innovación en los programas de evaluación externos (50), como es la acreditación. La evaluación responsiva conlleva ayuda e implicación de la entidad acreditadora en las mejoras que se ven necesarias a través del proceso de evaluación.

En general, podemos decir que no existe un modelo único a la hora de implementar un programa de acreditación. Cada país o región y cada sistema tiene que reflexionar sobre las características que más convengan a su contexto. Nuestros resultados también apuntan a lo difícil que puede ser diseñar e implementar un programa de acreditación exitoso. Las lecciones aprendidas que hemos extraído de los documentos que valoran los programas analizados pueden contribuir a tomar las decisiones correctas. Nuestros hallazgos indican con claridad que, aunque puedan vislumbrarse argumentos a favor de los programas de acreditación, ninguno está exento de críticas y advertencias. Las más comunes se refieren a los recursos necesarios, la burocratización del proceso y la resistencia o poca implicación de los profesionales, a pesar de que en el comparativo realizado se aprecia, aunque sea de forma cualitativa, la contribución que ha tenido la acreditación como coadyuvante en la reestructuración y mejora de los procesos que forman

parte de la cadena de atención en las diversas instituciones acreditadas. En Colombia, se realizó un estudio en el que se utilizó el modelo de análisis MUSIQ para averiguar qué factores influyeron para que los hospitales lograran la acreditación; el estudio concluyó que los más significativos eran precisamente la existencia de recursos para el proceso y la implicación de los profesionales (51). Falta, además, cuestionar si las decisiones tomadas en cuanto al diseño del programa son las más acertadas en relación con nuestro contexto, para que el programa contribuya realmente a la mejora.

Entre las lecciones aprendidas, queremos destacar también la experiencia de Dinamarca, país que en 2015 eliminó la acreditación en hospitales por su exceso de burocratización, pero permanece en el primer nivel de atención (42), a diferencia de México, donde la experiencia es más a nivel hospitalario que en unidades médicas ambulatorias o de primer nivel. Se puede tomar la decisión de Dinamarca para que dicho proceso no se convierta en una carga adicional para el personal de salud, sino en un proceso estratégico que favorezca el desarrollo del trabajo del personal de salud de manera sistemática, ágil y flexible, siempre enfocado a la mejora constante de la calidad de los servicios.

Así también, con respecto a la experiencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía, conviene reflexionar sobre las dificultades de su aceptación por los distintos grupos de interés (43), lo que puede superarse en la medida en que el modelo de acreditación haga evidentes los beneficios que tienen los establecimientos acreditados versus los no acreditados. Chile y México han presentado barreras relacionadas, sobre todo, con la falta de incentivos para que los establecimientos de salud participen en el proceso; al parecer la promesa de mejora de la calidad no es suficiente para aumentar el interés (34, 47).

Sumado a lo descrito, entre las lecciones derivadas de Canadá, se rescata la importancia de documentar y transparentar los resultados del proceso, para contribuir a su aceptación y legitimidad, tanto en las instituciones como entre la población.

Otros estudios previos han identificado que entre los factores que incentivan la participación de los hospitales figuran: la vinculación del financiamiento a los procesos de acreditación hospitalaria (como mecanismo de reembolso de recursos de aseguradoras y para su participación con terceros pagadores), la naturaleza voluntaria del proceso, el desarrollo del liderazgo para la mejora, la integración y utilización adecuada de la información, la aceptación cultural de los estándares de acreditación y su compatibilidad con la normatividad nacional, sumado a la disponibilidad de los resultados derivados del proceso. Por lo contrario, entre los factores que entorpecen y perjudican la implementación de dicho proceso, se destacan las dificultades

para generar la participación del personal, la mala comunicación entre diferentes áreas y el incremento de la carga de trabajo del personal (documentación del proceso), así como deficiencias para la integración de la información requerida (52).

En México, a pesar de que se han puesto en marcha parte de estos incentivos, en particular los relacionados con el financiamiento, la falta de seguimiento a su implementación y los diversos cambios realizados en el proceso conllevaron a la observación de un efecto nulo en ellos (34).

La generalización de los hallazgos de nuestro estudio está limitada por el número y selección de países y regiones analizados, así como por la información circunscrita a documentos de libre acceso, en gran parte oficiales, y probablemente no exhaustiva. Sin embargo, la constatación objetiva de las diversas respuestas a cuestiones clave del diseño de los programas, así como los argumentos encontrados, favorables y desfavorables, sobre su implementación aportan una reflexión útil para la adopción de este tipo de programas en otros países o el rediseño de los ya existentes.

