

## Accreditación: ¿quién, cómo, cuándo y dónde?

El interés por el llamado «control de calidad» se remonta a unos 70 años, en el momento en que la industria en general consideró necesario el control de la productividad y los resultados de la gestión corporativa<sup>1</sup>. La evolución en el tiempo ha llevado a modificaciones en los conceptos relativos al control de la calidad de un proceso o de un producto, y en terminología anglosajona se han ido incorporando términos como *quality assurance* o, en el ámbito de la sanidad, el de *clinical governance*<sup>2</sup>, que en este último caso ha sido definido como un sistema a través del cual una organización es responsable de la búsqueda continuada de la mejoría de la calidad de sus servicios y del mantenimiento de sus estándares<sup>2</sup>. En cualquier caso, vivimos en la actualidad en un mundo obsesionado más por los sistemas de control y los resultados estadísticos que no por la esencia misma del trabajo del profesional, en nuestro caso, la relación con el paciente y el intento de tratar y curar el problema que esté presente. En el caso concreto de los cirujanos cardiovasculares, nuestro objetivo profesional siempre ha sido buscar la curación de los problemas médicos y quirúrgicos planteados. Esta obsesión de finales del siglo XX y principios del XXI observada en las grandes empresas por la búsqueda de los mejores rendimientos, se ha convertido en ridícula y peligrosa. Las compañías de producto ya se han transformado en compañías financieras, y lo único que importa es que la cuenta de resultados y las acciones mejoren, dejando incluso de lado la calidad intrínseca del producto que manufacturan. Ello es evidente en el sector biomédico, y la danza caníbal de compras y ventas entre compañías no es más que un fiel reflejo de esta política devoradora en la que el producto y el cliente no son más que meros elementos de cambio o decorativos. En el ámbito de la medicina hospitalaria y en el sector público de nuestro país, no hay posibilidad de buscar y conseguir un incremento de las acciones ni de los dividendos que hay que

**Carlos-A. Mestres**

*Editor-jefe*

*Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular*

pagar a los accionistas, fundamentalmente porque la Constitución española contempla un acceso a la sanidad universal y gratuita para nacionales y transeúntes, pero el comportamiento general de las instituciones ha devenido paranoico en cuanto a los resultados de gestión, con muy importantes y graves sesgos en sus planteamientos, resultando, sobre todo, en un atentado continuo al profesional por parte de los encargados de la misma, lo que incluye, lamentablemente, a supuestos compañeros de profesión que por diversas razones han llegado a emigrar hacia la denominada gestión. Habría que analizar las causas.

Ligado al concepto de calidad, de su control, de su ordenación o de su mejora, está el de acreditación. Las dos acepciones que contempla el Diccionario de la Real Academia Española en su vigésimo segunda edición<sup>3</sup> son:

- Acción y efecto de acreditar.
- Documento que acredita la condición de una persona y su facultad para desempeñar determinada actividad o cargo.

En relación con las breves consideraciones previas, éste es en la actualidad un tema de gran interés para todos, y no hay duda de que la combinación de ambos es crítica en el devenir de nuestra actividad. Hay un número importante de cuestiones por responder e importa la perspectiva desde dónde se aborde el problema de la calidad y la acreditación. En nuestra especialidad siempre ha habido un particular interés por el análisis de los resultados y la calidad de los procesos. Es bien conocido que la especialidad médica pionera en este tema ha sido la nuestra. Disponemos de bibliografía significada acumulada en los últimos años que se relaciona con las formas y maneras de analizar nuestros propios resultados y con el intento de buscar siempre la mejora<sup>4-6</sup>. Los cirujanos, servicios y sociedades científicas han mostrado y muestran un particular interés por la detección de errores y problemas y por intentar cuantificar los riesgos esperables relativos a una intervención quirúrgica mayor. Esto es así considerando el impacto del riesgo de una intervención sobre el desenlace final en términos de mortalidad. Se han desarrollado los sistemas de estratificación preoperatoria de riesgo<sup>7</sup>, ampliamente utilizados, y que nos orientan acerca del tipo de práctica que tenemos y que podemos esperar de la misma. En lo relativo a la

Correspondencia:

Carlos-A. Mestres

Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular

Príncipe de Vergara, 211, 10E

28002 Madrid

E-mail: secretaria@sectcv.es

acreditación, también nuestra especialidad ha sido pionera en garantizar una acreditación racional de los profesionales, de las unidades y de las instituciones, empezando por los aspectos relativos a la docencia de aquellos que deberán, en un futuro, ejercer la profesión<sup>8</sup>. Está claro, pues, que calidad y acreditación caminan juntos y que es responsabilidad propia ser garantes de las mismas.