## Conclusiones

Los programas de acreditación operan de forma peculiar en cada país o región, logran alcances diferentes y presentan problemáticas también diversas, de las que podemos aprender. La acreditación, en el mejor escenario, ha sido un factor de mejora de los procesos de atención en los establecimientos de salud de los países comparados y ha contribuido a la estandarización de mejores prácticas.

Dado su potencial, habría que prestar más atención a los diseños e incentivos para la implementación de estos programas, así como investigar más sobre las ventajas de cada opción.

**Contribución de los autores.** Todos los autores concibieron el estudio original, planificaron el estudio, recopilaron y analizaron los datos, interpretaron los resultados, y escribieron y revisaron el manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

**Agradecimientos.** Se agradece la participación de Pedro Daniel Tristán Martínez por su apoyo en la fase de recopilación de datos.

**Conflicto de intereses.** Ninguno declarado por los autores.

**Declaración.** Las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *Revista Panamericana de Salud Pública* o de la Organización Panamericana de la Salud.

## REFERENCIAS

1. Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. The International Society for Quality in Health Care. Melbourne, 2004.
2. Neuhauser D. Heroes and martyrs of quality and safety: Ernest Amory Codman. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:104-10.
3. Ruelas E. y Poblano O. Certificación y acreditación en los servicios de salud: modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica, 2° ed. México, DF: Secretaría de Salud; 2007.
4. Baker A. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *BMJ*. 2001;323(7322):1192.
5. Organización Mundial de la Salud. Quality and accreditation in health care services. Ginebra; OMS; 2003.
6. Organización Panamericana de la Salud. Manual de gerencia de la calidad. Serie HSP-UNI/Manuales operativos PALTEX. Washington, D.C.: OPS; 1996.