Cuestión aparte es quién puede o debe acreditar. En ocasiones es complejo delimitar responsabilidades en materias específicas, si bien no debemos olvidar la experiencia, campo de acción y resultados que han de tener un peso importante en los procesos relacionados. A este respecto son claras y apropiadas las palabras de Hornero que se publican en este número de *Cirugía Cardiovascular*<sup>9</sup>, referidas al proceso de acreditación por hospitales iniciado por la Sección de Estimulación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), cuyo objetivo es certificar la calidad con aval de la SEC, para la autoevaluación y mejora en la estimulación. La acreditación de unidades por parte de la SEC con colaboración eventual de agencias externas es lógica y legítima, pero en el caso concreto de la estimulación y de su mundo existen dudas que quedan definidas con claridad meridiana en esta colaboración de Hornero. Una de ellas es el carácter unilateral de la decisión de la SEC, si bien uno debe aceptar que se trata de una propuesta societaria. Duda adicional, más que razonable, es si la SEC es quien puede o debe acreditar a los cirujanos cardiovasculares. La respuesta inicial es, simplemente y por descontado, no, y sobre todo cuando la SECTCV no ha participado en la definición de los criterios de acreditación.

Como queda claro y es bien conocido, el problema de los actos médicos considerados como «sencillos» y «fáciles» implica que puedan ser realizados por cualquier persona con o sin entrenamiento básico en las materias fundamentales. Éste ha sido y es el caso, entre otros, de todo lo relacionado con la estimulación cardíaca, ya que los implantes de cualquier tipo son considerados fáciles y, por lo tanto, realizables por cualquier persona que se crea en posesión de habilidades quirúrgicas, lo que ha llevado a una atomización del mercado. Lo que no hay que olvidar nunca es que la Cirugía, con mayúscula, es no una actividad manual simple, sino un complejo concepto que incluye múltiples aspectos y facetas que requieren años para poder ser integradas en una práctica racional. Por lo tanto, implantador no es sinónimo de cirujano. Qué pueda pasar tras el implante es harina de otro costal. Y eso se ve a las claras cuando de los actos médicos se derivan complicaciones. Si recordamos que, a pesar de las cualidades de un implantador o manipulador, pueden aparecer y apa-

recen complicaciones, el dilema ético es claro. De lo que se trata ante una complicación es resolverla. Cuando no se sabe, no se puede o simplemente no se desea solucionarla, lo que ocurre es que hay que transferir de inmediato la responsabilidad de un acto realizado por uno hacia otro que deberá acarrear con el peso de la misma y las posibles repercusiones si el resultado obtenido no es el adecuado. Y esto es lo que vivimos los cirujanos cada día del año, es decir, la transferencia de responsabilidades por parte de aquellos que, sin ningún tipo de formación teórica o práctica, realizan actos supuestamente quirúrgicos. Recordemos que, en el caso de los actos médicos, uno de los peores desenlaces de una complicación es el fallecimiento del destinatario último de los actos, el paciente.

Son, por lo tanto, de gran interés las palabras juiciosas de Hornero en su artículo de opinión<sup>9</sup>. El cirujano cardiovascular es el único preparado para asumir por entero un proceso complejo como el de la estimulación cardíaca, y no puede ser marginado en los procesos decisivos. La perversidad de considerar a un profesional sólo para la solución de unos problemas causados por alguien incapaz de reconocer su seriedad y de buscar la solución adecuada tiene connotaciones éticas y legales muy importantes a las cuales la propia administración hace caso omiso. Es de esperar que los procesos de acreditación como el propuesto por la SEC tengan un trasfondo positivo y que sean utilizados de forma apropiada. Ya veremos qué ocurre en el futuro próximo.