7. Arce HE. Accreditation: the Argentine experience in the Latin American Region. *Int J Qual Health Care*. 1999;11(5):425-428.
8. Poblano O, Ruelas E, Rodríguez A. El contexto internacional: ámbitos modelos y tendencias. En: Ruelas E, Poblano O, eds. *Certificación y acreditación en los servicios de salud*. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2005:17-60.
9. Galván-García AF, 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 Publica Mex*. 2018;60:202-211.
10. Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomslund O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex interventions effects. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:280.
11. Campos de Oliveira LL, et al. Cambios gerenciales resultantes de la Acreditación hospitalaria. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2851. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6Y-Q5xzRrc9WLXTgyhNVPQJf/?format=pdf&lang=es> Acceso el 28 de mayo de 2021.
12. Shaw ChD, Braithwaite J, Moldovan M, Nicklin W, Grgic I, Fortune T, et al. Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(3):222-31.
13. Populationpyramid.net. Población total por país [Internet]. Disponible en: <https://www.populationpyramid.net/es/poblacion/C3%B3n-por-pais/2020/> Acceso el 18 de mayo de 2020.
14. Junta de Andalucía. Padrón municipal de habitantes: cifras oficiales de población municipal. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/padron/index.htm> Acceso el 24 de julio de 2019.
15. Banco Mundial. Nivel de ingresos por país. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> Acceso el 16 de junio de 2020.
16. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2019. Disponible en: [https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr2019espdf\\_1.pdf](https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr2019espdf_1.pdf) Acceso 1 de julio de 2020.
17. Organización Panamericana de la Salud. Financiamiento de la salud en las Américas. Washington D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-financing-es.html> Acceso el 24 de julio de 2019.
18. Gobierno de Chile. Economía y demografía. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/paises/chile> Acceso el 24 de julio de 2019.
19. Valle VM. An assessment of Canada's healthcare system weighing achievements and challenges. *Norteamérica*. 2016;11(2):193-218. Disponible en: <https://www.revistanorteamerica.unam.mx/index.php/nam/article/view/248> Acceso el 24 de abril de 2021.
20. International Health Care System Profiles. Dinamarca [Internet]. Disponible en: <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/> Acceso el 19 de julio de 2020.
21. Miranda Camarero MV. Revisión y reflexión sobre la sanidad pública española. *Enferm Nefrol*. 2014;17(2):85-91.
22. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex*. 2011;53 supl 2:S220-S232.
23. Becerril Montekio V, Reyes JD, Manuel A. Sistema de salud de Chile. *Salud Publica Mex*. 2011;53(S2):S132-S143.
24. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica. Sevilla:ACSA; 2010.
25. Consejo de Salubridad General. El proceso de certificación. Actualización. CDMX: Consejo de Salubridad General; 2018. Disponible en: [www.csg.gob.mx](http://www.csg.gob.mx) Acceso el 21 de mayo de 2019.
26. Superintendencia de Salud de Chile. Acreditación. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-6060.html> Acceso el 14 de junio de 2020.
27. Intendencia de Prestadores. Reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de salud. Decreto supremo N.º 15. Santiago de Chile: Diario Oficial; 3 de julio de 2007. Disponible en: [https://supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4788\\_recurso\\_1.pdf](https://supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4788_recurso_1.pdf) Acceso el 25 de octubre de 2019.
28. The Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare. Disponible en: <https://www.ikas.dk/den-danske-kvalitetsmodel/ddkm-in-english/introduction-to-ddkm/> Acceso el 24 de julio de 2019.
29. Accreditation Canada. Health systems. Disponible en: <https://accreditation.ca/solutions/health-systems/> Acceso el 5 de agosto de 2019.
30. Ministerio de Salud. Estadísticas de entidades acreditadoras, 30 de marzo de 2009 al 31 de marzo de 2019. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud; 2019. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-18220.html> Acceso el 26 de abril de 2021.
31. Junta de Andalucía. Manual de estándares. Unidades de gestión clínica. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual-UGC.pdf> Acceso el 9 de julio de 2019.
32. Superintendencia de Salud. Manuales de acreditación para prestadores institucionales de salud. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-propertyvalue-4737.html> Acceso el 27 de mayo de 2021.
33. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. ¿En qué consiste el proceso de certificación? Sevilla: ACSA. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/certificacion-acsa/> Acceso el 4 de febrero de 2021.
34. Galván-García AF, 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.
35. Saavedra Venegas CE. Factores de éxito para la acreditación de la calidad en salud: el Caso del hospital Exequiel González Cortes. Santiago de Chile; 2014. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/116866> Acceso el 8 de julio de 2019.
36. Consejo de Salubridad General. Establecimientos de atención médica con certificado vigente. CDMX: CSG. Disponible en: <http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/establecimientos-atencion.html41> Acceso el 31 de marzo de 2021.
37. Superintendencia de Salud. Estadísticas de prestadores institucionales acreditados. Período: 24 de diciembre de 2009 al 31 de marzo de 2019. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud; 2019. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/664/articles-18218\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/664/articles-18218_recurso_1.pdf) Acceso el 19 de marzo de 2021.
38. Touati N, Pomey MP. Accreditation at a crossroads: are we on the right track? *Health Policy*. 2009;90(2-3):156-65.
39. Superintendencia de Salud Guía práctica para el proceso de acreditación de prestadores institucionales de salud. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud; 2020. Disponible en: [https://superdesalud.gob.cl/observatorio/671/articles-19827\\_Guia\\_Practica.pdf](https://superdesalud.gob.cl/observatorio/671/articles-19827_Guia_Practica.pdf) Acceso el 5 de junio de 2020.
40. Saturno PJ. Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria: construcción, implementación y evaluación de vías clínicas, 2º edCuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2021.
41. Falstie-Jensen AM, Bogh SB, Hollnagel E, Johnsen SP. Compliance with accreditation and recommended hospital care: a Danish nationwide population-based study. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(5):625-633.
42. Ehlers LH, Jensen MB, Simonsen KB, Rasmussen GS, Braithwaite J. Attitudes towards accreditation among hospital employees in Denmark: a cross-sectional survey. *Int J Qual Health Care*. 2017; 29(5):693-698.
43. Morales-Valero M, González-González JM. El modelo de acreditación del sistema sanitario público en Andalucía. *Cua Relac Labor*. 2017;35(1):187-208.
44. Suñol R, Humet C. Garantía de calidad y acreditación en España. Capítulo 22. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2002.
45. Martínez-Aldana S. Análisis cualitativo del beneficio de la Acreditación por ISO en una muestra de hospitales de la Ciudad de México certificados por el Consejo de Salubridad General. *Rev CONAMED*. 2009;14(4):25-29.
46. Soto-Almaral A. Certificación de Hospitales en México. *Arch Salud Sin*. 2012;6(2): 48-49. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=86607> Acceso el 9 de setiembre de 2020.
47. Rodríguez CA. Creando una cultura de calidad hospitalaria. *Med-wave*. 2013;13(9):e5810.