Por lo tanto, y para acabar, está claro que la acreditación es necesaria. Nuestra SECTCV está plenamente concienciada y apoya el proceso de acreditación por unidades. Las fórmulas son diversas. Como ya hemos comentado, nuestra especialidad ha sido pionera, y en estos momentos, a la espera de definir la acreditación a nivel estatal, responsabilidad de la SECTCV, no debemos olvidar que la propia *European Association for Cardio-thoracic Surgery* (EACTS) dispone desde 2003 de un Instituto de Acreditación<sup>10</sup>. El ECTSIA o *European Cardiovascular and Thoracic Surgery Institute of Accreditation* ha representado un paso adelante fundamental en el reconocimiento de la calidad a nivel regional europeo, es decir, a nivel supranacional<sup>11</sup>, lo que refuerza aún más el nivel de la certificación una vez obtenida. Hay otros ejemplos de diversa naturaleza, como el del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares<sup>12</sup>, que ya acredita a los servicios de cirugía cardiovascular de Argentina. Y fuera del ámbito médico hay multitud de ejemplos que remarcan la necesidad de un certificado de calidad, por ejemplo en la hostelería, donde los hoteles de cinco estrellas lucen en su entrada principal una generosa placa que garantiza la observancia de normas ISO. Los cirujanos cardiovasculares de-

ben autoevaluarse, deben autoacreditarse. En la docencia ya se ha demostrado. En la práctica diaria, el certificado de calidad, ya una necesidad, deberá ser obligado en el futuro, y quién si no para certificar la calidad que los propios cirujanos cardiovasculares. Las agencias externas pueden cubrir aspectos estéticos, pero siempre deben contar con los profesionales. En nuestro ambiente ya disponemos de un agente externo consolidado, competente y contrastado, es decir, la EACTS a través del ECTSIA.

#### *Accreditation: Who, how, when and where?*

The interest for “quality control” started about 70 years ago when industrial companies realized about the importance of productivity and corporate management<sup>1</sup>. New concepts developed over time and some other terms like “quality assurance” and “clinical governance”<sup>2</sup> have been coined, the latter being defined as a system through which a system is responsible of a continuous search of improvement of the quality of its services and maintenance of standards<sup>2</sup>. There is today an obsession for control systems and statistical results thus forgetting the essence of professional work, in our case the patient-doctor relationship and the attempt to treat and cure. The obsession of big companies to look for better results has become ridiculous and dangerous. Product companies have become financial companies where only the value of the share counts, leaving behind the intrinsic quality of the product. This is evident in the biomedical sector; the purchase and sale between companies is a reflection of this cannibalistic policy in which the product and the customer are negligible elements. In the public sector there is no way to look for a better share value and dividend to be paid to shareholders as the Spanish Constitution contemplates a free, universal, non-restricted access to the healthcare for Spanish citizens and those passing by too. However, the overall behavior of our institutions has become paranoiac with regards to management results, with severely skewed foundations, resulting in a continuous attack to the professionals often and sadly headed by those supposed to be medical colleagues.

Closely related to the concept of quality is that of accreditation. The two meanings contemplated by the Dictionary of the Real Academia Espanola in its 22<sup>nd</sup> edition<sup>3</sup> are:

- Action and effect of accrediting.
- Document that accredits the condition of a person and its faculty to perform a given activity or position.

This is an important subject today and the combination of both concepts is critical for our future activity. There is an important number of questions to answer and the perspective from where the problem is approached counts. In our specialty there has always been a particular interest to analyze outcomes and the quality of processes and we have pioneers. There are significant references in recent years documenting our interest in outcome analysis to look for improvement<sup>4-6</sup>. Surgeons, departments and scientific societies have shown a particular interest in detection of errors and problems and to quantify the intrinsic risks of major surgical procedures. Preoperative risk stratification scores have been developed<sup>7</sup> and are widely used. Regarding accreditation our specialty has also pioneered in granting an appropriate accreditation of professionals, departments and institutions starting by the teaching aspects<sup>8</sup>. It is clear though that quality and accreditation run together and it is our responsibility to look for them.

Another question is who can give accreditation. Sometimes it is not easy to define responsibilities in given areas although we must not forget that experience, field of action and results have a specific weight in related processes. The words of Hornero published in this issue of *Cirugía Cardiovascular*<sup>9</sup> are clear and appropriate when referring to the hospital accreditation process initiated by the *Sección de Estimulación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología* (SEC) aimed to certify the quality for self-assessment and improvement in cardiac pacing. This accreditation process of the SEC with the help of external agencies seems logical and legitimate but in this case there are a number of doubts, well defined by Hornero. One is the unilateral decision of the SEC although one can accept it as this is a society decision. A more than reasonable doubt is if the SEC can accredit cardiovascular surgeons. The response is simply no, especially when the SECTCV has not participated in defining the criteria for accreditation.

As it is clear and well known, those medical acts thought to be “simple” and “easy” end up in everybody with little or no training trying to perform them. This has been the case, among others, of cardiac pacing as implants are considered easy and therefore amenable to everybody. What can happen later is another problem. If we remember that regardless the quality and experience of someone who performs implants complications may and will appear, the ethical dilemma is simple. A complication must be fixed. When someone cannot, does not know or simple is no willing to fix a complication, the point is to transfer the responsibility of the entire act and process to someone else. We must also remember that among the worst complications of a given act is the death of the patient.

The words of Hornero<sup>9</sup> are then very wise. The cardiovascular surgeon is the only one entitled to deal with the entire complex process as cardiac pacing and cannot be separated from any decision-making process. It is strictly perverse to ask a professional only to take care of the complications of others when there is inability to look for an appropriate solution; this has important ethical and legal connotations neglected by the administration itself. We do expect that accreditation attempts like that proposed by the SEC will be appropriately used.

It is then clear that accreditation is a must. Our SECTCV is fully aware and supports accreditation by units. There are several ways to do it. As commented earlier, our specialty has pioneered accreditation. We must not forget that the European Association for Cardio-thoracic Surgery (EACTS) has participated in the design of an Institute of Accreditation, operational since 2003<sup>10</sup>. The ECTSIA or European Cardiovascular and Thoracic Surgery Institute of Accreditation has represented a fundamental step forward in recognizing the quality at the European regional level<sup>11</sup> thus reinforcing the level of the certification. There other examples like that of the *Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares*<sup>12</sup>, currently accrediting the departments of cardiovascular surgery in Argentina. And out of the medical field there many other examples like that of the hotel business; all the five-star hotels proudly show a large plaque in their front doors that confirms they cope with the ISO norms. Cardiovascular and thoracic surgeons must look for self-assessment, self accreditation. A quality certificate will

be a requirement in the future and who better than the surgeons themselves to accredit for quality. External agencies will eventually cover esthetic aspects but always in cooperation with the professionals. We, in cardiovascular and thoracic surgery, have a consolidated and competent external agency, EACTS through the ECTSIA.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Juran JM. Management of inspection and quality control. Nueva York: Harper and Brothers; 1945.
2. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *Br Med J*. 1998;317:61-5.
3. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22.<sup>a</sup> ed. 2001.
4. Sherlaw-Johnson C, Lovegrove J, Treasure T, Gallivan S. Monitoring the results of cardiac surgery by variable life adjusted display. *Lancet*. 1997;350:1128-30.
5. Sherlaw-Johnson C, Gallivan S, Treasure T, Nashef SAM. Computer tools to assist the monitoring of outcomes in surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2004;26:1032-6.
6. Kang N, Tsang VT, Gallivan S, et al. Quality assurance in congenital heart surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2006;29:693-7.
7. Roques F, Michel P, Goldstone AR, Nashef SA. The logistic EuroScore. *Eur Heart J*. 2003;24:881-2.
8. Guía de formación de especialistas. Cirugía cardiovascular. Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia. 1996.
9. Hornero F. La estimulación cardíaca, camino de la certificación en calidad. *Cir Cardiovasc*. 2007;14:191-4.
10. The European Association for Cardiothoracic Surgery. [www.eacts.org](http://www.eacts.org).
11. ECTSIA. [www.ectsia.org](http://www.ectsia.org).
12. Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares. [www.caccv.org](http://www.caccv.org).