48. De Aretxabala X. Oportunidades y desafíos en el sistema de salud. *Rev Med Chile.* 2008;136(12):1604-1604.
49. Scrivens E. Accreditation: protecting the professional or the consumer? Buckingham: Open University Press; 1995.
50. Smithson R, et al. Impact of the Care Quality Commission on provider performance. Room for improvement? Manchester: The King's Fund; 2018.
51. Zapata-Vanegas MA, Saturno-Hernández PJ. Contextual factors favouring success in the accreditation process in Colombian hospitals: a nationwide observational study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:772.
52. Ng GK, Leung GK, Johnston JM, Cowling BJ. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. *Hong Kong Med J.* 2013;19(5):434-46.

---

Manuscrito recibido el 19 de agosto de 2022. Aceptado, tras revisión, para su publicación el 23 de enero de 2023.

---

## Comparative analysis of the accreditation of medical facilities in Canada, Chile, the Autonomous Community of Andalusia, Denmark, and Mexico

### ABSTRACT

**Objective.** To compare and contrast the characteristics of the accreditation process for health care facilities in Canada, Chile, the Autonomous Community of Andalusia (Spain), Denmark, and Mexico, in order to identify shared characteristics, differences, and lessons learned that may be useful for other countries and regions.

**Methods.** An observational, analytical, retrospective study using open-access secondary sources on the accreditation and certification of health care facilities in 2019–2021 in these countries and regions. The general characteristics of the accreditation processes are described and comments are made on key aspects of the design of these programs. Additionally, analytical categories were created for degree of implementation and level of complexity, and the positive and negative results reported are summarized.

**Results.** The operational components of the accreditation processes are country-specific, although they share similarities. The Canadian program is the only one that involves some form of responsive evaluation. There is a wide range in the percentage of establishments accredited from country to country (from 1% in Mexico to 34.7% in Denmark). Notable lessons learned include the complexity of application in a mixed public-private system (Chile), the risk of excessive bureaucratization (Denmark), and the need for clear incentives (Mexico).

**Conclusions.** The accreditation programs operate in a unique way in each country and region, achieve varying degrees of implementation, and have an assortment of problems, from which lessons can be learned. Elements that hinder their implementation should be considered and adjustments made for the health systems of each country and region.

### Keywords

Accreditation; certification; quality of health care; health facilities.

---

## Análise comparativa da acreditação de estabelecimentos de saúde no Canadá, Chile, Comunidade Autônoma da Andaluzia, Dinamarca e México

### RESUMO

**Objetivo.** Comparar as características do processo de acreditação de estabelecimentos de saúde no Canadá, Chile, Comunidade Autônoma da Andaluzia, Dinamarca e México, a fim de identificar elementos comuns e diferenças, bem como lições aprendidas que podem ser úteis para outros países e regiões.

**Métodos.** Estudo observacional, analítico e retrospectivo usando fontes secundárias de livre acesso sobre acreditação e certificação de estabelecimentos de saúde durante o período 2019-2021 nos países e regiões supracitados. As características gerais do processo de acreditação e suas respostas a pontos-chave no delineamento de tais programas foram descritas. Além disso, foram geradas categorias de análise para o andamento de sua implantação e seu grau de complexidade, e os desfechos favoráveis e desfavoráveis relatados foram resumidos.

**Resultados.** Os componentes operacionais do processo de acreditação são peculiares a cada país, embora compartilhem certas semelhanças. O programa canadense é o único que contempla algum tipo de avaliação responsiva. Houve grande variação entre países no percentual de estabelecimentos acreditados (de 1% no México a 34,7% na Dinamarca). Entre as lições aprendidas, destacam-se a complexidade da aplicação do sistema misto público-privado (Chile), o risco de burocratização excessiva (Dinamarca) e a necessidade de incentivos claros (México).

**Conclusões.** Os programas de acreditação operam de forma peculiar em cada país ou região, têm diferentes escopos e também apresentam diversos problemas a partir dos quais podemos aprender. É preciso considerar os elementos que dificultam a implementação e realizar as adequações necessárias para os sistemas de saúde de cada país ou região.

**Palabras-chave** Acreditação; certificação; qualidade da assistência à saúde; instalações de saúde.

---